

المجلد: 5

العدد: 16



مجلة جامعة حماة



2022 ميلادي / 1444 هجري

ISSN Online(2706-9214)

المجلد: الخامس

العدد: السادس عشر



مجلة جامعة حماة

2022 / ميلادي

1444 / هجري

مجلة جامعة حماة

هي مجلة علمية محكمة دورية سنوية متخصصة تصدر عن جامعة حماة

المدير المسؤول: الأستاذ الدكتور عبد الرزاق سالم رئيس جامعة حماة.

رئيس هيئة التحرير: أ.م.د. مها السلوم.

سكرتير هيئة التحرير (مدير مكتب المجلة): م.وفاء الفيل.

أعضاء هيئة التحرير:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| أ. د. حسان الحلبية. | د. نصر القاسم. |
| أ. د. محمود الفطامه. | د. سامر طعمه. |
| أ. د. محمد زهير الأحمد. | د. عبد الحميد الملقى. |
| أ.م. د. رود خباز. | د. نورا حاكمة. |
| د. عثمان نقار. | |

الهيئة الاستشارية:

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| أ.د. هزاع مفلح. | أ.م. د. محمد أيمن الصباغ. |
| أ.د. محمد فاضل. | أ.م. د. جميل حزوري. |
| أ.د. عبد الفتاح المحمد. | د. مرعي غضنفر |
| أ.د. رباب الصباغ. | د. بشر سلطان |
| د. محمد مرزا | |

الإشراف اللغوي:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| أ.د. وليد سراقبي. | أ.م.د. مها السلوم. |
|-------------------|--------------------|

مجلة جامعة حماة

أهداف المجلة:

مجلة جامعة حماة هي مجلة علمية محكمة دورية سنوية متخصصة تصدر عن جامعة حماة تهدف إلى:

1- نشر البحوث العلمية الأصيلة باللغتين العربية أو الإنكليزية التي تتسم بمزايا المعرفة الإنسانية الحضارية والعلوم التطبيقية المتطورة، وتسهم في تطويرها، وترقى إلى أعلى درجات الجودة والابتكار والتميز، في مختلف الميادين الطبية، والهندسية، والتقانية، والطب البيطري، والعلوم، والاقتصاد، والآداب والعلوم الإنسانية، وذلك بعد عرضها على مقومين علميين مختصين.

2- نشر البحوث الميدانية والتطبيقية المتميزة في مجالات تخصص المجلة.

3- نشر الملاحظات البحثية، وتقارير الحالات المرضية، والمقالات الصغيرة في مجالات تخصص المجلة.

رسالة المجلة:

- تشجيع الأكاديميين والباحثين السوريين والعرب على إنجاز بحوثهم المبتكرة.
- ضبط آلية البحث العلمي، وتمييز الأصيل من المزيف، بعرض البحوث المقّمة إلى المجلة على المختصين والخبراء.
- تسهم المجلة في إغناء البحث العلمي والمناهج العلمية، والتزام معايير جودة البحث العلمي الأصيل.
- تسعى إلى نشر المعرفة وتعميمها في مجالات تخصص المجلة، وتسهم في تطوير المجالات الخدمية في المجتمع.
- تحفّز الباحثين على تقديم البحوث التي تُعنى بتطوير مناهج البحث العلمي وتجديدها.
- تستقبل اقتراحات الباحثين والعلماء حول كل ما يسهم في تقدّم البحث العلمي وفي تطوير المجلة.
- تعميم الفائدة المرجوة من نشر محتوياتها العلمية، بوضع أعدادها بين أيدي القراء والباحثين على موقع المجلة في الشبكة (الإنترنت) وتطوير الموقع وتحديثه.

قواعد النشر في مجلة جامعة حماة:

- أ- أن تكون المادة المرسله للنشر أصيلة، ذات قيمة علمية ومعرفية إضافية، وتتمتع بسلامة اللغة، ودقة التوثيق.
- ب- ألا تكون منشورة أو مقبولة للنشر في مجالات أخرى، أو مرفوضة من مجلة أخرى، ويتعهد الباحث بمضمون ذلك بملء استمارة إيداع خاصة بالمجلة.
- ت- يتم تقييم البحث من ذوي الاختصاص قبل قبوله للنشر ويصبح ملكاً لها، ولا يحق للباحث سحب الأوليات في حال رفض نشر البحث.
- ث- لغة النشر هي العربية أو الإنجليزية، على أن تزود إدارة المجلة بملخص للمادة المقدمة للنشر في نصف صفحة (250 كلمة) بغير اللغة التي كتب بها البحث، وأن يتبع كل ملخص بالكلمات المفتاحية Key words .

إيداع البحوث العلمية للنشر:

أولاً - تقدم مادة النشر إلى رئيس هيئة تحرير المجلة على أربع نسخ ورقية (تتضمن نسخة واحدة اسم الباحث أو الباحثين وعناوينهم، وأرقام هواتفهم، وتغفل في النسخ الأخرى أسماء الباحثين أو أية إشارة إلى هويتهم)، وتقدم نسخة إلكترونية مطبوعة

على الحاسوب بخط نوع Simplified Arabic، ومقاس 12 على وجه واحد من الورق بقياس 210×297 مم (A4). وتترك مساحة بيضاء بمقدار 2.5 سم من الجوانب الأربعة، على ألا يزيد عدد صفحات البحث كلها عن خمس عشرة صفحة (ترقيم الصفحات وسط أسفل الصفحة)، وأن تكون متوافقة مع أنظمة (Microsoft Word 2007) في الأقل، وبمسافات مفردة بما في ذلك الجداول والأشكال والمصادر، ومحفوظة على قرص مدمج CD، أو ترسل إلكترونياً على البريد الإلكتروني الخاص بالمجلة.

ثانياً - تقدم مادة النشر مرفقة بتعهد خطي يؤكد بأن البحث لم ينشر، أو لم يقدم للنشر في مجلة أخرى، أو مرفوضة من مجلة أخرى.

ثالثاً - يحق لهيئة تحرير المجلة إعادة الموضوع لتحسين الصياغة، أو إحداث أية تغييرات، من حذف، أو إضافة، بما يتناسب مع الأسس العلمية وشروط النشر في المجلة.

رابعاً - تلتزم المجلة بإشعار مقدم البحث بوصول بحثه في موعد أقصاه أسبوعين من تاريخ استلامه، كما تلتزم المجلة بإشعار الباحث بقبول البحث للنشر من عدمه فور إتمام إجراءات التقويم.

خامساً - يرسل البحث المودع للنشر بسريّة تامة إلى ثلاثة محكمين متخصصين بمادته العلمية، ويتم إخطار ذوي العلاقة بملاحظات المحكمين ومقترحاتهم، ليؤخذ بها من قبل المودعين؛ تلبيةً لشروط النشر في المجلة، وتحقيقاً للسوية العلمية المطلوبة.

سادساً - يعد البحث مقبولاً للنشر في المجلة في حال قبول المحكمين الثلاثة (أو اثنين منهم على الأقل) للبحث بعد إجراء التعديلات المطلوبة وقبولها من قبل المحكمين.

- إذا رفض المحكم الثالث البحث بمبررات علمية منطقية تجدها هيئة التحرير أساسية وجوهرية، فلا يقبل البحث للنشر حتى ولو وافق عليه المحكمان الآخران.

قواعد إعداد مخطوطة البحث للنشر في أبحاث الكليات التطبيقية:

أولاً - يشترط في البحث المقدم أن يكون حسب الترتيب الآتي: العنوان، الملخص باللغتين العربية والإنكليزية، المقدمة، هدف البحث، مواد البحث وطرائقه، النتائج والمناقشة، الاستنتاجات والتوصيات، وأخيراً المراجع العلمية.

- العنوان:

يجب أن يكون مختصراً وواضحاً ومعبراً عن مضمون البحث. خط العنوان بلغة النشر غامق، وبحجم (14)، يوضع تحته بفواصل سطر واحد اسم الباحث / الباحثين بحجم (12) غامق، وعنوانه، وصفته العلمية، والمؤسسة العلمية التي يعمل فيها، وعنوان البريد الإلكتروني للباحث الأول، ورقم الهاتف المحمول بحجم (12) عادي. ويجب أن يتكرر عنوان البحث ثانياً وباللغة الإنكليزية في الصفحة التي تتضمن الملخص. Abstract. خط العناوين الثانوية يجب أن يكون غامقاً بحجم (12)، أما خط متن النص؛ فيجب أن يكون عادياً بحجم (12).

- الملخص أو الموجز:

يجب ألا يتجاوز الملخص 250 كلمة، وأن يكون مسبقاً بالعنوان، ويوضع في صفحة منفصلة باللغة العربية، ويكتب الملخص في صفحة ثانية منفصلة باللغة الإنكليزية. ويجب أن يتضمن أهداف الدراسة، ونبذة مختصرة عن طريقة العمل، والنتائج التي تمخضت عنها، وأهميتها في رأي الباحث، والاستنتاج الذي توصل إليه الباحث.

- المقدمة:

تشمل مختصراً عن الدراسة المرجعية لموضوع البحث، وتدرج فيه المعلومات الحديثة، والهدف الذي من أجله أجري البحث.

- المواد وطرائق البحث:

تذكر معلومات وافية عن مواد وطريقة العمل، وتدعم بمصادر كافية حديثة، وتستعمل وحدات القياس المترية والعالمية في البحث. ويذكر البرنامج الإحصائي والطريقة الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات، وتعرف الرموز والمختصرات والعلامات الإحصائية المعتمدة للمقارنة.

- النتائج والمناقشة:

تعرض بدقة، ويجب أن تكون جميع النتائج مدعمة بالأرقام، وأن تقدم الأشكال والجدول والرسومات البيانية معلومات وافية مع عدم إعادة المعلومات في متن البحث، وترقم بحسب ورودها في متن البحث، ويشار إلى الأهمية العلمية للنتائج، ومناقشتها مع دعمها بمصادر حديثة. وتشتمل المناقشة على تفسير حصول النتائج من خلال الحقائق والمبادئ الأولية ذات العلاقة، ويجب إظهار مدى الاتفاق أو عدمه مع الدراسات السابقة مع التفسير الشخصي للباحث، ورأيه في حصول هذه النتيجة.

- الاستنتاجات:

يذكر الباحث الاستنتاجات التي توصل إليها مختصرةً في نهاية المناقشة، مع ذكر التوصيات والمقترحات عند الضرورة.

- الشكر والتقدير:

يمكن للباحث أن يذكر الجهات المساندة التي قدمت المساعدات المالية والعلمية، والأشخاص الذين أسهموا في البحث ولم يتم إدراجهم بوصفهم باحثين.

ثانياً- الجداول:

يوضع كل جدول مهما كان صغيراً في مكانه الخاص، وتأخذ الجداول أرقاماً متسلسلة، ويوضع لكل منها عنوان خاص به، يكتب أعلى الجدول، وتوظف الرموز * و** و*** للإشارة إلى معنوية التحليل الإحصائي، عند المستويات 0.05 أو 0.01 أو 0.001 على الترتيب، ولا تستعمل هذه الرموز للإشارة إلى أية حاشية أو ملحوظة في أي من هوامش البحث. وتوصي المجلة باستعمال الأرقام العربية (1، 2، 3،). في الجداول وفي متن النص أينما وردت.

ثالثاً - الأشكال والرسوم والمصورات:

يجب تحاشي تكرار وضع الأشكال التي تستمد مادتها من المعطيات الواردة في الجداول المعتمدة، والاكتفاء إما بإيراد المعطيات الرقمية في جداول، وإما بتوقيعها بيانياً، مع التأكيد على إعداد الأشكال والمنحنيات البيانية والرسوم بصورتها النهائية، وبالمقياس المناسب، وتكون ممسوحة بدقة 300 بكسل/أنش. ويجب أن تكون الأشكال أو الصور المظهرة بالأبيض والأسود بقدر كاف من التباين اللوني، ويمكن للمجلة نشر الصور الملونة إذا دعت الضرورة إلى ذلك، ويعطى عنوان خاص لكل شكل أو صورة أو مصوّر في الأسفل وتأخذ أرقاماً متسلسلة.

رابعاً - المراجع:

تتبع المجلة طريقة ذكر اسم المؤلف - صاحب البحث أو مؤلفه - وسنة النشر داخل النص ابتداءً من اليمين إلى اليسار أيّ كان المرجع، مثال: وجد ناجح وعبد الكريم (1990)، وأورد Basem و Samer (1998)، وأشارت العديد من الدراسات.... (Sing، 2008؛ Hunter و John، 2000؛ Sabaa وزملاؤه، 2003) ولا ضرورة لإعطاء المراجع أرقاماً متسلسلة. أما في ثبت المراجع عند كتابة المراجع العربية، فيجب كتابة نسبة الباحث (اسم العائلة)، ثم الاسم الأول بالكامل، وفي حال كون المرجع لأكثر من باحث يجب كتابة أسماء جميع الباحثين بالطريقة السابقة الذكر. وفي حال كون المرجع غير عربي فيكتب أولاً اسم العائلة، ثم يذكر الحرف الأول أو الحروف الأولى من اسمه، يلي ذلك سنة النشر بين قوسين، ثم العنوان الكامل

للمرجع، وعنوان المجلة (الدورية أو المؤلف، ودار النشر)، ورقم المجلد Volume، ورقم العدد Number، وأرقام الصفحات (من - إلى)، مع مراعاة أحكام التنقيط وفق الأمثلة الآتية:

العوف، عبد الرحمن والكزبري، أحمد (1999). التنوع الحيوي في جبل البشري. مجلة جامعة دمشق للعلوم الزراعية، 15(3):33-45.

Smith, J., Merilan, M.R., and Fakher, N.S., (1996). Factors affecting milk production in Awassi sheep. J. Animal Production, 12(3):35-46.

إذا كان المرجع كتاباً: يوضع اسم العائلة للمؤلف ثم الحروف الأولى من اسمه، السنة بين قوسين، عنوان الكتاب، الطبعة، مكان النشر، دار النشر ورقم الصفحات وفق المثال الآتي:

Ingrkam, J.L., and Ingrahan, C.A., (2000). Introduction in: Text of Microbiology. 2nd ed. Anstratia, Brooks Co. Thompson Learning, PP: 55.

أما إذا كان بحثاً أو فصلاً من كتاب متخصص (وكذا الحال بخصوص وقائع) المداولات العلمية (Proceedings)، والندوات والمؤتمرات العلمية)، يذكر اسم الباحث أو المؤلف (الباحثين أو المؤلفين) والسنة بين قوسين، عنوان الفصل، عنوان الكتاب، اسم أو أسماء المحررين، مكان أو جهة النشر ورقم الصفحات وفق المثال الآتي:

Anderson, R.M., (1998). Epidemiology of parasitic Infections. In: Topley and Wilsons Infections. Collier, L., Balows, A., and Jassman, M., (Eds.), Vol. 5, 9th ed. Arnold a Member of the Hodder Group, London, PP: 39-55.

إذا كان المرجع رسالة ماجستير أو أطروحة دكتوراه، تكتب وفق المثال الآتي:

Kashifalkitaa, H.F., (2008). Effect of bromocriptine and dexamethasone administration on semen characteristics and certain hormones in local male goats. PhD Thesis, College of veterinary Medecine, University of Baghdad, PP: 87-105.

• تلحظ النقاط الآتية:

- ترتب المراجع العربية والأجنبية (كل على حدة) بحسب تسلسل الأحرف الهجائية (أ، ب، ج) أو (A, B, C).
- إذا وجد أكثر من مرجع لأحد الأسماء يلجأ إلى ترتيبها زمنياً؛ الأحدث فالأقدم، وفي حال تكرار الاسم أكثر من مرة في السنة نفسها، فيشار إليها بعد السنة بالأحرف a, b, c على النحو^a (1998) أو^b (1998) ... إلخ.
- يجب إثبات المراجع كاملة لكل ما أشير إليه في النص، ولا يسجل أي مرجع لم يرد ذكره في متن النص.
- الاعتماد - وفي أضيق الحدود- على المراجع محدودة الانتشار، أو الاتصالات الشخصية المباشرة (Personal Communication)، أو الأعمال غير المنشورة في النص بين أقواس ().
- أن يلتزم الباحث بأخلاقيات النشر العلمي، والمحافظة على حقوق الآخرين الفكرية.

قواعد إعداد مخطوطة البحث للنشر في أبحاث العلوم الإنسانية والآداب:

- أن يتسم البحث بالأصالة والجدة والقيمة العلمية والمعرفية الكبيرة وبسلامة اللغة ودقة التوثيق.
- ألا يكون منشوراً أو مقبولاً للنشر في أية وسيلة نشر.
- أن يقدم الباحث إقراراً خطياً بالألا يكون البحث منشوراً أو معروضاً للنشر.

- أن يكون البحث مكتوباً باللغة العربية أو بإحدى اللغات المعتمدة في المجلة.
- أن يرفق بالبحث ملخصان أحدهما بالعربية، والآخر بالإنكليزية أو الفرنسية، بحدود 250 كلمة.
- ترسل أربع نسخ من البحث مطبوعة على وجه واحد من الورق بقياس (A4) مع نسخة إلكترونية (CD) وفق الشروط الفنية الآتية:

- توضع قائمة (المصادر والمراجع) على صفحات مستقلة مرتبة وفقاً للأصول المعتمدة على أحد الترتيبين الآتيين:
 - أ- كنية المؤلف، اسمه: اسم الكتاب، اسم المحقق (إن وجد)، دار النشر، مكان النشر، رقم الطبعة، تاريخ الطبع.
 - ب- اسم الكتاب: اسم المؤلف، اسم المحقق (إن وجد)، دار النشر، مكان النشر، رقم الطبعة، تاريخ الطبع.
- توضع الحواشي مرقمة في أسفل كل صفحة وفق أحد التوثيقين الآتيين:
 - أ- نسبة المؤلف، اسمه: اسم الكتاب، الجزء، الصفحة.
 - ب- اسم الكتاب، رقم الجزء، الصفحة.
- يُتَجَنَّب الاختزال ما لم يُشْرَ إلى ذلك.
- يقدم كل شكل أو صورة أو خريطة في البحث على ورقة صقيلة مستقلة واضحة.
- أن يتضمن البحث المُعادلات الأجنبية للمصطلحات العربية المستعملة في البحث.

يشترط لطلاب الدراسات العليا (ماجستير / دكتوراه) إلى جانب الشروط السابقة:

- أ- توقيع إقرار بأن البحث يتصل برسالته أو جزء منها.
- ب- موافقة الأستاذ المشرف على البحث، وفق النموذج المعتمد في المجلة.
- ج- ملخص حول رسالة الطالب باللغة العربية لا يتجاوز صفحة واحدة.
- تنشر المجلة البحوث المترجمة إلى العربية، على أن يرفق النص الأجنبي بنص الترجمة، ويخضع البحث المترجم لتدقيق الترجمة فقط وبالتالي لا يخضع لشروط النشر الواردة سابقاً. أما إذا لم **يكن** البحث محكماً ففسرى عليه شروط النشر المعمول بها.
- تنشر المجلة تقارير عن المؤتمرات والندوات العلمية، ومراجعات الكتب والدوريات العربية والأجنبية المهمة، على أن لا يزيد عدد الصفحات على عشر.

عدد صفحات مخطوطة البحث:

تنشر البحوث المحكمة والمقبولة للنشر مجاناً لأعضاء الهيئة التدريسية في جامعة حماة من دون أن يترتب على الباحث أية نفقات أو أجور إذا تقيّد بشروط النشر المتعلقة بعدد صفحات البحث التي يجب أن لا تتجاوز 15 صفحة من الأبعاد المشار إليها آنفاً، بما فيها الأشكال، والجداول، والمراجع، والمصادر. علماً أن النشر مجاني في المجلة حتى تاريخه.

مراجعة البحوث وتعديلها:

يعطى الباحث مدة شهر لإعادة النظر فيما أشار إليه المحكمون، أو ما تطلبه رئاسة التحرير من تعديلات، فإذا لم ترجع مخطوطة البحث ضمن هذه المهلة، أو لم يستجب الباحث لما طلب إليه، فإنه يصرف النظر عن قبول البحث للنشر، مع إمكانية تقديمه مجدداً للمجلة بوصفه بحثاً جديداً.

ملاحظات مهمة:

- البحوث المنشورة في المجلة تعبر عن وجهة نظر صاحبها ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر هيئة تحرير المجلة.
- يخضع ترتيب البحوث في المجلة وأعدادها المتتالية لأسس علمية وفنية خاصة بالمجلة.
- لا تعاد البحوث التي لا تقبل للنشر في المجلة إلى أصحابها.
- تدفع المجلة مكافآت رمزية للمحكمين وقدرها، 2000 ل.س.
- تمنح مكافآت النشر والتحكيم عند صدور المقالات العلمية في المجلة.
- لا تمنح البحوث المستلة من مشاريع التخرج، ورسائل الماجستير والدكتوراه أية مكافأة مالية، ويكتفى بمنح الباحث الموافقة على النشر.
- في حال ثبوت وجود بحث منشور في مجلة أخرى، يحق لمجلة جامعة حماة اتخاذ الإجراءات القانونية الخاصة بالحماية الفكرية، ومعاينة المخالف بحسب القوانين الناظمة.

الاشتراك في المجلة:

يمكن الاشتراك في المجلة للأفراد والمؤسسات والهيئات العامة والخاصة.

عنوان المجلة:

- يمكن تسليم النسخ المطلوبة من المادة العلمية مباشرةً إلى إدارة تحرير المجلة على العنوان التالي : سورية - حماة - شارع العلمين - بناء كلية الطب البيطري - إدارة تحرير المجلة.
- البريد الإلكتروني الآتي : hama.journal@gmail.com
- magazine@hama-univ.edu.sy
- عنوان الموقع الإلكتروني: www.hama-univ.edu.sy/newssites/magazine/
- رقم الهاتف: 00963 33 2245135

فهرس محتويات

| رقم الصفحة | اسم الباحث | عنوان البحث |
|------------|---|---|
| 1 | د بثينة داؤد الكردي | تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض |
| 14 | ديما صبوح المحمد د فاطمة عبد الجبار قريط | تقييم نوعيّة الحياة لدى مرضى الداء السكري |
| 28 | نور غانم عبود د. لبنه يحيى داوود د. نسرين داؤود | تقييم مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين |
| 51 | سناء عبد الحميد عجي د. سوزان زين زمزم د. ولاء هاشم اصبيره | تقييم ممارسة الموظفين في جامعة تشرين للفحص الذاتي للثدي |
| 66 | عبد الكريم على العزق | إدمان مواقع التواصل الاجتماعي عند طلاب كلية التمريض في جامعة حماة |
| 78 | دانه ماجد الشيخ أسعد د.د. وليد خدام د. سندس ياسين | دراسة انتشار الإنتانات الفطرية الانتهازية بالمبيضات لدى مرضى السل الرئوي في مدينة حمص |
| 90 | رفاه العلي أ.د. وليد خدام د. سندس ياسين | تحري الإصابة بالرشاشيات عند مرضى الخباثات الدموية في مدينة حمص - سورية |
| 101 | د بثينة داؤد الكردي | العلاقة بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لهيئة التمريض |
| 114 | عبد الكريم علي العزق | تقييم معلومات الكادر التمريضي في مستشفى حماة الوطني حول ضبط العدوى |
| 123 | فاطمه عباس د. ليندا صالح | الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة |
| 138 | حيان العلواني | دراسة مقارنة بين استخدام الميتوتريكسات والسيكلوسبورين في التهاب الطريق العنبي عند مرضى داء بهجت |

تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض

د بثينة داؤد الكردي *

(الإيداع: 7 كانون الثاني 2021 ، القبول: 15 حزيران 2022)

الملخص:

الرضا الوظيفي هو حصيلة التفاعل بين ما يريد الفرد وبين ما يحصل عليه فعلياً، ويعد من المكونات الأساسية والمهمة التي تضمن حسن سير العمل في أية منظومة ولا سيما المنظومات الصحية، لذلك هدفت الدراسة الوصفية الحالية إلى تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة، اشتملت العينة على 301 ممرض/ة تم اختيارها بطريقة العينة المتاحة، وجمعت البيانات باستخدام استبيان مينسوتا لقياس الرضا الوظيفي (MSQ). أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا الوظيفي كان متوسطاً لدى (73.1%) من أفراد هيئة التمريض، كما كان متوسطاً لدى (65.8%) في محور الإدارة، ولدى (62.5%) في محور العلاقات، في حين كان منخفضاً لدى (89.7%) في محور الراتب، ومنخفضاً لدى (57.5%) في محور فرص التطوير. توصي الدراسة بضرورة زيادة الاهتمام بالحوافز المادية والمعنوية لأفراد هيئة التمريض لما لذلك من أثر دور في زيادة قدرتهم على تحمل مشاق العمل والسعي لتوفير فرص التعليم والتدريب لتأمين فرص لتطوير أفراد هيئة التمريض وإجراء أبحاث أخرى لتحديد أكثر العوامل تأثيراً في مستوى الرضا الوظيفي.

الكلمات المفتاحية: الرضا الوظيفي، هيئة التمريض.

*مدرس - قسم الإدارة في التمريض - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية.

Assessment of job satisfaction among nursing staff

Dr. Buthaina Daoud Alkourdi*

(Received: 7 December 2021, Accepted: 15 June 2022)

Abstract:

Job satisfaction is the outcome of the interaction between what an individual wants and what he actually gets. It is one of the basic and important components to ensure the proper functioning of any system, especially health systems. So the current descriptive study aimed to assess the level of job satisfaction of the nursing staff. The sample included 301 nurses. The participants were selected by using the convenient sample method. The Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) used to measure job satisfaction. Results of study showed that moderate level of general satisfaction for (73.1%) of participants. (65.8%) of participants had a medium level of job satisfaction related to the management domain, (62.5%) of them had a medium level of job satisfaction related to the relationship and that (89.7%) of them had a weak level of job satisfaction related to the salary, and weak at (57.5%) in development opportunities. The study recommends the need of lot increasing attention to financial and supportive incentives for nursing staff members, and seeking to provide educational and training chances to secure opportunities for the development of nursing staff, and conducting other research to determine the most effective factors on the level of job satisfaction.

Keywords: job satisfaction, nursing staff

*Lecturer, Department of Management in Nursing, Faculty of nursing, Tishreen University, Lattakia.

1. المقدمة

تستقطب إدارة و تنمية الموارد البشرية الاهتمام الأكبر من جانب الإدارة المعاصرة، لأن العنصر البشري هو الأساس الأقوى والأهم في إنجاح الإدارة، حيث أن نجاح أي منظمة يرتبط بنجاح العاملين فيها مما يُلزم بتوفير عوامل وأسباب تساعد على التكيف مع مختلف أبعاد عملهم، وما يتبع هذا التكيف من اشباع للحاجات و ابراز للقدرات والطموحات الشخصية للعاملين وفق هذا المؤشر البسيط ذو الأهمية الكبيرة، فالأحرى إذا بالإدارات التركيز على دراسة الرضا الوظيفي الذي أصبح ضرورة حتمية عند القادة ومشرفي الإدارات والمهتمين بالتطوير الإداري في المنظمات على اختلافها بين فترة وأخرى، ليظل موضوعاً للبحث، وذلك لأسباب متعددة: كالتطور الدائم في التكنولوجيا والتعليم الأكاديمي، وزيادة درجة المنافسة وتأثير ذلك على شعور العاملين بالرضا الوظيفي وفي سلوكهم في مراحل حياتهم وفقاً للتغيرات في بيئة الأعمال بين فترة وأخرى [1،2].

يعتبر الرضا الوظيفي من أهم الاتجاهات المتعلقة بالعمل، ولا يزال يحظى باهتمام المدراء في مختلف المنظمات لأنه يزودهم بالأراء والأفكار التي تساعد على تحسين اتجاهات العاملين نحو العمل أو المنظمة أو الرواتب أو الإشراف أو التدريب وغيرها. حين نتطرق لموضوع الرضا الوظيفي، فنحن بصدد الحديث عن تصور الفرد تجاه وظيفته، ومدى إشباع هذه الوظيفة لتوقعاته وحاجاته (التقارب بين العوائد الفعلية التي تم الحصول عليها وما يعتقد الفرد) بما يتناسب مع الأداء الذي قام به، حيث إن استمرارية الأداء تعتمد على قناعة العامل ورضاه [3،4].

تحيط بمهنة التمريض مجموعة من الظروف التي تؤثر على الرضا الوظيفي للممرضين ومنها: نظرة المجتمع لمهنة التمريض، ونظرة المرضى للممرضين، وازدواجية تبعية الممرضين، وعبء ومناوبات العمل، وطبيعة الحراك الاجتماعي. يضاف إلى ذلك بعض المشكلات التي تواجه العاملين في مهنة التمريض مثل النظرة الاستعلائية للآخرين عليهم، وعدم الثقة بجهودهم، وعدم اعتراف عدد من الأطباء بالمستوى العلمي للممرضين، وتصورهم أن عمل الممرض يقتصر على تغيير ضماد الجروح وحقن الأدوية وتقديم الطعام والدواء للمريض. كل ما سبق يؤدي إلى عدم الانسجام واختلال في مستوى الرضا الوظيفي للممرض والذي بدوره قد يؤدي إلى انخفاض في مستوى الإنتاجية والأداء في العمل. كما أن مهنة التمريض تعد من المهن التي تتضمن قدرًا كبيراً من المشقة أو الضغوط لكثرة المواقف التي قد لا يستطيع الممرض فيها تقديم أية خدمة أو مساندة سواء كان للمريض أو للمجتمع. يمثل التمريض الفئة العظمى من العاملين في المجال الصحي في القطاعين الحكومي والخاص. وطبيعة العمل في المجال التمريضي تتصف بمجموعة من العلاقات المتشابكة التي تؤثر في تحقيق التوافق والرضا الوظيفي وكلما كان الرضا الوظيفي مرتفعاً كلما كان الأداء والعبء والنجاح في العمل متميزاً [5-7].

أجريت العديد من الدراسات التي هدفت إلى تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى أفراد التمريض، منها دراسة جزائرية أجريت من قبل (بو خمخم وعمار، 2011) بهدف قياس الرضا الوظيفي للممرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية وبينت نتائجها أن لدى غالبية المشاركين مستوى منخفض من الرضا الوظيفي، وخاصة في محور الرضا الوظيفي المرتبط بالدخل والمردود المادي ، كما قام (Chien and Yick، 2016) بدراسة وصفية هدفت إلى التحقق من مستوى الرضا الوظيفي لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الخاصة في هونغ كونج، وقد بينت نتائج تلك الدراسة أن مستوى الرضا الوظيفي لدى المشاركين كان متوسطاً بشكل عام، ولكنهم لم يكونوا راضين عن مستوى الدخل الذي يؤمنه المستشفى الخاص لهم، إلا أنهم أثنوا وأكدوا رضاهم عن مستوى الدورات التدريبية التي يتم إخضاعهم لها بشكل دوري [8،9].

نظراً لأهمية الرضا الوظيفي لأفراد هيئة التمريض، وخاصة في ظل الأزمة الصحية العابرة للقارات التي يعيشها العالم حالياً، أزمة فيروس كورونا المستجد، ونظراً للأعباء المتزايدة على كاهل أفراد هيئة التمريض، الذين يعملون على مدار الساعة تحت ضغط عمل وحالة طوارئ صحية متواصلة، يتوجب عليهم فيها تلبية احتياجات ومتطلبات المرضى وتخفيف آلامهم وتوفير سبل الراحة لهم ولو كان على حساب راحتهم الشخصية، وانطلاقاً من الدور الذي يلعبه الرضا الوظيفي لأفراد هيئة التمريض في تقديم أفضل

الخدمات التمريضية للمرضى، جاءت الدراسة الحالية لتقييم الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة.

2. أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

إنّ نتائج قياس الرضا الوظيفي لأفراد هيئة التمريض مهمة أساسية لأية إدارة في أية مستشفى تريد رفع مستوى أداء الممرضين فيها، وتسعى لتحقيق أعلى معايير الجودة لخدماتها التمريضية، وذلك من خلال الاطلاع المتواصل وبصورة منتظمة على ما يشعر به هؤلاء العاملين إزاء أي برنامج أو هدف تريد المنشأة منهم تحقيقه. يعتبر تجاهل متغير الرضا الوظيفي لأفراد هيئة التمريض حكماً بالفشل على أية مبادرة لتحسين جودة الخدمة الصحية. من الناحية العملية فإن نتائج الدراسة الحالية تمثل مرجعاً مهماً في عملية صياغة معظم القرارات الإدارية التي تتعلق بشكل مباشر أو غير مباشر بمستوى الرضا الوظيفي لدى أفراد هيئة التمريض؛ كما أنها تعتبر مرتكزاً أساسياً يتم الانطلاق منه لاحقاً لتقييم العوامل المؤثرة في مستوى ذلك الرضا، خصوصاً أنها تمثل رافداً بحثياً مهماً يمكن الاستناد إليه في تصميم برامج تنمية موارد بشرية بغية رفع مستوى الرضا الوظيفي لدى أفراد هيئة التمريض.

هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة.

3. طريقة البحث ومواده:

• تصميم البحث:

البحث وصفي.

• مكان وزمان البحث:

تم إجراء البحث في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة، في الفترة الواقعة بين 2020/11/15 ولغاية 2021/ 2/15م.

• عينة البحث:

شملت عينة الدراسة (301) عامل تمريض في المشفى المذكور، تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة، موزعين على الشكل التالي: (1) رئيس تمريض، (13) رئيس شعبة تمريضية، (287) عنصر تمريضي.

• أدوات البحث:

تم جمع بيانات البحث الحالي باستخدام الاستبيان المؤلف من جزأين:

الجزء الأول: المعلومات الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة: العمر، والجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي.

الجزء الثاني: استبيان مينسوتا (MSQ) The Minnesota Satisfaction Questionnaire الذي تم اعداده من قبل (David J Wieis et al.1976) واستخدم هذا المقياس على نطاق واسع لقياس الرضا الوظيفي في العديد من القطاعات الإدارية والاقتصادية والصحية لما أظهره من استقرار ومصداقية وثبات وييدي المقياس معامل ألفا ممتاز [10]، واستخدم في الدراسة الحالية لقياس الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض ويتكون من (58) عبارة، موزعة على أربعة محاور هي:

محور الإدارة: يشمل (24) عبارة تقيس مدى الرضا عن سلوكيات الإدارة تجاه العاملين مثل: "وضوح التعليمات الصادرة من الإدارة"، "القوانين والتعليمات التي تحكم العمل"، "اهتمام الإدارة بالعاملين"، "النزاهة والموضوعية لدى الإدارة في تطبيق الأنظمة والتعليمات واتخاذ القرار"، "اهتمام الرئيس المباشر بالإدارة والمقترحات المتعلقة بالعمل"، "القوانين والتعليمات والأنظمة التي تحكم العمل"

محور العلاقات: يشمل (14) عبارة تقيس مدى الرضا عن نمط العلاقات السائد في مكان العمل مثل: "الاحترام والتقدير السائد بين العاملين"، "عدم التمييز في المعاملة بين العاملين"، "مشاركة العاملين مع بعضهم البعض في حل مشكلاتهم"، "الصدق والطف في التعامل بين العاملين"

محور الأجر أو الراتب: يشمل (8) عبارات تقيس مدى الرضا عن الأجر أو الراتب والمكافآت أو التعويضات مثل: "كفاية الراتب لمقابلة احتياجاتي"، "المكافآت التي يوفرها الراتب"، "الراتب مقارنة بالجهد الذي أبذله"، "مقدار الزيادة السنوية على الراتب"، "المزايا الأخرى: ادخار، تأمين صحي، وتأمين على الحياة"

محور فرص التطوير: يشمل (12) عبارة تقيس مدى الرضا عن الفرص التي تتاح للعاملين للترقية والتخطيط والمشاركة بالفعاليات ذات الصلة بالعمل مثل: "الفرص المتاحة للمشاركة في التخطيط وصنع القرارات في المستشفى"، "فرص المشاركة في ندوات ومؤتمرات محلية ذات علاقة بالعمل"، "الفرص المتاحة للمشاركة في التخطيط وصناعة القرارات المتعلقة بالسياسة العامة للمستشفى"، "معايير الترقية"، "مدى ارتباط الترقيات بالكفاءة واتقان العمل"، "الفرص للحصول على مزايا مادية ومعنوية واجتماعية"

أجاب أفراد العينة وفق بدائل اجابة على سلم ليكرت الخماسي، بحيث تعطى لكل إجابة درجة كالاتي: (غير راضٍ بشدة = 1، غير راضٍ = 2، محايد = 3، راضٍ = 4، راضٍ بشده = 5)، وبناءً على درجة المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة يتم تحديد مستويات الرضا الوظيفي الكلي وفي كل محور من محاوره كالاتي: يتم تقسيم مدى الدرجات على ثلاثة مجالات كالاتي: مدى الدرجات 1-5 = 4، طول فئة المجال ناتج عن قسمة المدى/3 أي $3/4 = 1.33$ ، فتكون مستويات الرضا الوظيفي كالاتي: مستوى منخفض إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 1 - 2.32، مستوى متوسط إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 2.33 - 3.66، ومستوى مرتفع إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 3.67 - 5.

• طريقة البحث

تم الحصول على موافقة إدارة مستشفى الاسد الطبي على جمع البيانات، والحصول على موافقة أفراد هيئة التمريض على المشاركة بعد شرح الهدف من الدراسة مع ضمان السرية والخصوصية، بعد توجيه طلب رسمي من قبل كلية التمريض في جامعة تشرين إلى المستشفى المذكور. ثم تم توزيع الاستبيان على هيئة التمريض لتتم الإجابة عليه وذلك بتواجد الباحثة للإجابة على أي استفسار من التمريض. وتم 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 (%))، اختبار One Way ANOVA لتحديد الفروق في إجابات أفراد العينة وفق البيانات الديموغرافية والوظيفية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، عدد سنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي) حيث اعتبرت الفروق عند مستوى دلالة (P Value ≤ 0.05) هامة احصائياً، والفروق عند مستوى دلالة (P Value ≤ 0.01) هامة جدا احصائياً

4. النتائج:

الجدول رقم (1): توزيع هيئة التمريض في الدراسة وفق بياناتهم الديموغرافية والوظيفية

| N=301 العدد الكلي | | البيانات الديموغرافية | |
|-------------------|------------|---------------------------|-------------------------------|
| النسبة المئوية % | N التكرار | | |
| 0.3 | 1 | رئيس/ة تمريض عام | المسمى الوظيفي |
| 4.3 | 13 | رئيس/ة شعبة | |
| 95.3 | 287 | ممرض/ة | |
| 100% | 301 | المجموع | |
| 51.5 | 155 | أقل من 30 سنة | العمر |
| 34.9 | 105 | 30 – أقل من 40 سنة | |
| 10.3 | 31 | 40 – أقل من 50 سنة | |
| 3.3 | 10 | 50 سنة فأكثر | |
| 100% | 301 | المجموع | |
| 11.6 | 35 | ذكر | الجنس |
| 88.4 | 266 | انثى | |
| 100% | 301 | المجموع | |
| 9.0 | 27 | دبلوم تمريض بعد الإعدادية | مستوى التعليم |
| 68.8 | 207 | دبلوم تمريض بعد الثانوية | |
| 10.6 | 32 | معهد صحي | |
| 11.6 | 35 | إجازة في التمريض | |
| 100% | 301 | المجموع | |
| 43.2 | 130 | أقل من 5 سنوات | سنوات الخبرة في المنصب الحالي |
| 22.6 | 68 | من 5 إلى أقل من 10 سنوات | |
| 18.3 | 55 | من 10 إلى أقل من 15 سنة | |
| 15.9 | 48 | 15 سنة فأكثر | |
| 100% | 301 | المجموع | |

يظهر الجدول (1) توزيع هيئة التمريض في الدراسة وفق بياناتهم الديموغرافية والوظيفية، حيث يبين أن أعمار أكثر من نصف العينة (51.5%) أقل من 30 سنة، وتمثل الإناث معظم أفراد العينة (88.4%)، وكان مستوى تعليم النسبة الأعلى (68.8%) منهم دبلوم تمريض بعد الثانوية، وخبرة (43.2%) منهم أقل من 5 سنوات في المنصب الحالي.

الجدول (2) توزع هيئة التمريض تبعاً لمستويات الرضا الوظيفي ومحاوره

| مرتفع | | متوسط | | منخفض | | محاور الرضا الوظيفي |
|-------|----|-------|-----|-------|-----|---------------------|
| % | N | % | N | % | N | |
| 18.6 | 56 | 65.8 | 198 | 15.6 | 47 | 1. الإدارة |
| 32.6 | 98 | 62.5 | 188 | 5.0 | 15 | 2. العلاقات |
| 1.3 | 4 | 9.0 | 27 | 89.7 | 270 | 3. الراتب |
| 2.7 | 8 | 39.9 | 120 | 57.5 | 173 | 4. فرص التطوير |
| 3.7 | 11 | 73.1 | 220 | 23.3 | 70 | الرضا العام |

يبين الجدول (2) توزع هيئة التمريض تبعاً لمستويات الرضا الوظيفي ومحاوره، ويبين أن ثلاثة ارباع العينة تقريباً (73.1%) لديهم مستوى متوسط للرضا الوظيفي العام، وأن أكثر من نصف العينة لديهم مستوى رضا وظيفي متوسط أيضاً في محوري الإدارة والعلاقات بنسبة (65.8%) و(62.5%) على التوالي، في حين أن الغالبية العظمى (89.7%) من العينة لديها مستوى رضا منخفض في محور الراتب وأكثر من نصف العينة بقليل (57.5%) لديه مستوى رضا منخفض في محور فرص التطوير.

الجدول (3) مستوى وترتيب محاور الرضا الوظيفي عند هيئة التمريض

| المستوى | الترتيب | SD | M | Max | Min | محاور الرضا الوظيفي |
|-------------|---------|-------|------|------|------|---------------------|
| متوسط | 2 | 0.644 | 2.99 | 4.67 | 1.25 | 1. الإدارة |
| متوسط | 1 | 0.658 | 3.39 | 4.93 | 1.57 | 2. العلاقات |
| منخفض | 4 | 0.630 | 1.53 | 4.38 | 1.00 | 3. الراتب |
| منخفض | 3 | 0.710 | 2.22 | 4.33 | 1.00 | 4. فرص التطوير |
| مستوى متوسط | | 0.530 | 2.73 | 4.47 | 1.40 | الرضا العام |

يبين الجدول (3) متوسطات وترتيب ومستويات الرضا الوظيفي ومحاوره لدى هيئة التمريض، يظهر أن مستوى الرضا الوظيفي العام متوسط لدى عينة الدراسة بمتوسط حسابي (2.73 ± 0.530) كما يظهر أن مستوى الرضا عن العلاقات متوسط المستوى في المرتبة الأولى ومتوسط حسابي قدره (3.39 ± 0.658) ، تلاه في المرتبة الثانية محور الرضا عن الإدارة بمستوى متوسط أيضاً ومتوسط حسابي قدره (2.99 ± 0.644) ، ثم محور الرضا عن فرص التطوير في المرتبة الثالثة وبمستوى منخفض ومتوسط حسابي قدره (2.22 ± 0.710) ، ومحور الرضا عن الراتب في المرتبة الرابعة والأخيرة بمستوى منخفض ومتوسط حسابي قدره (1.53 ± 0.630) .

الجدول (4) الفروق في درجة الرضا الوظيفي تبعا للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية لهيئة التمريض

| P. Value | قيمة F/T | الرضا الوظيفي | | | المتغيرات الديموغرافية والوظيفية |
|----------|-------------|---------------|------|-----|----------------------------------|
| | | SD | M | N | |
| 0.120 | 2.136 | 0 | 62.7 | 1 | رئيس/ة تمريض عام |
| | | 0.506 | 3.02 | 13 | رئيس/ة شعبة |
| | | 0.529 | 2.71 | 287 | ممرض/ة |
| *0.053 | 2.594 | 0.523 | 2.70 | 155 | أقل من 30 سنة |
| | | 0.548 | 2.72 | 105 | 30 – 39 سنة |
| | | 0.508 | 2.75 | 31 | 40 – 49 سنة |
| | | 0.358 | 3.17 | 10 | 50 سنة فأكثر |
| 0.365 | 0.908 | 0.581 | 2.65 | 35 | ذكر |
| | | 0.524 | 2.74 | 266 | انثى |
| *0.015 | 3.533 | 0.526 | 2.92 | 27 | دبلوم تمريض بعد الإعدادية |
| | | 0.536 | 2.73 | 207 | دبلوم تمريض بعد الثانوية |
| | | 0.455 | 2.78 | 32 | معهد صحي |
| | | 0.507 | 2.50 | 35 | إجازة في التمريض |
| 0.006** | 4.323 | 0.504 | 2.75 | 130 | أقل من 5 سنوات |
| | | 0.558 | 2.62 | 68 | من 5 إلى أقل من 10 سنوات |
| | | 0.474 | 2.63 | 55 | من 10 إلى أقل من 15 سنة |
| | | 0.569 | 2.93 | 48 | 15 سنة فأكثر |

T: يشير الى اختبار t. test للعينات المستقلة خاص بالمتغيرات ثنائية الفئ.

F: يشير إلى اختبار التباين الأحادي One Way ANOVA خاص بالمتغيرات ثلاثية الفئ وأكثر من ثلاثية.

دلالة هامة احصائيا * : P Value ≤ 0.05

دلالة هامة جدا احصائيا **: P Value ≤ 0.01

يظهر الجدول رقم (4) الفروق في درجة الرضا الوظيفي تبعا للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية لهيئة التمريض، حيث لوحظ وجود فروق ذات دلالة احصائية هامة في درجة الرضا الوظيفي تعزى لكلٍ من "العمر" (P= 0.053) إذ كان الرضا الوظيفي أفضل لدى هيئة التمريض من الفئة العمرية (50 سنة فأكثر) و"مستوى التعليم" (P=0.015) إذ كان مستوى الرضا الوظيفي أعلى لدى أفراد هيئة التمريض الأقل درجة علمية ممن هم بمستوى التعليم "دبلوم تمريض بعد الإعدادية"، كما يبين الجدول وجود فروق ذات دلالة احصائية هامة جدا في درجة الرضا الوظيفي تعزى لمتغير "سنوات الخبرة في المنصب الحالي" (P= 0.006)، لصالح سنوات الخبرة الأكثر حيث أن مستوى الرضا الوظيفي أعلى لدى أفراد العينة

بسنوات خبرة (15 سنة فأكثر). يظهر الجدول أيضا عدم وجود فروق احصائية هامة في درجة الرضا الوظيفي فيما يتعلق بكل من: المسمى الوظيفي ($P= 0.120$) والجنس ($P=0.365$).

5. المناقشة:

إن المجال الصحي من أهم المجالات التي تسعى الدول للارتقاء بها، وتحقيق الرضا للعاملين فيه. مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الرعاية الصحية ينعكس إيجاباً أو سلباً على أدائهم لعملهم وعلى نوعية الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفيات والمراكز الصحية وبالتالي يؤثر على نجاح أو فشل المستشفيات في تحقيق أهدافها [11]، وبناء عليه تكتسب الدراسة الحالية أهمية خاصة كونها تركز على تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض.

أظهرت الدراسة الحالية أن ثلاثة أرباع العينة تقريباً لديهم مستوى متوسط للرضا الوظيفي العام، تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Omer et al.2016) بهدف تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى الممرضين في مستشفى زكاري التعليمي في مدينة أربيل العراقية، والتي أظهرت مستوى متوسط من الرضا الوظيفي لدى النسبة الأعلى من المشاركين، في حين تختلف مع نتائج دراسات كل من (خالد، 2020)، (هشام، 2015)، (Prathana & Neha, 2020) و (StephenX, 2020) حيث قُدر الرضا الوظيفي بمستوى منخفض لدى النسبة الأعلى من الأفراد في العينات المشمولة في الدراسات المشار إليها، ولا تتفق أيضاً مع ما نتجت عنه دراسة إيناس فؤاد (2008) من مستوى عام مرتفع للرضا الوظيفي خلافاً للمستوى المتوسط بالمقابل في الدراسة الحالية، وترجع الباحثة المستوى المتوسط للرضا الوظيفي الى توزع عينة الدراسة حيث أن الغالبية العظمى من المشاركين في الدراسة الحالية هم من الفئات العمرية الأصغر (أقل من 40 سنة) والمؤكد بنتيجة العلاقة بين العمر ومستوى الرضا الوظيفي هو ازدياد مستوى الرضا بازدياد العمر، كما وأن طبيعة العمل بالمجال الصحي تعرض العاملين للكثير من الصعوبات والضغوط بالعمل، وتحملهم مسؤولية أكبر من غيرهم فطبيعة العمل لدى هيئة التمريض تحتم عليهم مخالطة المرضى ووجودهم ببيئة غير آمنة صحياً ولا يخفى على أحد خطورة العدوى وخاصة أثناء جائحة كورونا الأمر الذي يؤثر سلباً في حالتهم النفسية وبالتالي بمستوى رضاهم الوظيفي. [12-18].

دلت قيمة المتوسط العام للرضا عن الراتب على انخفاض رضا غالبية أفراد هيئة التمريض عن التعويضات المادية وحل محور "الراتب" أخيراً في مستوى الرضا عنه الأمر الذي يتفق مع نتائج دراسة (الأمين ويحي، 2016) حول تأثير الرضا الوظيفي على أداء الموارد البشرية في مستشفى عام بمغنية في الجزائر والتي بينت انخفاض رضا العاملين عن نظام الأجور والمكافآت والحوافز غير المتوافق مع طبيعة العمل، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة مصرية من قبل (Abd Elmoghith & El Malah, 2018) بهدف تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى الممرضات وعلاقته بالتمكين الإداري والتي أسفرت عن مستوى منخفض للرضا الوظيفي لدى غالبية الممرضات المشاركات، وكان محور الراتب الشهري كما في الدراسة الحالية من أقل المحاور من حيث مستوى الرضا عنه [19،20]، كما اتفقت النتيجة الحالية مع نتائج دراسة (Chien & Yick, 2016) التي هدفت إلى التحقق من مستوى الرضا الوظيفي لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الخاصة في هونغ كونج، وبينت نتائجها عدم الرضا عن مستوى الدخل الذي يؤمنه المستشفى الخاص لهم [9]، في حين يختلف مستوى الرضا المنخفض عن "الراتب" كنتيجة للدراسة الحالية عن نتيجة دراسة (Kvist et al. 2012) التي هدفت إلى تقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى الكادر التمريضي في مستشفى جامعة Kuopio الفنلندية، والتي بينت أن مستوى الرضا الوظيفي لدى غالبية المشاركين جاء مرتفعاً فيما يتعلق بالتعويضات والراتب الشهري [21]، الأمر الذي قد يعزى إلى عدم التناسب بين متطلبات المعيشة وغلائها وبين دخل الفرد الشهري نتيجة الأزمة الاقتصادية التي تعصف بالبلاد منذ أكثر من عشر سنوات.

حُدِّدَ مستوى الرضا عن "فرص التطوير" في الدراسة الحالية بدرجة منخفضة لدى أكثر من نصف العينة دالاً على عدم تأكد هيئة التمريض من ملاءمة نظام الترقيات وفرص التطوير في المستشفى مع طموحاتهم وتطلعاتهم متوافقاً مع ما جاء بدراسة (الأمين ويحي، 2016) ومع دراسة (المعاوية و الخاروف، 2018) ودراسة (Twaiti, 2009) حيث عبر المشاركون في الدراسات المذكورة عن درجة رضا منخفضة أيضاً في عبارات تقيس الرضا عن فرص التطوير والتدريب للمرضات في المستشفيات الحكومية [19،22،23]، و تختلف درجة الرضا المنخفضة عن فرص التطوير في الدراسة الحالية عن نتيجة دراسة (Chien & Yick 2016)، حيث أثنى المشاركون في دراسته على مستوى فرص التطوير وأكدوا رضاهم عن فرص التطوير والتدريب التي يخضعون لها بشكل دوري (9)، قد تكون الأسباب المحتملة لانخفاض مستوى الرضا عن فرص التطوير في دراستنا عدم وجود نظام واضح ودقيق للترقيات يتيح للعاملين فرص التطلع لحياة أفضل، إضافة الى محدودية الموارد المادية والبشرية والمتأثرة بالوضع الاقتصادي العام والتي قد تكون ساهمت بإغفال أو التقصير في اعداد برامج تدريبية وتطويرية خاصة بهيئة التمريض في المستشفيات

فيما يخص المستوى المتوسط للرضا عن "العلاقات" في الدراسة الحالية مخالفاً لما جاء بدراسة (المعاوية و الخاروف، 2018) والتي بينت مستوى عدم رضا مرتفع للمرضات عن العلاقات في المستشفى بسبب وجود خلافات بين الممرضات وفقاً لنتائج الدراسة المذكورة [22]، الأمر الذي قد يدل على وجود اتفاق وتوافق وقلة في النزاعات بين أفراد هيئة التمريض المشمولين في الدراسة الحالية ومن الممكن تفسيره بطبيعة مستوى التعليم المشترك لدى الغالبية العظمى من المشاركين في عينة الدراسة الحالية، ذلك أن أكثر من ثلثي المشاركين لديهم شهادة دبلوم تمريض بعد الثانوية مما قد ينعكس على وجود انسجام بينهم ومعرفة منذ أيام الدراسة وما قبل الممارسة المهنية والتعيين في المستشفى.

جاء مستوى الرضا عن "الإدارة" متوسطاً وفي الترتيب الأول منسجماً مع نتائج دراسة (المعاوية والخاروف، 2018) ومتوافقاً أيضاً مع المستوى المتوسط للرضا عن "العلاقات" في الدراسة الحالية [22]، حيث أن الإدارة تتضمن طبيعة العلاقات بين العاملين والإدارة العليا والإدارة المباشرة وطبيعة نظم العمل، قد يعود الترتيب المتفوق للرضا عن الإدارة لدى هيئة التمريض لعدم التبعية الإدارية المباشرة للمرضين والممرضات الى سلطة مدير أو إدارة عليا وإنما ارتباطهم الإداري يتمثل بشكل أساسي ومباشر برئيس/ة التمريض العام و/أو رئيس/ة الوحدة التمريضية الأمر الذي قد يفضي الى المحاباة في العلاقات السائدة، حيث ان الاتصال المباشر والوثيق يؤدي لمعرفة وثيقة لعناصر التمريض وتقويض لبعض المهام وتوزيع العمل التمريضي مع مراعاة تقضيات وظروف أفراد هيئة التمريض في المستشفى.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق احصائية هامة في درجة الرضا الوظيفي تعزى للعمر ولصالح الأعمار الأكبر ولمستوى التعليم ولسنوات الخبرة في المنصب الحالي ، إذ كان الرضا الوظيفي أفضل لدى هيئة التمريض بمستوى التعليم "دبلوم تمريض بعد الإعدادية"، ولدى من كانت سنوات خبرتهم في المنصب الحالي (15 سنة فأكثر)، قد يعود ذلك إلى أن الفرد يسعى خلال مسيرته المهنية لتحسين موقعه الوظيفي وإن وصوله إلى مستوى مرموق في مكان عمله يساهم في زيادة رضاه الوظيفي، كما تلعب سنوات الخبرة الوظيفية والمهنية دوراً في وصول أولئك الأفراد أيضاً إلى مواقع القيادة في مواقع العمل، وبالتالي زيادة رضاهم الوظيفي.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي أجريت من قبل (Omer et al, 2016) أنفة الذكر، والتي بينت أن هناك فروق احصائية هامة في درجة الرضا الوظيفي تعزى لمتغيرات مستوى التعليم وسنوات الخبرة، إذ كان الرضا الوظيفي أفضل لدى الممرضات اللاتي تحملن المؤهل الجامعي، ولدى من كانت سنوات خبرتهم تتجاوز العشر سنوات [12]. كما كانت النتيجة الحالية منسجمة مع نتائج دراسة (Kvist et al, 2012) أنفة الذكر، حيث بينت تلك الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً تعزى

لسنوات الخبرة في المركز الحالي، حيث كان مستوى الرضا أفضل لدى من لديهم مدة خبرة أكبر في المركز الوظيفي الحالي [21]. وتخالف نتائج دراسة (Chien & Yick، 2016)، ودراسة (المعاينة والشاروف، 2018) حيث خلصت الدراستين الى عدم وجود فروق احصائية مهمة في درجة الرضا الوظيفي تعزى لمتغيرات العمر ومستوى التعليم وسنوات الخبرة في المنصب الحالي [9،22].

6. الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات: خلصت الدراسة الحالية إلى الاستنتاجات التالية:

- مستوى الرضا الوظيفي العام كان متوسطاً، حيث جاء محور الرضا عن العلاقات في المرتبة الأولى بمستوى رضا متوسط، ومحور الرضا عن الإدارة بالمرتبة الثانية بمستوى رضا متوسط، ومحور الرضا عن فرص التطوير في المرتبة الثالثة بمستوى رضا منخفض، كما جاء محور الرضا عن الراتب في المرتبة الرابعة والأخيرة بمستوى رضا منخفض.
- وجود فروق ذات دلالة هامة احصائية في درجة الرضا الوظيفي تعزى لمتغير العمر إذ كان الرضا الوظيفي أفضل لدى هيئة التمريض من الفئة العمرية (50 سنة فأكثر).
- وجود فروق ذات دلالة هامة احصائية في درجة الرضا الوظيفي تعزى لمستوى التعليم إذ كان الرضا الوظيفي أفضل لدى الممرضين والممرضات بمستوى التعليم "دبلوم تمريض بعد الإعدادية".
- وجود فروق ذات دلالة هامة جدا احصائيا في درجة الرضا الوظيفي تعزى لسنوات الخبرة في المنصب الحالي ولصالح من كانت سنوات خبرتهم في المنصب الحالي (15 سنة فأكثر).
- عدم وجود فروق هامة احصائيا في درجة الرضا الوظيفي تعزى للمسمى الوظيفي، أو للجنس.

التوصيات: في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها يمكن استنباط التوصيات والاقتراحات الآتية:

1. اعداد ومتابعة تنفيذ برامج تختص بنقصي عوامل الرضا الوظيفي لدى الممرضين والممرضات للكشف عن مسببات عدم الرضا ومحاولة التقليل منها.
2. زيادة اهتمام إدارة المستشفى بتحقيق المزيد من الإجراءات التحفيزية التي تساهم في رفع مستوى الرضا الوظيفي لأفراد هيئة التمريض مثل تطوير نظم الترقيّة ومعايير توزيع الحوافز ومنح المكافآت وتعويض طبيعة العمل.
3. العمل على زيادة الحوافز المادية كمنح المكافآت المالية، وبدل تنقلات من وإلى العمل والحوافز المعنوية كزيادة فرص الترقيّة وتوسيع مهام العمل وإشراك العاملين في اتخاذ القرارات حتى يتمكنوا من أداء عملهم بشكل جيد وبأعلى مستوى من الرضا الوظيفي.
4. إجراء الدورات التدريبية والتنقيفية المتعلقة بالمهنة من أجل تحقيق المزيد من الفرص لتطوير المهارات والخبرات العلمية والعملية لدى أفراد هيئة التمريض.
5. منح فرص متساوية للممرضين والممرضات للمشاركة في الدورات التدريبية أو المؤتمرات العلمية المتعلقة بالتمريض داخل وخارج الجمهورية العربية السورية للارتقاء بفرص التنمية المهنية.
6. إجراء المزيد من الدراسات لتقييم العوامل المؤثرة في مستوى الرضا الوظيفي لأفراد هيئة التمريض وتبين طبيعة العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية والوظيفية ومستوى الرضا الوظيفي لهيئة التمريض من أجل تحديد العوامل التي تزيد من مستوى الرضا الوظيفي للممرضين والممرضات ومراعاة توفيرها في المستشفيات.

المراجع: 7.

1. Hytti, U. (2013). Determinants of job satisfaction for salaried and self-employed professionals in Finland, the International Journal of Human Resource Management, 24(10), 140– 155.
2. Roque, N. (2013), Teachers job satisfaction and loneliness in Brazil testing integrative models, Journal of Social Studies, 2(3): 233–39
3. Circa, B. (2012). Job Satisfaction: A Literature Review. Management Research & Practice, 3(4); 8–16.
4. Brayer, A & Marcinowicz, L. (2018). Job satisfaction of nurses with master of nursing degrees in Poland: quantitative and qualitative analysis. BMC health services research, 18(1), 239.
5. Patrick, N. (2015). Characteristics of Nursing Profession. Am J Health Syst Nurs; (23): 11–14
6. Locke, R. (2013). The relationship between Nursing performance and professional Satisfaction. A Journal of Nursing Care Organization, Provision and Financing; (5):23–29
7. Ropenson P. (2014). Dimensions of Nursing as a profession. Nurs Times; (3): 13–18
8. Chien, WT; Yick, Y. (2016). An Investigation of Nurses' Job Satisfaction in a Private Hospital and Its Correlates. The Open Nursing Journal; 10(7): 99–112.
9. Weiss, D. J. , Dawis, R. V. England, G. W. and Lofquist, L. H. (1967). Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. Minneapolis MI: Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation.
10. Omer, B; Karim, M; Rafi F. (2016). Job Satisfaction among Nurses in Rzgary Teaching Hospital in Erbil City. Kufa Journal for Nursing Sciences; 6(2): 1–7.
11. Prathana Dodia, Neha Parashar(2020). Shift-work job stress, psychological distress, and job satisfaction among employees, The International Journal of Indian Psychology, 8(3) ISSN 2348–5369 (Online) ISSN: 2349–3429. Doi: 10.25215/0803>127http://www.ijip.in.
12. Stephen X. Zhang a, Jing Liu b, Asghar Afshar Jahanshahi c, Khaled Nawaser d,e, Ali Yousefi f, Jizhen Li g, Shuhua Sun(2020). Corrigendum to “At the height of the storm: Healthcare staff’s health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID–19”. Brain Behav. Immun. 87. 144– 146.

13. Abd-Elmoghith, N; El-Malah, S. (2018). Empowering and Job Satisfaction among Nurse Interns. IOSR Journal of Nursing and Health Science; 7(2): 1-9.
 14. Kvist T; Partanen p; Turunen H ; Julkunen. (2012). the Job Satisfaction of Finnish Nursing Staff: The Development of a Job Satisfaction Scale and Survey Results. Nursing Research and Practice Journal; 5(9): 1-12.
 15. Twaiti, A. (2009) The Relationships Between Leadership Styles, Organizational Culture and Job Satisfaction Among Yemeni Nurses, unpublished MA Research, University of Jordan, Amman, Jordan.
1. بو خمخ، عبد الفتاح وعمارة، شريف. (2011). قياس الرضا الوظيفي للممرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية/دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية. مجلة الاقتصاد والمجتمع. 7(2): 103-110.
 2. 11. الرحيلي، رينا (2011). الرضا الوظيفي لدى الأطباء السعوديين العاملين في المستشفيات الحكومية، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.
 4. محمد، مها (2020). أساليب التفكير وعلاقتها بمستوى الرضا الوظيفي لدى عينة من الأطباء بمستشفى الملك عبد العزيز (الحرس الوطني) بجدة، المجلة العلمية لكلية التربية جامعة أسيوط، 36(5)، 372-420.
 5. سليمان، صابرين (2015). فاعلية برنامج ارشادي جمعي معرفي سلوكي في تحسين مستوى الرضا الوظيفي وخفض الخجل الاجتماعي لدى عينة من طالبات القبالة القانونية والمهن الطبية المساندة في الأردن، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة العلوم الإسلامية.
 6. نواوي، إيناس (2008). الرضا الوظيفي وعلاقته بالالتزام التنظيمي لدى المشرفين التربويين والمشرفات التربويات بإدارة التربية والتعليم بمدينة مكة المكرمة رسالة ماجستير، جامعة أم القرى.
 7. إسماعيل، رمضان محمد (2021). الخجل الاجتماعي كمتغير منبئ بالرضا الوظيفي والأسى النفسي لدى العاملين في المجال الصحي أثناء جائحة كورونا. مجلة الإرشاد النفسي، العدد (66). ج1، نيسان 2021.
 8. الامين، برباح ويحي، موساوي (2016): تأثير الرضا الوظيفي على أداء الموارد البشرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، علوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
 9. المعاعية، ملك، الخاروف، أمل (2018). مشكلات عمل الممرضات في محافظة مأدبا (حالة دراسية: مستشفى النديم الحكومي). دراسات، العلوم الإنسانية والاجتماعية؛ 45(4): 325-347.

تقييم نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري

ديما صبوح المحمد* د فاطمة عبد الجبار قريط**

(الإيداع: 19 كانون الثاني 2021، القبول: 19 حزي-ران 2022)

الملخص:

يُعدّ الداء السكري من الأمراض واسعة الانتشار في العصر الحديث ويؤثر سلباً على الأداء الوظيفي ونوعية حياة المرضى، لاعتباره مرض مزمن يؤدي إلى الإعاقة ويحتاج إلى الرعاية مدى الحياة. **هدف الدراسة:** تقييم نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري. **مواد وطرق البحث:** تم إجراء دراسة وصفية على عينة ملائمة مكونة من 400 مريض مصاب بالداء السكري في مركز السكري في محافظة اللاذقية في الفترة الممتدة بين 15 شباط حتى 15 آذار عام 2021م تم جمع البيانات باستخدام مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية. **النتائج:** أظهرت النتائج أن مستوى نوعية الحياة جاء ضمن المستوى المتوسط، كما بينت النتائج أن مجالات الصحة الجسدية والصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئية جاءت ضمن المستوى المتوسط. **التوصيات:** أوصت الدراسة الحالية بالتركيز على زيادة الاهتمام بمرضى السكري من قبل المؤسسات الحكومية ولا سيما تلك الخاصة بوزارة الصحة وذلك للاهتمام بنوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم. وإجراء دورات و برامج تثقيفية للمرضى حول الرعاية وتقديم المشورة للمرضى وتأثيره على نوعية الحياة، وإدراج مقياس نوعية الحياة من ضمن خطة العلاج، وإجراء العديد من الدراسات حول هذا الموضوع على مجتمع مرضى السكري مع حجم عينة أكبر.

الكلمات المفتاحية: نوعية الحياة، الداء السكري

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

Quality of Life in Diabetic Patients

Dr. Fatima Kuriet** Dima Sabouh Almohamad*

(Received: 19 December 2021, Accepted: 19 June 2022)

Abstract:

Diabetes mellitus is one of the widespread diseases in the modern era and negatively affects the functional performance and quality of life of patients, as it is a chronic disease that leads to disability and patients need lifelong care. The quality of life of patients is severely affected by this disease. **Purpose:** The aim of this study was to assess the quality of life among Diabetic patients, **Methods:** A descriptive Correlation study was performed using a convenience sample of 400 diabetic patients of Diabetes Center in Lattakia, during the period of 15 February to 15 May 2021, data were collected using the WHO Short Quality of Life Scale. **Results:** The results showed that the level of quality of life was middle level, and Domains of Physical health, Psychological, Social relationships and Environment were middle level . **Conclusion and Recommendations:** the study suggest increasing attention to diabetic patients by governmentalm institutions, especially the Ministry of Health, for attention to the quality of health services provided to them. And conducting educational courses and programs for patients regarding care and counseling for patients about diabetes and its impact on the level of quality of life, and the inclusion of the quality of life measure within the treatment plan, more studies that reflect this erea on the diabetic patients population should be conducted with a larger sample size .

Key Words: Quality of Life, Diabetes mellitus

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

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

1-المقدمة:

يُعد داء السكري مشكلة صحية كبيرة وصلت إلى مستويات تُنذر بالخطر، ويُعتبر حالة مُزمنة طويلة الأمد . حيث يعيش اليوم ما يقارب من نصف مليار مريض بالداء السكري في جميع أنحاء العالم. و هو أحد أسرع حالات الطوارئ الصحية العالمية نموًا في القرن الحادي والعشرين. حيث تُشير التقديرات في عام 2019م إلى أن 463 مليون شخص يعانون من الداء السكري ومن المتوقع أن يصل هذا العدد إلى 578 مليون بحلول عام 2030م ، و 700 مليون بحلول عام 2045م.[1] تُشير منظمة الصحة العالمية عام 2020م (World Health Organization, WHO) إلى تضاعف مُعدل الانتشار العالمي (الموحد حسب السن) يتضاعف منذ عام 1980م إذ ارتفع 8,5% لدى السكان البالغين. مما يدل على زيادة في عوامل الخطر المرتبطة بالسكري مثل المعاناة من زيادة الوزن والسمنة و تغير نوع الطعام، وعدم الحركة، والقلق، والتوترات النفسية، والإصابة لبعض الفيروسات، وغيرها من الأسباب، حيث تُعتبر السمنة عامل خطر رئيسي للإصابة بمرض السكري . وكان معدل انتشار السكري في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أسرع من ارتفاعه في البلدان المرتفعة الدخل خلال العقد الماضي.[2]

قُدِّر عدد الأشخاص الذين توفوا في جميع أنحاء العالم في عام 2019م بـ 1.6 مليون شخص بسبب الداء السكري، حيث أن معدل الوفيات المبكرة بالداء السكري للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين الـ30-70 عاماً قد ازداد بنسبة 5% ما بين عامي 2000 و2016 في البلدان ذات الدخل المتوسط والمتدني على الرغم من التقدم الكبير المحرز في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين لخفض معدلات الوفيات المبكرة القياسية حسب العمر بالنسبة للأمراض غير السارية الرئيسية [3]. النسبة الإجمالية لانتشار الداء السكري في سوريا لعام 2015 وفقاً لدراسات تقديرية تُناهِز 12,8% من مجموع السكان، ولكنها تبلغ 19,8% لدى الفئات العمرية في المجال العمري (15-65) سنة مشتملاً هذا الرقم على حالات الإصابة بالسكري الصريح والسكري نمط ثاني غير المشخص.[4]

عرّفت منظمة الصحة العالمية (2019) (WHO) الداء السكري: بأنه مجموعة من الاضطرابات الاستقلابية التي تتميز بارتفاع سكر الدم وعدم القدرة على السيطرة عليه، مما يحدث خللاً في إفراز الأنسولين أو عمل الأنسولين أو كليهما؛ مؤدياً لحدوث اضطرابات في التمثيل الغذائي لكل من الكربوهيدرات والدهون والبروتينات مما يسبب أعراض كثرة التبول، وزيادة العطش، وزيادة الجوع. ويمكن أن يُسبب الداء السكري إذا لم يتم علاجه العديد من المضاعفات؛ منها المضاعفات الحادة كالحماض الكيتوني السكري وغيوبه فرط الأسمولية غير الكيتونية والمضاعفات الخطيرة طويلة الأمد كأمراض القلب والسكتة الدماغية والقصور الكلوي وتقرحات القدم واذية شبكية العينين.[5,6]

ازداد الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة (Quality of Life, QOL) منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين والذي جاء نتيجة لأهمية النظرة الإيجابية لحياة الافراد وأصبح مقروناً بمجالات الحياة المختلفة ، حيث يعتبر من المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماماً كبيراً في العلوم الطبيّة والانسانية كعلم البيئة والطب والتمريض والصحة النفسية وغيرها. كما أنه من القضايا المطروحة على الصعيد العالمي والاقليمي. وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة بأنها: إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق ذلك مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية وعلاقاته الاجتماعية ومدى استقلالته.[6,7]

قام (Gholami et al.,2013) بإجراء دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري بالمناطق الريفية في نيشابور بشمال شرق إيران. تكوّنت عينة الدراسة من (1847) مريضاً ومريضة من مرضى الداء السكري من النوع الثاني (T2DM) تراوحت أعمارهم ما بين (30 - 97) سنة، كشفت نتائج الدراسة أنّ مستوى نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري كان منخفضاً. [8]

ضمن الإطار ذاته أجرى (Spasic,et al ,2015) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعيّة الحياة لدى مرضى الداء السكري من النوع الثاني (T2DM) والعوامل المؤثرة بها. تكوّنت عينة الدراسة من (86) مريضاً ومريضة في مدينة نيش الصربيا، وكان متوسط مدّة الإصابة بالداء السكري من (8-12) سنة. أظهرت النتائج أنّ مستوى نوعيّة الحياة لدى مرضى الداء السكري كان مرتفعاً لدى المرضى ممن كانت مدّة إصابتهم بالسكري أقل من (10) سنوات. والذين نقل أعمارهم عن (65) سنة، كما أظهرت نتائج الدراسة أنّ مستوى نوعيّة الحياة لدى مرضى الداء السكري الذكور أعلى من مستوى نوعيّة الحياة لدى الإناث.

تُعد الرعاية الذاتية لمرضى الداء السكري عملية معقدة حيث أنّه يُعتبر من الأمراض المزمنة التي تتطلب القيام بمجموعة من الأنشطة مثل مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، وحقن الأنسولين، وتناول الأدوية عن طريق الفم، والنشاط البدني المنتظم، والأكل الصحي وكل ذلك يتطلب فهماً شاملاً للداء السكري، فضلاً عن التأقلم الصحي، ومهارات في حل المُشكلات والحدّ من المخاطر. مما لها تأثيرات سلوكية ونفسية واجتماعية، وتتطلب مستويات عالية من الكفاءة الذاتية، والمرونة، والتحكم بالذات، وبالتالي ليس من المستغرب أن يُؤثر التعايش مع مرض السكري بشكل سلبي على نوعيّة حياة العديد من الأشخاص المصابين بهذه الحالة، ومن المهم تقييم نوعيّة الحياة لدى المرضى المصابين بالداء السكري. [10]

يُعد الداء السكري مرضاً منهكاً يؤثر سلبيّاً على الأداء الوظيفي ونوعيّة حياة المرضى. نظراً لأنه مرض مزمن ويؤدي إلى الإعاقة ويحتاج المرضى إلى رعاية مدى الحياة، فإن نوعيّة حياة المرضى تتأثر بشدة بهذا المرض وآثاره، فهو يتأثر بجوانب مرتبطة بالحالة النفسية والجسدية للفرد والعلاقات الاجتماعية التي يكونها فضلاً عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها. كل ذلك يؤدي إلى الحاجة لتقييم نوعيّة الحياة لدى المرضى المصابين به وحيث أنه من الدراسات التمريضية الهامة في سوريا، كما تساهم في تصميم برامج تنقيفية وتدريبية للمرضى لتحسين نوعيّة الحياة لديهم وتقدير الذات.

2-هدف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم نوعيّة الحياة لدى مرضى الداء السكري في محافظة اللاذقية.

3-مواد البحث و طرائقه:

التصميم:

اتبع هذا البحث المنهج الوصفي

مكان وزمان البحث:

أجري هذا البحث في مركز السكري في محافظة اللاذقية، خلال الفترة الممتدة من 15 شباط حتى 15 أيار للعام 2021م.

العينة:

تم اختيار عينة متاحة بلغت (400) مريض من كلا الجنسين يراجع مركز السكري من النمط I والنمط II

أداة البحث:

تم الاعتماد على أداتين لهذه الدراسة:

الأداة الأولى: استمارة البيانات الديموغرافية والصحية: قامت الباحثة بتطويرها بعد الاطلاع على المراجع ذات

الصلة [11,13]، وتضم جزأين:

الجزء الأول: استمارة جمع البيانات الديموغرافية: وتضم (العمر، الجنس).

الجزء الثاني: البيانات الصحية: وتتضمن (نوع الداء السكري، مدّة الإصابة، الأدوية الموصوفة، الالتزام بالحمية

والعلاجات، الوزن، الأمراض المرافقة، العادات الصحية).

الأداة الثانية: مقياس نوعية الحياة المختصر الذي استخدمه القشار وطشطوش، تم تبنيه من قبل الباحثة بعد الاطلاع على المراجع والدراسات السابقة [14,12] ويتضمن:

مقياس نوعية الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية WHO عام 2004 والذي تمّ تعديله في عام 2017 عن مقياس نوعية الحياة المختصر (Bref-WHOQOL) من قبل الباحثين قشار وطشطوش [10]؛ ويتكون من (26) فقرة لها علاقة بمستوى نوعية الحياة، حيث يقيس أربعة مجالات وهي مجال الصحة الجسدية ولها (8) فقرات، مجال الصحة النفسية وله (7) فقرات، ومجال العلاقات الاجتماعية ولها (3) فقرات، ومجال البيئة ولها (8) فقرات.

تتم الإجابة على عبارات مقياس نوعية الحياة وفق مقياس ليكرت الخماسي الذي يشمل (كبير جداً، كبير، متوسط، قليل، قليل جداً)، حيث تعطى الإجابات في العبارات الإيجابية درجات كالاتي (دائماً=5، غالباً=4، أحياناً=3، نادراً=2، أبداً=1)، وتنعكس درجات تلك الإجابات في العبارات السلبية ذوات الأرقام (1-2-14)، فتصبح (دائماً=1، غالباً=2، أحياناً=3، نادراً=4، أبداً=5).

لتفسير النتائج تم تصنيف مستوى نوعية الحياة لدى المرضى في الدراسة اعتماداً على قيمة المتوسط الحسابي لأوزان الإجابات كالاتي: مدى درجات الاجابة (5-1=4)، بتقسيم هذا المدى على ثلاثة (عدد الفئات) ينتج لدينا طول الفئة الواحدة (3/4=1.33).

وبناءً عليه يمكن تحديد مجال كل مستوى كالاتي:

- مستوى نوعية حياة منخفض إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 1 – 2.33.
- مستوى نوعية حياة متوسط إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 2.34 – 3.66.
- مستوى نوعية حياة مرتفع إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 3.67 – 5.

طريقة البحث:

1. تم الحصول على الموافقات الضرورية من كلية التمريض ورئاسة جامعة تشرين ومركز السكري في محافظة اللاذقية لجمع البيانات.
2. أدوات الدراسة:
- تم تطوير الأداة الأولى الخاصة بالبحث، ومن ثم تم إجراء اختبار المصادقية عبر عرضها على لجنة مؤلفة من ثلاثة خبراء في كلية التمريض لبيان وضوحها وإمكانية تطبيقها، ولم تحتاج التعديلات.
- تم تبني الأداة الثانية المترجمة إلى اللغة العربية دون إجراء تعديلات عليها.
- أجريت دراسة دلالية استرشادية (Pilot study) على 40 مريض/ة (تم استبعادهم من عينة الدراسة) لتقييم الوضوح وإمكانية تطبيق أداة الدراسة لجمع البيانات وقد تم اختيارهم بشكل عشوائي ووتبين أنها لا تحتاج إلى تعديلات.
3. تم أخذ الموافقة الشفهية من المرضى للمشاركة بالبحث بعد شرح الهدف منه مع التأكيد على الحفاظ على خصوصية المشاركين بعدم إظهار أسمائهم وحققهم بعدم المشاركة في الدراسة أو الانسحاب منها.
4. تم جمع البيانات من قبل الباحثة من خلال توزيع أدوات الدراسة (الأولى، الثانية) للمشاركين حيث قاموا بالإجابة على بنود الأدوات بوجود الباحثة واستغرقت الإجابة على أسئلة الاستبيان 15-20 دقيقة.

التحليل الإحصائي:

1. تم ترميز البيانات المأخوذة من الاستبيانات، ومن ثم تفرغها في برنامج التحليل الإحصائي SPSS V20، وقد تم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية: التكرار (N)، والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD) النسبة المئوية (%).

2. الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.05$) اعتبرت هامة إحصائياً ورمز لها (*)، وعند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.01$) اعتبرت هامة جداً إحصائياً.

4:النتائج:

الجدول رقم (1): توزيع عينة الدراسة حسب بياناتهم الديموغرافية

| عدد العينة= 400 | | فئات المتغير | المتغيرات الديموغرافية |
|------------------|-----------|--------------|------------------------|
| النسبة المئوية % | التكرار N | | |
| 51.5 | 206 | ذكر | الجنس |
| 48.5 | 194 | أنثى | |
| 11.8 | 47 | 18 - 39 سنة | العمر |
| 52.7 | 211 | 40 - 60 سنة | |
| 35.5 | 142 | أكبر من 60 | |
| 35.2 | 141 | نعم | التدخين |
| 64.8 | 259 | لا | |
| 2.2 | 9 | نعم | كحولي |
| 97.8 | 391 | لا | |

يبين الجدول رقم (1) توزيع عينة الدراسة حسب بياناتهم الديموغرافية، حيث يظهر بأن النسبة الأعلى من أفراد العينة ذكور بنسبة (51.5%)، و النسبة (الأعلى 52.7%) من الفئة العمرية (40-60 سنة).

الجدول رقم (2): توزيع عينة الدراسة حسب بياناتهم الصحية

| 400 = n | | فئات المتغير | المتغيرات الديموغرافية |
|---------|-----|------------------------------|------------------------|
| % | N | | |
| 14.0 | 56 | سكر من النوع الأول | نوع الداء السكري |
| 86.0 | 344 | سكر من النوع الثاني | |
| 3.5 | 14 | أقل من سنة | مدة الإصابة |
| 15.0 | 60 | 1 - 3 سنوات | |
| 31.5 | 126 | 4 - 7 سنوات | |
| 50.0 | 200 | 8 سنوات فأكثر | الأدوية الموصوفة |
| 41.0 | 164 | معتمد على الأنسولين | |
| 59.0 | 236 | معتمد على حبوب الخافضة للسكر | التدخين |
| 35.2 | 141 | نعم | |
| 64.8 | 259 | لا | كحولي |
| 2.2 | 9 | نعم | |
| 97.8 | 391 | لا | |

يبين الجدول رقم (2) توزيع عينة الدراسة حسب بياناتهم الصحية، حيث أظهر بأن النسبة الأعلى للعينة 86% لديهم سكري من النوع الثاني. أما من حيث مدة الإصابة بالسكري فكان 50% منهم مصابين به منذ 8 سنوات فأكثر، و أن النسبة الأعلى للعينة 64.8% لا يدخنون وغالبيتهم 97.8% غير كحوليين.

الجزء الثاني: مقياس نوعية الحياة:

الجدول رقم (3): توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم على عبارات مجال الصحة الجسدية والمتوسط الحسابي

للإجابات

| المستوى | SD | M | أبداً | | نادراً | | أحياناً | | غالباً | | دائماً | | مجال الصحة الجسدية | رقم |
|---------|-------|------|------------------------------|-----|--------|-----|---------|----|--------|-----|--------|-----|---|-----|
| | | | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | | |
| متوسط | 1.230 | 2.68 | 10.0 | 40 | 17.0 | 68 | 21.3 | 85 | 34.3 | 137 | 17.5 | 70 | أشعر بأن مرضي بمعني من القيام بالأعمال التي أريدها | 1 |
| متوسط | 1.231 | 2.35 | 4.8 | 19 | 16.8 | 67 | 20.0 | 80 | 25.3 | 101 | 33.3 | 133 | أحتاج للعلاجات الدوائية كي أقوم بأعمالي اليومية | 2 |
| متوسط | 1.229 | 3.10 | 8.3 | 33 | 41.5 | 166 | 17.3 | 69 | 18.3 | 73 | 14.8 | 59 | أمتلك ما يكفي من الطاقة للقيام بواجبات الحياة المنزلية | 3 |
| مرتفع | 1.296 | 3.77 | 42.3 | 169 | 18.8 | 75 | 19.8 | 79 | 12.5 | 50 | 6.8 | 27 | أستطيع التكيف مع حالتي الصحية | 4 |
| متوسط | 1.400 | 3.60 | 35.3 | 141 | 26.8 | 107 | 14.5 | 58 | 10.0 | 40 | 13.5 | 54 | أشعر بالرضا عن نومي | 5 |
| متوسط | 1.319 | 3.11 | 14.8 | 59 | 32.8 | 131 | 17.5 | 70 | 19.0 | 76 | 16.0 | 64 | أشعر بالرضا عن قدرتي على أداء النشاطات اليومية | 6 |
| متوسط | 1.263 | 3.03 | 11.0 | 44 | 31.8 | 127 | 23.3 | 93 | 17.5 | 70 | 16.5 | 66 | أشعر بالرضا عن طاقتي في العمل | 7 |
| متوسط | 1.309 | 3.04 | 12.8 | 51 | 30.5 | 122 | 23.5 | 94 | 14.5 | 58 | 18.8 | 75 | أشعر بالرضا عن حالتي الصحية | 8 |
| متوسط | 0.665 | 3.09 | المتوسط الحسابي الكلي للمجال | | | | | | | | | | | |

يبين الجدول رقم (3) توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم على عبارات مجال الصحة الجسدية والمتوسط الحسابي للإجابات، حيث أظهر أن جميع عبارات مجال الصحة الجسدية كانت بمستوى متوسط، وكذلك كان المجال الكلي للصحة الجسدية متوسطاً وذلك لأن قيمة المتوسطات الحسابية لها جاءت ضمن المجال بين 2.34 - 3.66

الجدول رقم (4): توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم على عبارات مجال الصحة النفسية و مجال العلاقات الاجتماعية والمتوسط الحسابي للإجابات:

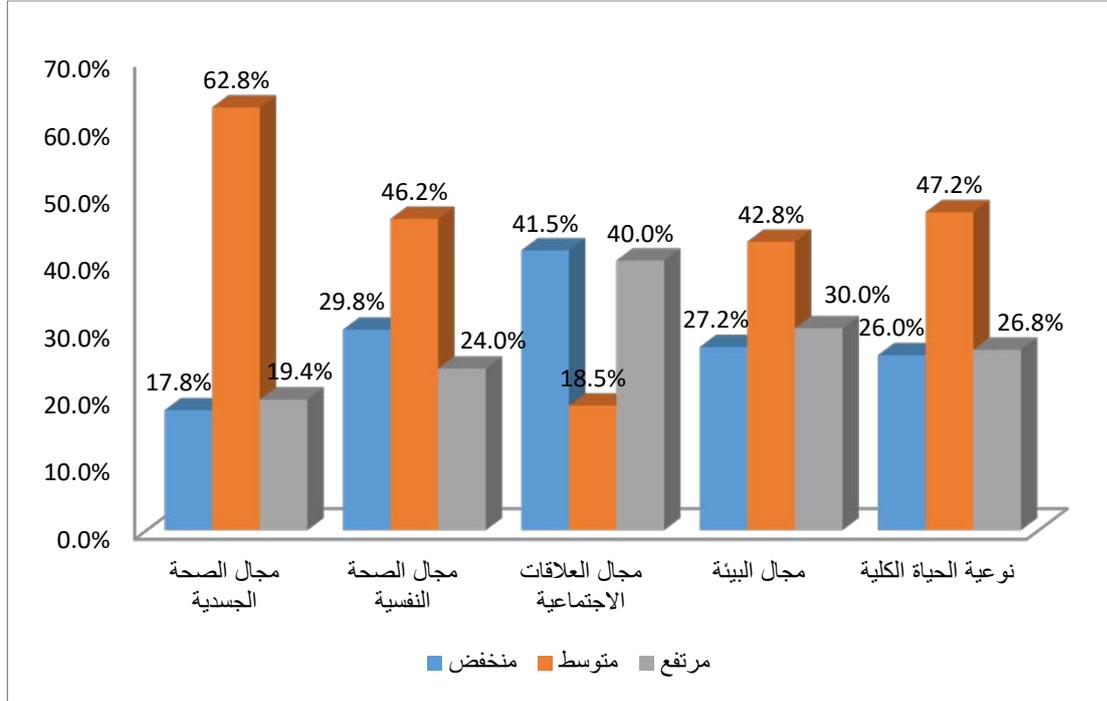
| المستوى | SD | M | أبدأ | | نادراً | | أحياناً | | غالباً | | دائماً | | مجال الصحة النفسية | رقم |
|---------|-------|------|------------------------------|-----|---------|-----|---------|-----|--------|-----|--------|-----|--|-----|
| | | | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | | |
| منخفض | 1.170 | 2.33 | 4.5 | 18 | 10.8 | 43 | 30.8 | 123 | 21.0 | 84 | 33.0 | 132 | أشعر بالاستمتاع بحياتي | 1 |
| متوسط | 1.275 | 2.43 | 6.8 | 27 | 13.3 | 53 | 31.8 | 127 | 13.0 | 52 | 35.3 | 141 | أشعر بأن لحياتي معنى | 2 |
| متوسط | 1.437 | 3.15 | 21.5 | 86 | 25.8 | 103 | 19.5 | 78 | 12.3 | 49 | 21.0 | 84 | أمتلك القدرة على التركيز | 3 |
| متوسط | 1.276 | 3.46 | 24.0 | 96 | 30.5 | 122 | 25.3 | 101 | 8.0 | 32 | 12.3 | 49 | أشعر بالرضا عن شكل جسيمي الخارجي | 4 |
| متوسط | 1.255 | 3.25 | 17.3 | 69 | 30.8 | 123 | 22.5 | 90 | 18.3 | 73 | 11.3 | 45 | أشعر بالرضا عن نفسي | 5 |
| متوسط | 1.333 | 3.11 | 21.5 | 86 | 18.0 | 72 | 22.8 | 91 | 25.5 | 102 | 12.3 | 49 | أشعر بمشاعر سلبية مثل: المزاج السيئ، والقلق، والاكتئاب | 6 |
| متوسط | 1.166 | 3.20 | 10.8 | 43 | 37.3 | 149 | 22.8 | 91 | 19.3 | 77 | 10.0 | 40 | أشعر بالرضا عن حياتي | 7 |
| متوسط | 0.812 | 2.99 | المتوسط الحسابي الكلي للمجال | | | | | | | | | | | |
| المستوى | SD | M | أبدأ | | أحياناً | | أحياناً | | غالباً | | دائماً | | مجال العلاقات الاجتماعية | رقم |
| متوسط | 1.453 | 3.12 | 22.8 | 91 | 23.3 | 93 | 17.8 | 71 | 15.8 | 63 | 20.5 | 82 | أشعر بالرضا عن علاقتي الشخصية | 1 |
| متوسط | 1.448 | 2.65 | 11.3 | 45 | 23.5 | 94 | 20.3 | 81 | 9.0 | 36 | 36.0 | 144 | أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية | 2 |
| متوسط | 1.439 | 3.16 | 25.3 | 101 | 19.3 | 77 | 19.3 | 77 | 18.8 | 75 | 17.5 | 70 | أشعر بالرضا عن الدعم الذي أحصل عليه من أصدقائي | 3 |
| متوسط | 1.267 | 2.99 | المتوسط الحسابي الكلي للمجال | | | | | | | | | | | |

يبين الجدول رقم (4) توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم على عبارات مجال الصحة النفسية ومجال العلاقات الاجتماعية والمتوسط الحسابي للإجابات، حيث أظهر أن جميع عبارات المجالين السابقين كانت بمستوى متوسط، وكذلك كان المجال الكلي لهما متوسطاً وذلك لأن قيمة المتوسطات الحسابية لها جاءت ضمن المجال بين 2.34 - 3.66 .

الجدول رقم (5): توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم على عبارات مجال البيئة والمتوسط الحسابي للإجابات

| المستوى | SD | M | أبدأ | | نادراً | | أحياناً | | غالباً | | دائماً | | مجال البيئة | رقم |
|---------|-------|------|------------------------------|-----|--------|-----|---------|-----|--------|----|--------|-----|---|-----|
| | | | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | | |
| متوسط | 1.009 | 3.62 | 20.3 | 81 | 36.3 | 145 | 32.3 | 129 | 7.5 | 30 | 3.8 | 15 | أشعر بالأمن في حياتي | 1 |
| متوسط | 1.169 | 3.45 | 21.8 | 87 | 29.3 | 117 | 28.0 | 112 | 14.5 | 58 | 6.5 | 26 | أشعر بأن البيئة المحيطة بي صحية | 2 |
| متوسط | 1.423 | 2.70 | 13.8 | 55 | 17.3 | 69 | 26.5 | 106 | 10.5 | 42 | 32.0 | 128 | أمتلك المال الذي يلبي احتياجاتي | 3 |
| متوسط | 1.475 | 3.25 | 31.0 | 124 | 14.3 | 57 | 20.0 | 80 | 18.0 | 72 | 16.8 | 67 | تتوافر المعلومات التي أحتاجها في حياتي اليومية | 4 |
| متوسط | 1.386 | 2.51 | 10.5 | 42 | 15.8 | 63 | 23.5 | 94 | 14.3 | 57 | 36.0 | 144 | تتوفر لدي الفرصة للراحة وممارسة الأنشطة الترفيهية | 5 |
| متوسط | 1.408 | 2.90 | 12.3 | 49 | 31.3 | 125 | 17.5 | 70 | 12.5 | 50 | 26.5 | 106 | أشعر بالرضا عن حياتي | 6 |
| متوسط | 0.914 | 3.21 | 5.5 | 22 | 32.3 | 129 | 44.8 | 179 | 12.3 | 49 | 5.3 | 21 | أشعر بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة | 7 |
| متوسط | 1.436 | 2.56 | 13.8 | 55 | 14.8 | 59 | 19.3 | 77 | 17.8 | 71 | 34.5 | 138 | أشعر بالرضا عن وسائل التنقل التي استخدمها | 8 |
| متوسط | 0.935 | 3.02 | المتوسط الحسابي الكلي للمجال | | | | | | | | | | | |

يبين الجدول رقم (5) توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم على عبارات مجال البيئة والمتوسط الحسابي للإجابات، حيث أظهر أن جميع عبارات المجال كانت بمستوى متوسط، وكذلك كان المجال الكلي متوسطاً وذلك لأن قيمة المتوسطات الحسابية لها جاءت ضمن المجال بين 2.34 - 3.66 .



الشكل رقم (1): توزيع المشاركين في الدراسة تبعاً لمستوى نوعية الحياة لديهم

يبين الشكل (1) توزيع المشاركين في الدراسة تبعاً لمستوى نوعية الحياة لديهم، حيث أظهر أن النسبة الأعلى للمشاركين 47.2% كان لديهم مستوى متوسط من نوعية الحياة الكلية، ومستوى متوسط من نوعية الحياة في مجالات الصحة الجسدية والنفسية والبيئة بنسبة 62.8% و 46.2% و 42.8% على التوالي، إلى أنه كان لديهم مستوى منخفض في مجال العلاقات الاجتماعية بنسبة 41.5%.

5- المناقشة:

يُعد الداء السكري من أمراض العصر الأوسع انتشاراً في بلدان العالم النامي لأسباب مختلفة متعلقة بالنمط الغذائي ونمط الحياة المتبع والسلوكيات الخاطئة، لذا يؤثر السكري على الصحة الجسدية والنفسية للمرضى مخلفاً مضاعفات جسدية واضطرابات نفسية لديهم. وفي الوقت الحالي أصبحت رعاية مرضى الداء السكري يمثل أولوية لبرامج الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. هنا جاءت الدراسة الحالية لتقييم نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري.

بيّنت نتائج دراستنا الحالية أن النسبة الأعلى للمرضى كانت ممن لديهم سكري من النوع الثاني، وممن مدة إصابته بالسكري أكثر من 8 سنوات، والمعتمدين على الأدوية الفموية، ومن غير المدخنين و غالبيتهم غير كحوليين.

في حين أظهرت نتائج دراستنا الحالية أنّ نوعية الحياة ضمن المستوى المتوسط في مجال الصحة الجسدية، ويعزى ذلك إلى أسباب متعددة، منها: أنّ مدة الإصابة بالداء السكري كانت أكثر من 8 سنوات وهذه الفترة الزمنية الطويلة تجعل المريض متأقلاً مع وضعه الصحي ومتعايشاً مع مرضه، كما أن عمر المريض كان بين الـ 40-60 سنة مما يجعل المريض واعياً وأكثر التزاماً وإدراكاً لحالته الصحية حيث يكون ملتزماً بالحمية الغذائية وأدويته بالإضافة لرضا المريض عن مستوى النشاط البدني والقدرة على أداء أعماله. وهذا يتوافق مع الدراسة التي أجراها (Miamin , Al-Tukmagi,2014) في العراق حيث بيّنت النتائج أنّ مستوى نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري كان متوسطاً [15]. بينما يتعارض مع الدراسة التي أجراها (Gholami, et al ,2013) في إيران أنّ مستوى نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري كان منخفضاً [16].

أظهرت نتائج دراستنا الحالية أن نوعية الحياة كانت متوسطة في مجال الصحة النفسية. وهذا عائد إلى أهمية الجانب النفسي الذي يلعب دوراً هاماً في الحالة النفسية للمريض، ويُعلل ذلك بقدرة المريض على تقبل مرضه مما ينعكس إيجاباً على حالته النفسية حيث يلتزم بالحمية الغذائية ويحافظ على وزنه مما يجعل المريض راضياً عن نفسه وعن مظهره الخارجي. وهذا ما توافق مع دراسة أجراها (Yücel, et al,2015) في تركيا حيث بينت أن مستوى نوعية الحياة ومستوى النوم كان متوسطاً، فالمرضى الذين لديهم تدهور في نوعية النوم يعانون من الأرق، مما يؤدي بهم إلى الإحساس بالقلق والاكتئاب؛ وهذا ينعكس سلباً على نوعية الحياة لديهم [17]. بينما يتعارض مع دراسة (Spasic, , et al,2015) في صربيا التي بينت النتائج أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى الداء السكري كان مرتفعاً لدى المرضى الذين تقل أعمارهم عن (65 سنة) [9].

أما في مجال العلاقات الاجتماعية التي كانت نتائجها متوسطة في دراستنا يبرر ذلك أسباب منها: أن الأُسنان اجتماعي بطبعه ولا يستطيع العيش بمفرده بعيداً عن الآخرين، فهو بحاجة إلى أن يتفاعل مع المجتمع ومع الآخرين حتى يشعر بالانتماء وليتمكن من ممارسة أعماله ونشاطاته اليومية بشكل طبيعي. كما أن الفرد المصاب بأمراض مزمنة يحتاج إلى الرعاية والاهتمام وخصوصاً من الأشخاص المحيطين به، إضافة إلى الدعم الذي يتلقاه من الأسرة والأصدقاء كالتعاطف معه والاهتمام به وتقبل مرضه كل ذلك يساهم في التخفيف من الضغوط النفسية لديه كما يقلل من مضاعفات المرض ويساهم في تحسين نوعية الحياة لدى المريض. كما أن مستوى التعليم والدخل الجيد يساعد المريض على معرفة شريحة من المجتمع تساعده على تقبل وضعه. وقد توافق ذلك مع دراسة (Al-Maskari, et al,2011) في جامعة السلطان قابوس في سلطنة عمان؛ أظهرت النتائج أن مستوى نوعية الحياة كان متوسطاً في مجال العلاقات الاجتماعية [19].

في حين بينت نتائج دراستنا الحالية أن نوعية الحياة كانت متوسطة في مجال البيئة. ويعزى ذلك إلى أن البيئة المحيطة بالمريض تتقبل صورة المريض، وترى أن مرض الداء السكري يمكن التعايش معه، بحيث يمكن للمريض أن يعمل ويتمتع بكامل حقوقه في العيش مثل بقية الأفراد الآخرين، وأنه ليس مرضاً مُعدياً. إضافة إلى الدعم المعنوي الذي يتلقاه المريض من الأسرة الذين يقدمون الدعم المعنوي والنفسي من أجل رفع معنوياتهم وتحسين نوعية حياتهم. وهذا يتعارض مع دراسة أجراها الباحث (Manjunath,et al.2014) لتقييم نوعية حياة المرضى في الهند، حيث وجدت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة كان مرتفعاً؛ وقد بينت النتائج درجات جيدة في نوعية الحياة البيئية [20].

في حين أظهرت نتائج دراستنا الحالية أن مستوى نوعية الحياة كانت متوسطة في جميع مجالاتها. ويعزى ذلك لعدة أسباب منها: تقبل المريض لمرضه بالداء السكري وتعايشه معه حيث كان الالتزام بالدواء والحمية الغذائية روتيناً قد اعتاد عليه و متكيفاً معه ولم يشكل عائقاً في استمرار حياته كأى شخص سليم يعمل وينجز مهامه اليومية كذلك دور كل من الأسرة والأصدقاء في توفير بيئة مناسبة بعيدة عن التوتر، وإخيراً الدور الأهم للمراكز الصحية التي توفر الدواء والكادر الذي يقدم الدعم المعنوي والمعلومات المتعلقة بالمرض. وهذا يتعارض مع دراسة أجراها (Harish, et al.,2014) بهدف تقييم نوعية الحياة (QOL) بين مرضى السكري في الريف الهندي حيث وجدت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة كان مرتفعاً [21].

6- الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

- مستوى نوعية الحياة كان ضمن المستوى المتوسط .
- مستوى نوعية الحياة بالنسبة لمجال الصحة الجسدية كان ضمن المستوى المتوسط.
- مستوى نوعية الحياة بالنسبة لمجال الصحة النفسية كان ضمن المستوى المتوسط،
- مستوى نوعية الحياة بالنسبة لمجال البيئة كان ضمن المستوى المتوسط.
- مستوى نوعية الحياة بالنسبة لمجال العلاقات الاجتماعية كان ضمن المستوى المتوسط.

محددات الدراسة (قيود الدراسة):

- وجد بعض المرضى أن الاستبيان طويل ويحتاج وقت لقراءة الاسئلة بتمعن وهم لا يملكون الوقت الكافي وغادروا دون اكمال إجاباتهم وقد تم استبعادهم من العينة.
- يراجع مركز السكري أقارب المرضى لأخذ الأدوية الخاصة بدلاً عنهم باعتبارهم كبار السن أو من مناطق بعيدة وبالتالي لم يتم أخذ استبيان لهؤلاء المرضى.
- عدد من المرضى المتواجدون كانوا كبار في السن ولم يستطيعوا القراءة بسبب ضعف البصر أو عدم إحضارهم للنظارات الطبية وقد تم استبعادهم من العينة.
- زحمة المرضى والضجة في المركز جعل بعض المرضى يجيبون عن اسئلة الاستبيان بسرعة وقد تم استبعادهم من العينة.

التوصيات:

- إدراج مقياس نوعية الحياة في خطة الرعاية لمرضى الداء السكري.
- زيادة الاهتمام بمرضى السكري من قبل وزارة الصحة والاهتمام بنوعية الخدمات الصحية المقدمة للفئة العمرية بعد سن الاربعين خاصة.
- إقامة دورات و برامج تثقيفية للمرضى تقديم الدعم لتعزيز الثقة بالنفس. وتفعيل وتعزيز دور التمريض فيما يخص الرعاية والتثقيف وتقديم المشورة للمرضى عن الداء السكري وتأثيره على مستوى نوعية الحياة.
- إجراء دراسات أخرى تشتمل عينة أكبر من مرضى السكري، وإدراج متغيرات أخرى ذات صلة بالموضوع مثل السن بين 8- 18 سنة وأكبر من ال60 سنة.

7-المراجع:

1. Williams, Bell. Karuranga,Suvi. Malanda,Belma. Saeedi,Pouya. Basit,Abdul. Bommer, Christian. Zahng.Ping (2019). IDF Diabetes Atlas. 9th Edition. International Diabetes Federation Retrieved on the link <https://www.idf.org/e-library/welcome/copyright-permission.html> www.
2. World Health Organization (2020). *Global report on diabetes*. Retrieved on June 8, 2020, Retrieved on the link <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. World Health Organization (2020). World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.12-24.
4. Yazjy, Nizar (2016). Educational guide to diabetes in primary care and acute complications of diabetes centers and clinics. National Reference for Diabetes Education. Publications of the Ministry of Health: Damascus. Retrieved on the line, <http://www.extranet.who.int/ncdccs/Data/SYR-D1-10%20pages.pdf>.
5. Shouip,H. (2015). Diabetes mellitus. Retrieved on the link <https://www.researchgate.net/publication/270283336>.

6. Adle ,Amanda . Bennett ,Peter . Colagiuri, Stephen (2019). classification of diabetes mellitus 2019. report on diabetes. Geneva: World Health Organization Retrieved from <https://www.who.int/iris/rest/bitstreams/1233344>
7. منسي، محمود عبد الحليم، وكاظم، علي مهدي (2006). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة . ندوة علم النفس وجودة الحياة المنعقدة ما بين 19 – 17 ديسمبر 2006. جامعة السلطان قابوس. مسقط.
8. Gholami, Amin. Borji, Ali. Shirazi, Farah & Azini, Ehsan.(2013). Quality of life in patients with type 2 diabetes. Shiraz E-Medical Journal. 14(3). 162–171
9. Spasic, Velickovic, Dordevic, Nikola, & Tatjana, C. (2014).Quality of Life in type 2 diabetic patients. Acta Facultatis Medicae Naissensis. 31(3), 193–200.
10. Hendrieckx .C, Halliday .JA, Beeney. LJ, &.Speight.J. .(2016). *Diabetes and emotional health .A handbook for health professionals supporting adults with type 1 or type 2 diabetes. Canberra: The National Diabetes Services Scheme (NDSS).4.*
11. القشار،محمد. طشطوش،رامي. (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكر، المجلة الأردنية في العلوم التربوية.13(2). 151-133.
12. Orley,Jhon.(2004). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)–BREF. Geneva :World Health Organization .
13. Skevington, Jeffery and Lotfy, Mahmoud. (2004).The World Health Organization's WHOQOL–BREF Quality of assessment: psychometric properties and results of the international field trial:A Report from the WHOQOL Group. Quality of life research.13. 299–310.
14. World Health Organization .(2004). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)–BREF. Geneva :World Health Organization .
15. Miamin, moussa and Tukmagi, Haydar. (2014). Quality of life of diabetes with type 1 mellitus in Al- hilla city–Iraq. Journal of Pharmaceutical Sciences. 23(2), 99103.
16. Gholami, Amin. Borji, Ali. Shirazi, Farah & Azini, Ehsan.(2013). Quality of life in patients with type 2 diabetes. Shiraz E-Medical Journal. 14(3). 162–171
17. Yücel, Cemil. Ladwig, Karl. Greiser, Grit. & Tamyo, T . (2015). Investigation of sleep quality, quality of life, anxiety and depression in patients with diabetes mellitus. International Journal of Diabetes. 35(1), 39–46.
18. Spasic, A., Velickovic, R., Dordevic, A., Nikola, S., & Tatjana, C. (2014).Quality of Life in type 2 diabetic patients. Acta Facultatis Medicae Naissensis. 31(3), 193–200.
19. Al–Maskari, Ali, Al–Shookri, Ali. Al–Adawi, Khaled. et al.,(2011). Assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Oman. Saudi Med Journal. 32 (12): 1285–1290.

20. Manjunath, Christopher, Gopichandran, Rakesh, George, and Helan Prasad.(2014). Quality of Life of a Patient with Type 2 Diabetes: A Cross–Sectional Study in Rural South India. Journal of Family Med Prim Care. 3(4). 396–399.
21. Harish,Sivasankaran. Mahesh,Virendra and Raghavendra,Parimala.(2014). Quality of Life assessment among Type 2 Diabetic patients in rural tertiary centre. Retrieved on the link <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sea-153356>

تقييم مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين

د. نسرين داؤود* د. لبنه يحيى داوود** نور غانم عبود***

(الإيداع: 21 نيسان 2022، القبول: 11 تموز 2022)

الملخص:

إن مهنة التمريض هي مهنة تتطلب مستوى عالياً من الوعي العاطفي؛ لذلك يجب التعرف على مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب التمريض من أجل خلق ترميز فعال وبجودة رعاية ترميزية فعالة.

الهدف: تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين. مواد وطرق البحث: أجريت دراسة وصفية كمية على عينة ملائمة قوامها 179 طالباً وطالبة من طلبة السنة الثالثة من كلية التمريض في جامعة تشرين. و استخدمت استبانة منظم للذكاء العاطفي مكونة من خمسة أبعاد: المعرفة الانفعالية، إدارة الانفعالات، تنظيم الانفعالات، التعاطف والتواصل الاجتماعي.

النتائج: أظهرت موجودات الدراسة الحالية أن مستوى الذكاء العاطفي لدى غالبية طلاب التمريض 76.5% مستوى كان مرتفعاً، و 23.5% كان مستواهم متوسطاً، بالإضافة إلى ذلك، حصل بُعد التعاطف على أعلى مستوى بين أفراد العينة بنسبة 79.3%، بالمقابل حصل بُعد إدارة الانفعالات على مستوى متوسط بنسبة 51.4% من أفراد العينة.

الخاتمة والتوصيات: توصي الدراسة الحالية بإجراء دراسات طولية لدراسة العوامل التي تؤثر على مستوى الذكاء العاطفي لدى الطلاب، كما توصي بتمية المهارات الانفعالية كتتنظيم الانفعالات وإدارتها من خلال ورشات العمل أو المحاضرات أو التدريب، وكذلك تعزيز بيئة التواصل الاجتماعي للطلاب من خلال تقديم الدعم الاجتماعي لهم.

الكلمات المفتاحية: الذكاء العاطفي، طلاب كلية التمريض.

* أستاذ مساعد في قسم الإدارة في التمريض - كلية التمريض - جامعة تشرين - سورية.

** أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي - كلية التربية - جامعة طرطوس - سورية.

*** طالبة دكتوراه - قسم ترميز صحة المجتمع - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Assessment of the level of emotional intelligence among nursing students at Tishreen University

*Dr. Nisreen Daoud ** Dr. Lobna Yahia Dawood ***Nour Ghanem Abboud

(Received: 21 April 2022, Accepted: 11 July 2022)

Abstract:

The nursing profession is an occupation with a high level of emotional labor. So, it is important to identify the level of emotional intelligence among nursing students for an effective nursing leadership and quality nursing care.

Aim: the aim of this study was – to identify the level of emotional intelligence among students of –Faculty of Nursing at Tishreen University. Methods: a descriptive cross–sectional study was performed using a convenience sample of 179 third– year students of Faculty of Nursing at Tishreen University in Lattakia. A structured questionnaire on emotional intelligence was measured, it consisted of five subscales as follows: perception of emotion, managing of emotions, regulations of emotions, empathy, social skills.

Results: the findings of this study showed that the level of emotional intelligence among the study sample was high; the majority of nursing students (%76.5) was high in the overall emotional intelligence scale, and (%23.5) were moderate. –However, the highest mean score was that for empathy (79.3%) , and the lowest score was for emotional management (%51.4).

Recommendations:–this current study recommends to –conduct longitudinal studies to study the factors that affect the level of emotional intelligence for students. Also, developing emotional skills such as organizing and managing emotions through workshops or lectures or training, and enhancing the social communication environment for students by providing social support.

Keywords: Nursing students, Emotional –intelligence.

*Assistant Professor – Department of nursing administration– Faculty of Nursing, Tishreen University, Syria

**Assistant professor – Department of Psychological Counseling, Faculty of Education, Tartous University.

*** Work Supervisor – Department Of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia.

مقدمة:

يُعتبر الذكاء العاطفي سمة هامة من سمات الممرضين والممرضات، والتي يمكن أن تؤثر على جودة عملهم بما في ذلك اتخاذ القرارات، والتفكير النقدي، واستخدام المعرفة في الممارسة العملية (Moawed, et al. 2017). لقد ازداد اهتمام الباحثين بدراسة الجانب العاطفي كنوع خاص من الذكاء في نهاية القرن العشرين، استناداً لنظرية جاردنر للذكاءات المتعددة، لم يعد الذكاء العقلي وحده المؤشر الحقيقي للذكاء بل توسع تعريف الذكاء ليشمل مفهوم الذكاء العاطفي، ويُعتبر الباحثين ماير وسالوفي في عام 1990 أول من قدم مفهوماً جديداً للذكاء العاطفي، وعرفاه بأنه قدرة الفرد على تحديد مشاعره وانفعالاته الخاصة، ومشاعر الآخرين وانفعالاتهم، والتمييز بينها، واستخدام هذه المعلومات لتوجيه التفكير والسلوك (Salovey & Mayer, 1990). كما ساهم جولمان في نشر هذا المفهوم بعد نشره كتابه الأول "الذكاء العاطفي" في عام 1995 ويشير فيه إلى أن الذكاء العقلي يسهم فقط بنسبة 20% من العوامل المحددة للنجاح في الحياة، وأنّ الذكاء العاطفي هو الأكثر تأثيراً في نجاح الأشخاص في العمل والدراسة والعلاقات الاجتماعية؛ وعرفه بأنه مجموعة من المهارات الانفعالية (كإدراك الانفعالات وتنظيمها وإدارتها)، والاجتماعية (كالتواصل الاجتماعي والتعاطف) التي يتمتع بها الفرد (Goleman, 1995). أكدت ماتسوكوفا وزملائها (Matoskova, et al. 2015) أنه لا يجب الاعتماد فقط على معدل الدراسة لتوصيف الطالب الجامعي الناجح، بل يجب استخدام معايير أخرى كالذكاء العملي والذي يحدد قدرة الطالب على استخدام دراسته الجامعية لتطوير معرفته وخبراته واهتماماته واتصالاته. كما حددت الملامح الرئيسية للطالب الجامعي الناجح والتي هي: التحفيز والدافع الذي يأتي في مقدمة شخصية الطالب الناجح، والذكاء العملي، والاجتهاد، والقيام بالمهام الدراسية، والدرجات الجيدة، وكذلك الأنشطة التطوعية التي تعمل على تطوير معارفهم ومهاراتهم وقدراتهم، وتنمية سمات الشخصية والسلوك لديهم، وأكدت الدراسة على أهمية أن تركز الجامعات على المواضيع التي يتم فيها تحديد نقاط القوة لدى الطلاب وتطوير هذه القوة بتقديم مناقشات ومحاضرات مع أشخاص ناجحين واستشارات مع مدرب مهني (Matoskova, et al. 2015)؛ فتقديم تلك الاستشارات الأكاديمية من قبل الجامعة تفيد في تقديم معلومات مهمة تساعد الطلاب في الوصول إلى أهدافهم؛ فالضغوط الناجمة عن عدم إدارة المشاعر لدى الطلاب؛ وكذلك عدم الحصول على الدعم الاجتماعي الكافي من المعينات التي تحول دون الوصول إليها (Stelnicki, et al. 2015)؛ لذلك يجب خلق بيئة تعليم جامعي تؤكد على أهمية الذكاء العاطفي في كلية التمريض (Thomas & Natarajan, 2017).

يُعتبر مفهوم الذكاء العاطفي مفهوماً حديثاً في مجال البحث العلمي التمريضي؛ لقد بدأ الباحثون بالاهتمام بالعلاقة بين الذكاء العاطفي والتمريض كوسيلة لتعزيز مختلف جوانب مهنة التمريض بما في ذلك الممارسة السريرية؛ والإدارة؛ والتعليم الأكاديمي؛ والتدريب المهني. كما بدأت المراكز التعليمية الأكاديمية الحديثة للتمريض ومراكز تعليم الرعاية الصحية بشكل عام بالنظر إلى الذكاء العاطفي على أنه ليس مجرد صفة مرغوبة، بل شرطاً أساسياً للدراسة والعمل في مهنة التمريض، فلم تعد الكفاءة التمريضية للطلاب تعتمد على الكفاءة السريرية فقط، بل تعتمد أيضاً على تنمية الكفاءات الشخصية؛ كالكفاءة الاجتماعية والعاطفية (Honkavuo, 2019). لتحسين مستوى كفاءة العمل التمريضي تُعتبر من أولويات مهنة التمريض، والتي تتأثر بمستوى الثقة والوعي الذاتي لدى طلاب التمريض وتطوير الوعي الذاتي الشخصي المستمر (Nehrir et al. 2016).

حيث استنتجت دراسة دوجو وآخرون في عام 2021 أهمية الذكاء العاطفي في مهنة التمريض من خلال مراجعة أدبية قاموا بها لعدة دراسات أجريت في كل من فرنسا، وإسبانيا، وأميركا، وأستراليا، وتركيا، وإيران، والصين، وكوريا، ومصر؛ حيث وجدوا أنّ طلاب التمريض أو المتخصصون في الرعاية الصحية الذين كان لديهم مستوى عالي من الذكاء العاطفي كانوا الأكثر كفاءة في الأداء المهني والأكاديمي، والأكثر قدرة على إدارة الضغوط، كما كان لديهم القدرة على بناء العلاقات مع عائلاتهم ومرضاهم وزملائهم (Dugu et al. 2021).

كما ارتبط الذكاء العاطفي بكل من الأداء الأكاديمي؛ والتحصيل الدراسي؛ وتبني السلوكيات الصحية؛ والتواصل الاجتماعي الفعّال؛ والرفاهية الشخصية وإدارة الضغوط؛ وبناء علاقات جيّدة مع الآخرين؛ وارتبط أيضاً بشكل إيجابي مع مستوى الرعاية التمريضية الشاملة المقدمة بما فيها الرعاية الروحية (Ibrahim et al. 2016)، (Sayed & Hussien, 2016)، Ruiz - (Aranda et al. 2014)، (Sogolitapneh, et al. 2018) (Singh et al. 2020). كما كان الطلاب ذوي الذكاء العاطفي المرتفع أكثر ميلاً لاتباع نمط غذائي صحي، وأكثر ممارسةً للنشاط البدني، كما كان لديهم سلوك أخلاقي وروحاني عالي (Gnanaiah, 2019)، (Ali & Ali, 2016)، (Indriasari et al. 2020).

لقد أجريت عدّة دراسات بأهداف مختلفة لوصف الذكاء العاطفي لدى طلاب التمريض، وأوصت بأهمية تضمين الذكاء العاطفي كمهارة شخصية في مناهج التمريض لتعزيز مستوى الذكاء العاطفي لدى الطلاب من أجل التعامل مع المرضى، حيث اعتبرتها سلوكيات مهنية لنجاح مهنة التمريض، حيث أجريت ضمن هذا السياق دراسة اسكندر (2020) في سورية؛ هدفت إلى تقييم العلاقة بين الذكاء الانفعالي والتحصيل الدراسي على عينة مكونة من 200 طالب/ة من طلاب التمريض في جامعة تشرين موزعين على السنوات الدراسية الأربعة (50 طالب من كل سنة دراسية)، لقد أكدت نتائج الدراسة أنّ النسبة الأكبر للطلاب لديهم مستوى متوسط من الذكاء الانفعالي، كما كان تحصيلهم الدراسي من 70% إلى 80%، وأكدت الدراسة على وجود علاقة عكسية غير هامة احصائياً بين الذكاء الانفعالي والتحصيل الدراسي لديهم. وأوصت الدراسة بتوجيه المؤسسات التعليمية للاهتمام بالأنشطة الجماعية لطلاب الجامعة وترسيخ مفهوم المناقشة والحوار بينهم وبين أعضاء هيئة التدريس كبديل لأسلوب الإلقاء والتلقين والذي من شأنه أن يُحسن مهارات الذكاء الانفعالي لديهم، كما أوصت بأهمية عقد ندوات ومحاضرات عامة لتعريف الطلاب بالذكاء الانفعالي ومكوناته وأهميته في الحياة والعلاقات الاجتماعية (اسكندر، 2020)

دراسة مؤيد وآخرون Moawed, et al. (2017) في السعودية؛ والتي هدفت إلى مقارنة الذكاء العاطفي بين n=200 طالباً في التمريض من جامعة الرياض في السعودية، وn=200 طالباً في التمريض من جامعة طنطا في مصر، وأظهرت النتائج بأن أكثر من ثلثي العينة (80%) حصلوا على درجات عالية من الذكاء العاطفي؛ حيث حصل طلاب التمريض في جامعة الرياض على مستويات أعلى من الذكاء العاطفي من طلاب جامعة طنطا، كما أظهرت النتائج أنّ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب طنطا وطلاب الرياض فيما يتعلق بالمشكلات الصحية (p=0.004)؛ حيث أنّ 26% من طلاب طنطا أبلغوا عن مشاكل صحية مقارنة بحوالي 8% من طلاب الرياض. كما أظهرت النتائج أنّ هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الذكاء العاطفي الكلي والأداء الأكاديمي للطلاب (P = 0.019) (Moawed, et al. 2017) دراسة سينها وآخرون Sinha, et al. (2017) في نيبال؛ والتي هدفت إلى تقييم الذكاء العاطفي لدى طلاب التمريض الجامعيين والعوامل المرتبطة فيه لدى عينة قوامها n=233 طالباً في التمريض الجامعي في كلية سانجيفاني للعلوم الطبية. حيث بيّنت نتائج الدراسة أنّ 15.24% من الطلاب كان لديهم مستوى عالٍ من الذكاء العاطفي، و 46.18% من الطلاب لديهم مستوى متوسط، بينما 38.56% كان لديهم مستوى منخفض. كما حددت الدراسة أنّ كل من النمط الغذائي، والحالة التعليمية للطلاب، والعمر، والخبرة العملية، والمعتقدات الدينية بأنّها من العوامل التي تؤثر على مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب التمريض (Sinha, et al. 2017).

دراسة ستريكلياند وآخرون Strickland et al. (2019) في أميركا؛ والتي هدفت إلى تقييم مستوى الذكاء العاطفي لمحاولة تحديد تأثيره على نجاح أكاديميا وسريريا على طلاب التمريض مستقبلاً، حيث تمّ توزيع مقياس الذكاء العاطفي لماير وسالوفي (MSCEIT) على عينة قوامها n= 106 طالباً في التمريض. أظهرت النتائج أنّ 49% من أفراد العينة حصلوا على

درجات منخفضة في مستوى الذكاء العاطفي، و42% منهم حصلوا على درجات متوسطة، بينما 8% منهم فقط حصلوا على درجات مرتفعة في مستوى الذكاء العاطفي. (Strickland et al. 2019).

تُعتبر مهنة التمريض مهنة مرهقة، فغالباً ما يتعرض طلاب التمريض في مراحل دراستهم للعديد من الضغوط سواء في حياتهم الجامعية أو في بيئة التدريب السريري؛ وحيث أنه مازال خدمات الإرشاد الاجتماعي والنفسي في الجامعات محدودة أو حتى لم يسلط الضوء عليها فيما يخص كميّة الحصول عليها لمواجهة تلك الضغوط، فقد يستخدم طلاب التمريض للتكيف مع الضغوط التي تواجههم سواء في حياتهم الشخصية أو في ممارساتهم السريرية استراتيجيات للتكيف صحيّة وأخرى غير صحيّة (Chernomas & Shapiro, 2013) (El dahshan, et al. 2020).

لذلك يُعتبر الذكاء العاطفي استراتيجية هامة للتعامل مع تلك الضغوط؛ وبناء علاقة جيّدة وتقديم التعاطف لطالبي الرعاية الصحية منهم، واعداد ممرضين مؤهلين بكفاءة جيّدة لتقديم الرعاية التمريضية الشاملة التي تُراعي الأبعاد الجسدية، والعقلية، والعاطفية، والاجتماعية، والثقافية، والروحية لمرضاهم (Ruiz-Aranda et al. 2014) & (Hajibabae et al. 2019) (Dugu et al. 2021)

لذلك من المهم تحديد مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب التمريض من أجل تحسينه وتطويره (Holston& Taylor, 2016)، حيث يمكن تعلّمه وتحسينه من قبل مدرّبين أخصائيين (Minster, 2020).

يمكن تلخيص مشكلة البحث عن طريق طرح السؤال الآتي:

- ما هو مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين؟
ويُشتقّ منه الأسئلة الفرعية التالية:
- ما هو مستوى المعرفة الانفعالية لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين؟
- ما هو مستوى إدارة الانفعالات لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين؟
- ما هو مستوى تنظيم الانفعالات لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين؟
- ما هو مستوى التعاطف لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين؟
- ما هو مستوى التواصل الاجتماعي لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين؟

أهمية البحث:

1- تناول البحث موضوعاً هاماً في البحث العلمي التمريضي وهو الذكاء العاطفي، فالباحثون يُركّزون حالياً على أهمية الذكاء العاطفي في تحسين الصحة النفسية والجسدية والأداء المهني والأكاديمي؛ حيث أنّ تحسين مستوى الذكاء العاطفي للطلاب الجامعيين بشكل عام ولطلاب المريض بشكل خاص يجعلهم أكثر شعوراً بالفاهية وقدرة على تبني سلوكيات صحية؛ كتحمّل المسؤولية الصحيّة؛ والالتزام بنمط غذائي صحيّ، ونشاط بدني جيد؛ والقدرة على مواجهة الضغوط؛ وبناء علاقات اجتماعية وروحانية جيّدة؛ كما ويجعلهم أكثر قدرة على التحصيل الدراسي؛ وتحسين نوعية الرعاية التمريضية الشاملة المقدمة لطالبي الرعاية الصحيّة.

2- سيسهم البحث في توفير قاعدة بيانات حول مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين وبالتالي رُفد الدراسات اللاحقة التي ستجرى في سورية حول الذكاء العاطفي بمستند علمي مبني على دليل بحثي من الواقع التمريضي للمقارنة والاسترشاد.

2-هدف البحث:

يهدف البحث إلى ما يلي:

- تقييم مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب كليّة التمريض في جامعة تشرين.

مجتمع وعينة البحث:

يتألف مجتمع البحث من طلبة كلية التمريض في جامعة تشرين. وتم اختيار عينة تتضمن طلاب السنة الثالثة من كلية التمريض - جامعة تشرين والبالغ عددهم (199) طالب تم استبعاد (20) طالب منهم أجريت دراسة استرشادية عليهم؛ حيث إن تحديد مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب السنة الثالثة في جامعة تشرين قد يُمكن من تقديم مقترحات وتوصيات حول نقاط القوة والضعف في أبعاد الذكاء العاطفي قبل انتقالهم إلى السنة الرابعة والتخرج من كلية التمريض، إذ يُعتبر خريجو كلية التمريض الذين سوف يعملون في فرق الرعاية الصحيّة والمشافي وتقع على عاتقهم مسؤوليّة العمل في بيئة ضاغطة تتطلب التعامل مع المواقف العاطفية الحادة، وذلك لتقديم رعاية تمريضية شاملة جسدية ونفسية وعاطفية وروحية لمرضاهم ولطالبي الرعاية الصحيّة منهم.

التعريف:

الذكاء العاطفي: هو القدرة على الانتباه والادراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية، وفهمها وصياغتها بوضوح وتنظيمها وفقاً لمراقبة وإدراك دقيق لانفعالات الآخرين ومشاعرهم للدخول معهم في علاقات انفعالية واجتماعية إيجابية تساعد الفرد على الرقي العقلي والمهني وتعلّم المزيد من المهارات الايجابية للحياة (Otman& Rizk, 2001)

المعرفة الانفعالية: القدرة على الادراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية وحسن التمييز بينهم مع الوعي بالعلاقة بين الافكار والمشاعر الذاتية والأحداث الخارجية.

إدارة الانفعالات: القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية وتحويلها لانفعالات ايجابية مع ممارسة الحياة الاجتماعية والمهنية بفعالية.

تنظيم الانفعالات: القدرة على تنظيم الانفعالات والمشاعر وتوجيهها لتحقيق الانجاز والتفوق واستخدام الانفعالات في صنع القرارات.

التعاطف: القدرة على إدراك انفعالات الآخرين، والتوحد معهم انفعالياً مع فهم انفعالاتهم ومشاعرهم والتناغم معهم ومساعدتهم.

التواصل الاجتماعي: يشير إلى القدرة على التأثير الايجابي القوي في الآخرين، والقدرة على اقناع الآخرين أثناء إدارة الخلافات مع معرفة متى يجب مساندهم.

حيث تُعرّف مصطلحات البحث إجرائياً: بالدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة البحث على بنود استبانة الذكاء العاطفي كما يأتي: 1-2.2 مستوى ضعيف، 2.3-3.6 مستوى متوسط، 3.7-5 مستوى مرتفع.

3- مواد وطرق البحث

تصميم الدراسة: دراسة وصفية كمية مستعرضة

أدوات البحث:

استبانة الذكاء العاطفي ويستخدم لقياس مكونات الذكاء العاطفي الذي طور بواسطة الباحثين فاروق عثمان ومحمد عبد السميع في عام 2001 حيث تتألف هذه الاستبانة من جزأين كما يلي:

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان الإقامة، مستوى الدخل العائلي)

الجزء الثاني: يتكون من 58 بنداً موزعة على خمسة أبعاد بالشكل التالي: المعرفة الانفعالية (10 بنود)، وإدارة الانفعالات (15 بند)، وتنظيم الانفعالات (13 بند)، والتعاطف (11 بند)، والتواصل الاجتماعي (9 بنود). تتراوح الإجابة عليها وفق مقياس ليكرت الخماسي بين 5: يحدث كثيراً، و 1: يحدث نادراً، وتُمنح الدرجات على النحو التالي: (يحدث نادراً = 1، يحدث قليلاً = 2، يحدث أحياناً = 3، يحدث غالباً = 4، يحدث كثيراً = 5).

حيث تمّ جمع البنود من كل مقياس فرعي (بشكل عام) وكل بُعد وقسمته على إجمالي عدد البنود لحساب المتوسط، وتمّ تصنيف المتوسط إلى ثلاثة مستويات: 1-2.2 = مستوى ضعيف، 2.3-3.6 = مستوى متوسط، 3.7-5 = مستوى مرتفع

المصادقية:

لقد عُرضت الأداة على عدد من الدكاترة في كلية التمريض من ذوي الاختصاص للتحقق من صدق المحتوى، ولتحريّ مناسبة الفقرات لموضوع البحث.

الموثوقية:

طُبّق المقياس على 20 طالب من طلبة كلية التمريض في السنة الثالثة وذلك لحساب ثبات المقياس.

1- ألفا كرونباخ:

تمّ تقييم ثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا؛ حيث بلغت قيمته 0.823 وهي قيمة جيّدة تدل على صلاحية الأداة للاستخدام في البحث الحالي.

حدود البحث:

حدود مكانية: كلية التمريض في جامعة تشرين.

حدود زمنية: أُجري هذا البحث في الفترة الواقعة بين 2020/10/1 حتى 2020/12/1.

طريقة البحث:

- تمّ الحصول على الموافقة الرسمية اللازمة من إدارة كلية التمريض لإجراء الدراسة
- تمّ إجراء دراسة دليلية استرشادية (pilot study) على 20 طالباً لتقييم وضوح وإمكانية تطبيق أداة الدراسة لجمع البيانات (تم استبعادهم من الدراسة لاحقاً).
- تمّ اختيار أفراد العينة من طلاب كلية التمريض أثناء تواجدهم في أماكن التدريب العملي، حيث كان الطلاب موزعين على مخابر الكلية، والمراكز الصحية، والمستشفيات أيضاً. حيث تمّ الحصول على موافقتهم على المشاركة في الدراسة بعد شرح هدف البحث، والتأكيد لهم على المحافظة على سرية المعلومات وأنها ستستخدم فقط لغرض الدراسة.
- تمّ ملئ استبانة الدراسة بحضور الباحثة، كما تمّ الإجابة عن أي استفسار من قبل الطلاب حول الاستبانة
- تم ترميز البيانات ثم تحليلها إحصائياً باستخدام برنامج SPSS

التحليل الإحصائي:

تمّ استخدام برنامج SPSS الإحصائي لحساب ما يلي: التكرارات (N)، النسبة المئوية (%)، المتوسط الحسابي (M)،

والانحراف المعياري (SD). Descriptive statistics and frequency.

4- النتائج :-



الشكل رقم (1): يبين توزيع الطلاب المشاركين في الدراسة تبعاً للجنس.

- يُبين الشكل رقم 1 توزيع الطلاب المشاركين في الدراسة تبعاً للجنس إلى 45.3 % ذكور، و 54.7% إناث.

الجدول رقم (1): يبين مستوى كل محور في الذكاء العاطفي تبعاً لمتوسط كل منها

| SD | M | Max | Min | الذكاء العاطفي | المستوى |
|--------|--------|------|------|----------------------|---------|
| .36954 | 3.7497 | 4.5 | 2.5 | المعرفة الانفعالية | مرتفع |
| .48517 | 3.5317 | 4.4 | 2.33 | إدارة الانفعالات | متوسط |
| .46264 | 3.6356 | 4.54 | 2.54 | تنظيم الانفعالات | متوسط |
| .38158 | 3.9746 | 4.55 | 3 | التعاطف | مرتفع |
| .40309 | 3.6089 | 4.33 | 2.56 | التواصل الاجتماعي | متوسط |
| .29450 | 3.7001 | 4.26 | 2.84 | الذكاء العاطفي الكلي | مرتفع |

يُبين الجدول رقم (1) مستوى كل محور في الذكاء العاطفي تبعاً لمتوسط كل منها، حيث أظهر أنّ مستوى عينة البحث في كل من محور المعرفة الانفعالية والتعاطف كان مرتفعاً إذ تجاوز متوسط المحور 3.7، بينما كان متوسطاً في باقي المحاور (إدارة الانفعالات بمتوسط 3.5317، تنظيم الانفعالات بمتوسط 3.6356، والتواصل الاجتماعي بمتوسط 3.6089). كما يُظهر الجدول أنّ مستوى الذكاء العاطفي الكلي لأفراد العينة مرتفعاً بمتوسط 3.7001

وثبتت الجداول التالية توزيع الطلبة حسب إجاباتهم على بنود كل محور من محاور الذكاء العاطفي

- ما هو مستوى المعرفة الانفعالية لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين؟

الجدول رقم (2): يبين توزع الطلاب حسب اجاباتهم على عبارات المعرفة الانفعالية

| رقم السؤال | المعرفة الانفعالية | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------|----|--------|----|---------|----|--------|----|--------|----|--|
| | كثيراً | | غالباً | | أحياناً | | قليلاً | | نادراً | | |
| | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | |
| 1 | 28.5 | 51 | 50.8 | 91 | 13.4 | 24 | 7.3 | 13 | 0.0 | 0 | أستخدمُ الانفعالات السلبية والإيجابية في قيادة حياتي |
| 2 | 17.3 | 31 | 36.3 | 65 | 38.5 | 69 | 7.8 | 14 | 0.0 | 0 | تُساعدني مشاعري السلبية في تغيير حياتي |
| 3 | 39.1 | 70 | 34.1 | 61 | 15.1 | 27 | 7.8 | 14 | 3.9 | 7 | أستطيع مواجهة مشاعري السلبية عند اتخاذ قرار يتعلق بي |
| 4 | 27.4 | 49 | 33.5 | 60 | 31.3 | 56 | 3.4 | 6 | 4.5 | 8 | تُرشدني مشاعري السلبية في التعامل مع الآخرين |
| 5 | 40.2 | 72 | 34.1 | 61 | 12.3 | 22 | 11.7 | 21 | 1.7 | 3 | أستطيع إدراك مشاعري الصادقة |
| 6 | 16.2 | 29 | 33.5 | 60 | 31.3 | 56 | 15.1 | 27 | 3.9 | 7 | أستطيع التعبير عن مشاعري |
| 7 | 33.0 | 59 | 40.2 | 72 | 19.6 | 35 | 3.9 | 7 | 3.4 | 6 | أعتبرُ نفسي مسؤولاً عن مشاعري |
| 8 | 34.1 | 61 | 22.9 | 41 | 29.1 | 52 | 11.7 | 21 | 22.0 | 4 | لا أعطي الانفعالات السلبية اهتماماً كبيراً |
| 9 | 32.4 | 58 | 39.1 | 70 | 22.3 | 40 | 6.1 | 11 | 0.0 | 0 | أدرك بأن لديّ مشاعر رقيقة |
| 10 | 20.1 | 36 | 12.3 | 22 | 33.0 | 59 | 19.6 | 35 | 15.1 | 27 | يغمزني المزاج السيئ |

يُظهر الجدول رقم (2) أنّ النسبة الأعلى من الطلاب 50.8% أجابوا بأنهم يستخدمون الانفعالات السلبية والإيجابية في قيادة حياتهم، تليها 40.2% يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن مشاعرهم، و40.2% أيضاً يستطيعون إدراك مشاعرهم الصادقة

- ما هو مستوى إدارة الانفعالات لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين؟

الجدول رقم (3): يبين توزيع الطلاب حسب اجاباتهم على عبارات إدارة الانفعالات

| رقم | إدارة الانفعالات | | | | | | | | | | |
|-----|------------------|----|--------|----|---------|----|--------|----|--------|----|---|
| | كثيراً | | غالباً | | أحياناً | | قليلاً | | نادراً | | |
| | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | |
| 1 | 21.8 | 39 | 30.7 | 55 | 30.2 | 54 | 8.9 | 16 | 8.4 | 15 | مشاعري السلبية جزءاً مساعد في حياتي الشخصية |
| 2 | 37.4 | 67 | 17.9 | 32 | 35.2 | 63 | 7.8 | 14 | 1.7 | 3 | مشاعري الصادقة تساعدني على تحقيق النجاح |
| 3 | 20.1 | 36 | 24.0 | 43 | 27.9 | 50 | 15.1 | 27 | 12.8 | 23 | أستطيع التحكم في تفكيري السلبي |
| 4 | 30.7 | 55 | 19.6 | 35 | 24.6 | 44 | 15.1 | 27 | 10.1 | 18 | أستطيع السيطرة على نفسي بعد أي أمر مزعج |
| 5 | 30.2 | 54 | 20.1 | 36 | 35.2 | 63 | 11.2 | 20 | 3.4 | 6 | أستطيع التحكم في مشاعري وتصرفاتي |
| 6 | 21.8 | 39 | 15.1 | 27 | 29.1 | 52 | 19.0 | 34 | 15.1 | 27 | أنا هادئ تحت أي ضغوط أتعرض لها |
| 7 | 10.6 | 19 | 22.3 | 40 | 23.5 | 42 | 26.8 | 48 | 16.8 | 30 | أستطيع نسيان مشاعري السلبية بسهولة |
| 8 | 17.9 | 32 | 20.1 | 36 | 36.9 | 66 | 19.0 | 34 | 6.1 | 11 | أستطيع التحول من مشاعري السلبية إلى الإيجابية بسهولة |
| 9 | 30.7 | 55 | 17.9 | 32 | 35.8 | 64 | 9.5 | 17 | 6.1 | 11 | أستطيع أن أفعل ما أحتاجه عاطفياً بإرادتي |
| 10 | 25.1 | 45 | 34.1 | 61 | 26.3 | 47 | 10.6 | 19 | 3.9 | 7 | أستطيع استدعاء الانفعالات الإيجابية كالمرح والفاكاهة بيسر |
| 11 | 39.1 | 70 | 26.8 | 48 | 26.8 | 48 | 5.6 | 10 | 1.7 | 3 | أنا قادر على التحكم في مشاعري عند مواجهة أي خطر |
| 12 | 43.6 | 78 | 27.9 | 50 | 20.1 | 36 | 4.5 | 8 | 3.9 | 7 | أفقد الإحساس بالزمن عند تنفيذ المهام التي تتصف بالتحدي |
| 13 | 27.4 | 49 | 31.8 | 57 | 27.4 | 49 | 8.9 | 16 | 4.5 | 8 | تساعدني مشاعري في اتخاذ قرارات مهمة في حياتي |
| 14 | 33.5 | 60 | 43.0 | 77 | 19.6 | 35 | 3.9 | 7 | 0.0 | 0 | يظل لدي الأمل والتفاؤل أمام هزائمي |
| 15 | 20.7 | 37 | 16.8 | 30 | 29.1 | 52 | 20.1 | 36 | 13.4 | 24 | أجد صعوبة في مواجهة صراعات الحياة، ومشاعر القلق والإحباط |

يُظهر الجدول رقم (3) أنّ النسبة الأعلى من الطلاب 43.6% أجابوا بأنهم يفقدون الإحساس بالزمن عند تنفيذ المهام التي تتصف بالتحدي، تليها 43.0% يظلّ لديهم الأمل والتفاؤل أمام الهزائم، ثمّ 39.1% قادرين على التحكم في مشاعرهم عند مواجهة أي خطر

- ما هو مستوى تنظيم الانفعالات لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين؟

الجدول رقم (4): يبين توزيع الطلاب حسب اجاباتهم على عبارات تنظيم الانفعالات

| ترتيب | تنظيم الانفعالات | | | | | | | | | | |
|-------|------------------|----|--------|----|---------|----|--------|----|--------|----|--|
| | كثيراً | | غالباً | | أحياناً | | قليلاً | | نادراً | | |
| | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | |
| 1 | 24.6 | 44 | 14.5 | 26 | 45.3 | 81 | 11.7 | 21 | 3.9 | 7 | أستطيع أن أكافئ نفسي بعد أي حدث مُزعج |
| 2 | 17.9 | 32 | 29.1 | 52 | 18.4 | 33 | 25.1 | 45 | 9.5 | 17 | أنا صبورٌ عندما لا أحقق نتائج سريعة |
| 3 | 12.8 | 23 | 2.2 | 4 | 22.3 | 40 | 20.7 | 37 | 41.9 | 75 | عندما أقوم بعملٍ مملٍ فإنني أستمتع بالعمل |
| 4 | 37.4 | 67 | 36.3 | 65 | 24.6 | 44 | 0.0 | 0 | 1.7 | 3 | أحاول أن أبتكر الحلول لمشاكلي برغم تحديات الحياة |
| 5 | 30.7 | 55 | 25.1 | 45 | 19.6 | 35 | 15.6 | 28 | 8.9 | 16 | أتصف بالهدوء عند إنجاز أي عملٍ أقوم به |
| 6 | 39.1 | 70 | 41.3 | 74 | 15.6 | 28 | 2.2 | 4 | 1.7 | 3 | أستطيع إنجاز الأعمال المهمة بكل قوة |
| 7 | 31.3 | 56 | 22.9 | 41 | 37.4 | 67 | 8.4 | 15 | 0.0 | 0 | أستطيع إنجاز المهام بنشاطٍ وتركيزٍ عاليٍ |
| 8 | 17.9 | 32 | 22.3 | 40 | 41.9 | 75 | 6.7 | 12 | 11.2 | 20 | أشعرُ بالتعب في حال وجود الضغوط أثناء تأدية مهامي |
| 9 | 37.4 | 67 | 24.6 | 44 | 36.3 | 65 | 1.7 | 3 | 0.0 | 0 | أستطيع تحقيق النجاح حتى تحت الضغوط |
| 10 | 40.8 | 73 | 19.6 | 35 | 27.9 | 50 | 11.7 | 21 | 0.0 | 0 | أستطيع أن أنهمك في إنجاز أعمالٍ رغم التحدي |
| 11 | 45.8 | 82 | 30.2 | 54 | 17.9 | 32 | 6.1 | 11 | 0.0 | 0 | أستطيع تركيز انتباهي في الأعمال المطلوبة مني |
| 12 | 36.3 | 65 | 25.7 | 46 | 19 | 34 | 13.4 | 24 | 5.6 | 10 | أستطيع أن أنحي مشاعري مهما كان نوعها جانباً عندما أقوم بإنجاز أعمالٍ |
| 13 | 40.8 | 73 | 24.0 | 43 | 15.6 | 28 | 14.0 | 25 | 5.6 | 10 | أستطيع احتواء مشاعر الإجهاد التي تعوق أدائي لأعمالٍ |

يُظهر الجدول رقم (4) أنّ النسبة الأعلى من الطلاب 45.8% أجابوا بأنهم يستطيعون التركيز في الأعمال المطلوبة منهم كثيراً، تليها 45.3% يستطيعون مكافأة أنفسهم بعد أي حدث مُزعج، كما كان 41.3% منهم غالباً ما ينجزون الأعمال المهمة بكل قوة

- ما هو مستوى التعاطف لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين؟

الجدول رقم (5): يبين توزيع الطلاب حسب اجاباتهم على عبارات التعاطف

| رقم العبارة | التعاطف | | | | | | | | | | |
|-------------|---------|----|--------|----|---------|----|--------|----|--------|---|---|
| | كثيراً | | غالباً | | أحياناً | | قليلاً | | نادراً | | |
| | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | |
| 1 | 31.8 | 57 | 46.9 | 84 | 15.6 | 28 | 3.4 | 6 | 2.2 | 4 | أنا حساس لاحتياجات الآخرين |
| 2 | 43.6 | 78 | 42.5 | 76 | 14 | 25 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | أنا فعال في الاستماع لمشاكل الآخرين |
| 3 | 26.3 | 47 | 48.0 | 86 | 24 | 43 | 0.0 | 0 | 1.7 | 3 | أجيد فهم مشاعر الآخرين |
| 4 | 34.1 | 61 | 29.1 | 52 | 36.9 | 66 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | أنا قادرٌ على قراءة مشاعر الناس من تعبيرات وجوههم |
| 5 | 54.2 | 97 | 27.9 | 50 | 10.1 | 18 | 7.8 | 14 | 0 | 0 | أنا حساس للاحتياجات العاطفية للآخرين |
| 6 | 30.7 | 55 | 38.5 | 69 | 21.2 | 38 | 9.5 | 17 | 0 | 0 | أنا متناغمٌ مع أحاسيس الآخرين |
| 7 | 40.2 | 72 | 27.9 | 50 | 31.8 | 57 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | أستطيع فهم مشاعر الآخرين بسهولة |
| 8 | 34.1 | 61 | 28.5 | 51 | 27.9 | 50 | 9.5 | 17 | 0 | 0 | لدي القدرة على الإحساس بالناحية الانفعالية للآخرين |
| 9 | 21.2 | 38 | 33.0 | 59 | 33 | 59 | 10.6 | 19 | 2.2 | 4 | أشعر بالمشاعر والانفعالات التي لا يفصح عنها الآخرون |
| 10 | 25.1 | 45 | 34.6 | 62 | 32.4 | 58 | 6.1 | 11 | 1.7 | 3 | إحساسي الشديد بمشاعر الآخرين يجعلني مثقفاً عليهم |
| 11 | 36.9 | 66 | 30.7 | 55 | 26.8 | 48 | 1.7 | 3 | 3.9 | 7 | أستطيع الشعور بنبض الجماعة والمشاعر التي لا يفصحون عنها |

يُظهر الجدول رقم (5) أنّ النسبة الأعلى من الطلاب 54.2% أجابوا بأنهم حساسون للاحتياجات العاطفية للآخرين كثيراً، تليها 48.0% غالباً ما يجيدون فهم مشاعر الآخرين، كما أنّ 46.9% من أفراد العينة أنهم غالباً ما يكونون حساسين لاحتياجات الآخرين.

ما هو مستوى التواصل الاجتماعي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين؟

الجدول رقم 6: يبين توزيع الطلاب حسب اجاباتهم على عبارات التواصل الاجتماعي

| رقم | التواصل الاجتماعي | | | | | | | | | |
|-----|-------------------|----|--------|----|---------|----|--------|----|--------|----|
| | نادرا | | قليلاً | | أحياناً | | غالباً | | كثيراً | |
| | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N |
| 1 | 15.6 | 28 | 14.0 | 25 | 24.0 | 43 | 22.3 | 40 | 24.0 | 43 |
| 2 | 2.2 | 4 | 10.1 | 18 | 36.3 | 65 | 25.7 | 46 | 25.7 | 46 |
| 3 | 28.5 | 51 | 27.4 | 49 | 21.2 | 38 | 10.1 | 18 | 12.8 | 23 |
| 4 | 1.7 | 3 | 0.0 | 0 | 39.1 | 70 | 31.8 | 57 | 27.4 | 49 |
| 5 | 0.0 | 0 | 4.5 | 8 | 12.8 | 23 | 40.8 | 73 | 41.9 | 75 |
| 6 | 0.0 | 0 | 1.7 | 3 | 29.1 | 52 | 39.1 | 70 | 30.2 | 54 |
| 7 | 1.7 | 3 | 7.8 | 14 | 48.0 | 86 | 14.5 | 26 | 27.9 | 50 |
| 8 | 7.3 | 13 | 7.8 | 14 | 23.5 | 42 | 23.5 | 42 | 38.0 | 68 |
| 9 | 4.5 | 8 | 10.6 | 19 | 21.2 | 38 | 36.3 | 65 | 27.4 | 49 |

يُظهر الجدول رقم (6) أنّ النسبة الأعلى من الطلاب 48.0% أجابوا بأنهم يمتلكون أحياناً تأثيراً قوياً على الآخرين في تحديد أهدافهم، تليها 41.9% يعتبرون أنفسهم موضع ثقة من قبل الآخرين.

الجدول رقم (7): توزيع العينة وفق مستويات محاور الذكاء العاطفي

| الذكاء العاطفي | | | | | |
|------------------|-----|--------------------|----|-----------------|---|
| مرتفع 5 - 3.7 | | متوسط 3.6 - 2.3 | | ضعيف 2.2 - 1 | |
| % | N | % | N | % | N |
| 70.9 | 127 | 29.1 | 51 | 0 | 0 |
| 48.6 | 87 | 51.4 | 92 | 0 | 0 |
| 63.1 | 113 | 36.9 | 66 | 0 | 0 |
| 79.3 | 142 | 20.7 | 37 | 0 | 0 |
| 55.3 | 99 | 44.7 | 80 | 0 | 0 |
| 76.5 | 137 | 23.5 | 42 | 0 | 0 |

يُبين الجدول رقم (7) توزيع عينة الدراسة وفق مستويات محاور الذكاء العاطفي؛ حيث يُظهر الجدول أنّ أظهر أن النسبة الأعلى لأفراد العينة كان مستواهم مرتفعاً في المحاور التالية بالترتيب: التعاطف بنسبة 79.3%، والمعرفة الانفعالية بنسبة 70.9%، وتنظيم الانفعالات بنسبة 63.1%، والتواصل الاجتماعي بنسبة 55.3%. بينما كانت النسبة الأعلى من أفراد العينة مستواهم متوسطاً في محور إدارة الانفعالات بنسبة 51.4%. كما يُظهر الجدول أن النسبة الأعلى لأفراد العينة 76.5% سجلوا مستوى مرتفعاً على محور الذكاء العاطفي الكلي، بينما النسبة الأقل من أفراد العينة 23.5% سجلوا مستوى متوسطاً

5- المناقشة:

أكدت العديد من الأبحاث على أهمية الذكاء العاطفي في مهنة التمريض خلال السنوات القليلة الماضية؛ الذي يتكوّن من مجموعة من القدرات الانفعالية والاجتماعية والسمات الشخصية؛ كالقدرة على تقييم مشاعر الذاتية، ومشاعر الآخرين والتعاطف معهم؛ وبناء العلاقات والتواصل الاجتماعي؛ واستخدام تلك القدرات والمعرفة في تحقيق النجاح في الحياة الشخصية، والأكاديمية، والممارسة المهنية لطلاب التمريض، لذلك هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم مستوى الذكاء العاطفي لدى طلاب التمريض في كلية التمريض في جامعة تشرين، وقد بيّنت النتائج أنّ النسبة الأعلى من الإناث كما يُظهر الشكل رقم (1). أظهرت نتائج الدراسة (الجدول رقم 1) أنّ مستوى الذكاء العاطفي الكلي لأفراد العينة مرتفعاً بمتوسط 3.7001، كما أظهرت أنّ محور المعرفة الانفعالية والتعاطف كان مرتفعاً إذ تجاوز متوسط المحور 3.7، بينما كان متوسطاً في باقي المحاور (إدارة الانفعالات بمتوسط 3.5317، تنظيم الانفعالات بمتوسط 3.6356، والتواصل الاجتماعي بمتوسط 3.6089)، وقد تُعزى نتيجة الدراسة الحالية إلى أنّ مستوى الذكاء العاطفي المرتفع لا يعني أنّ الطلاب قد اتقنوا المهارات الانفعالية بل يعني أنهم يمتلكون القدرة على تعلّم هذه المهارات (Furnham, 2006)، فبدون التدريب الفعّال على المهارات الانفعالية لن يتمّ تحسين مستواها من المتوسط إلى المرتفع لدى الطلاب. كما يمكن أن تُفسّر النتيجة بأنّ المهارات الانفعالية التي مستواها متوسط لم تحظى باهتمام الطلاب لتنميتها، كما لم يتمّ التدريب عليها من قبل المدرسين (اسكندر، 2020).

تتسجم نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة رمضان وآخرون. Ramadan, et al. (2020) التي أجريت في مصر بهدف تقييم تأثير برنامج الذكاء العاطفي على الأداء السريري لدى 100 طالباً من طلاب التمريض في جامعة بنها؛ والتي بيّنت أنّ محور المعرفة العاطفية حصل على أعلى مستوى بينما حصل محور إدارة العواطف الخاصة على أدنى مستوى (Ramadan, et al. 2020). كما تتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة نتيجة دراسة عباسي وآخرون 2018 التي أجريت في إيران؛ والتي هدفت إلى تحديد معدل الذكاء لدى 120 من طلاب طب الطوارئ حيث أظهرت نتائجها أيضاً أنّ محور الإدراك العاطفي الذاتي حصل على أعلى مستوى لدى عينة الدراسة (Abbasi et al. 2018). وكما اتفقت مع نتيجة دراسة بزرافكان وآخرون (2018) والتي هدفت إلى مقارنة الذكاء العاطفي بين طلاب من اختصاصات طبيّة وطلاب من اختصاصات غير طبيّة لدى عينة قوامها 483 n= في جامعة العلوم الطبية في إيران؛ والتي بيّنت أنّ محور التعاطف حصل على أعلى مستوى بين الطلاب (Bazrafkan, et al. 2018).

من ناحية أخرى فقد تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ذكي وآخرون. Zaki, et al. (2018) والتي هدفت إلى تقييم تأثير برنامج الذكاء العاطفي على أسلوب اتخاذ القرار لدى 57 n= من رؤساء الشعب التمريضية في مستشفى بنها الجامعي؛ والتي أظهرت أنّ النسبة الأعلى من الممرضين استخدموا أبعاد الذكاء العاطفي كالتالي: المهارات الاجتماعية، تلاها التنظيم الذاتي، ثمّ التحفيز، ومن ثمّ التعاطف، وأخيراً الوعي الذاتي للعواطف (Zaki, et al. 2018). كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية أيضاً عن نتيجة دراسة محمد وآخرون. Mohamed et al. (2016) والتي أجريت في مصر بهدف تحديد أثر برنامج حول الذكاء العاطفي على الكفاءة القيادية لدى 50 n= من رؤساء التمريض في مستشفى آغا المركزي، والتي بيّنت أنّ ترتيب أبعاد الذكاء العاطفي قبل تطبيق البرنامج كان كالتالي: التواصل الاجتماعي، تلاها التحفيز الذاتي، ثمّ التنظيم الذاتي، ومن ثمّ الوعي الذاتي، وأخيراً التعاطف (Mohamed et al. 2016).

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أنّ متوسط المعرفة الانفعالية لطلاب كلية التمريض كان مرتفعاً $M=3.7497$ (الجدول رقم 1)، وقد تُعزى هذه النتيجة إلى أنّ المعرفة الانفعالية هي القدرة على الإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية؛ وهذا ما أيدته نتائج الدراسة الحالية؛ حيث أنّ النسبة الأعلى من الطلاب 50.8% أجابوا بأنهم يستخدمون الانفعالات السلبية والإيجابية في قيادة حياتهم، و40.2% أيضاً يستطيعون إدراك مشاعرهم أيضاً (الجدول رقم 2)، كما قد تُعزى هذه النتيجة أيضاً إلى

أن مستوى المعرفة الانفعالية لدى الطلاب يتطور خلال السنوات الدراسية في التمريض وبدون أي تدخل تدريبي لتطويره؛ حيث أن المعرفة الانفعالية تعني القدرة على الإدراك الجيد للانفعالات والعواطف؛ والوعي الذاتي للعواطف والمشاعر الذاتية (Holston & Taylor, 2016)، كما قد تُعزى إلى المعرفة التي يتلقاها الطلاب في كلية التمريض والتي تُركز في خطتها التمريضية على احتياجات المرضى (Kamel, et al. 2018)

تتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجراها جورباد وزملائه 2019 Ghorpade, et al. في الهند والتي أظهرت أن مستوى المعرفة العاطفية حصل على أعلى متوسط (Ghorpade, et al. 2019). كما تتفق مع نتيجة كامل وزملائها (Kamel, et al. 2018) التي أُجريت في مصر على طلاب كلية التمريض في جامعة دمنهور حيث كان مستوى تقييم المشاعر الخاصة مرتفعاً.

كما تتسجم نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة رمضان وآخرون (Ramadan, et al. 2020) التي أُجريت على عينة قوامها n=100 طالباً في التمريض في جامعة بنها خلال التدريب العملي على مقرر تمريض صحة المجتمع حيث حصل إدراك العاطفة على أعلى متوسط أيضاً (Ramadan, et al. 2020). كما وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ويجيكون (Wijekoon, et al. 2017) التي أُجريت في سيرلانكا؛ حيث كان مستوى الوعي الذاتي العاطفي مرتفعاً لدى الطلاب (Wijekoon, et al. 2017)

من ناحية أخرى فقد تعارضت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجرتها ذكي وآخرون (Zaki, et al. 2018) في مصر؛ والتي بيّنت أن مستوى الوعي الذاتي للعواطف حصل على أدنى متوسط بين المرضين (Zaki, et al. 2018). كما وتتعارض نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجراها بزرافكان وآخرون (2018) في إيران؛ والتي أظهرت أن مستوى الوعي العاطفي كان منخفضاً لدى الطلاب بشكل عام (Bazrafkan, et al. 2018)

كما بيّنت نتائج الدراسة الحالية إن متوسط إدارة الانفعالات لطلاب كلية التمريض كان متوسطاً $M=3.5317$ (الجدول رقم 1)، وقد تُعزى هذه النتيجة إلى أن إدارة الانفعالات هو القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية وتحولها لانفعالات ايجابية؛ حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن فقط 20.1% من أفراد العينة يستطيعون التحكم في تفكيرهم السلبي، و17.9% أيضاً من أفراد العينة يستطيعون التحول من المشاعر السلبية إلى الإيجابية بسهولة (الجدول رقم 2).

كما قد تُعزى هذه النتيجة إلى أن الضغوط ظاهرة شائعة بين طلاب التمريض؛ حيث حدّد الغامدي (2019) الضغوط الي تواجه طلاب كلية التمريض بأربعة مجالات وهي: العبء الأكاديمي، والمخاوف السريرية، والمشاكل الشخصية وأيضاً مخاوف المواجهة (Alghamdi, 2019). وعلى الرغم من إدراك المدرسون في التمريض أن طلابهم سيختبرون تجربة التعرض للضغوط كجزء من تعليمهم المهني، ومع ذلك قد لا يكون لديهم الإدراك الكافي بمدى شدتها وتأثيرها على حياة الطلاب الشخصية وأدائهم المهني والأكاديمي (Thomas & Natarajan, 2017). بالإضافة إلى أن المفهوم الأساسي للإدارة الذاتية العاطفية لم يتم التركيز عليها في مناهج التمريض، كما أن هناك ندرة في الأبحاث التي ركزت على مفهوم الإدارة العاطفية الذاتية للمرضين على الرغم من أنهم يتعرضون لضغوط مستمرة في بيئتهم السريرية (Cindy, 2018)؛ لذلك غالباً ما يستخدم الطلاب التمريض معارفهم الخاصة كاستراتيجية للتكيف وإدارة مشاعرهم أثناء تعرضهم لتلك الضغوط.

تتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجرتها ودواسكي (Wodwaski 2018) في أميركا والتي أظهرت أن مستوى إدارة العواطف لدى طلاب التمريض كان متوسطاً (Wodwaski, 2018). كما تتسجم نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة هولستون وتاييلور (Holston & Taylor 2016) التي أُجريت في أميركا أيضاً، وهدفت إلى وصف الذكاء العاطفي لدى (n = 32) طالباً من طلاب التمريض من جامعة ميدويست الأمريكية حيث كان مستوى إدارة الانفعالات متوسطاً أيضاً (Holston & Taylor, 2016). وتتفق نتيجة الدراسة الحالية أيضاً مع نتيجة دراسة عباسي وآخرون 2018 التي

أُجريت في إيران؛ حيث أظهرت نتائجها أيضاً أنّ مستوى ضبط النفس لدى أفراد عينة الدراسة كان متوسطاً (Abbasi et al. 2018).

كما تتعارض نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجراها جورباد وآخرون (Ghorpade, et al. 2019) في الهند، حيث أظهرت أنّ مستوى إدارة الانفعالات كان جيداً (Ghorpade, et al. 2019). ولا تتوافق أيضاً مع نتيجة دراسة ويجيكون (Wijekoon, et al. 2017) التي أجريت في سيرلانكا؛ حيث كان مستوى إدارة الانفعالات لدى طلاب الطب مرتفعاً (Wijekoon, et al. 2017). كما أنها لا تتسجم مع نتيجة دراسة ستريكلاند وآخرون (Strickland et al. 2019) في أميركا؛ حيث كان 32% في من طلاب التمريض لديهم مستوى متوسط من إدارة الانفعالات، بينما 61% منهم كان لديهم مستوى منخفض من إدارة الانفعالات (Strickland et al. 2019).

أيضاً بيّنت نتائج الدراسة أنّ يُظهر متوسط تنظيم الانفعالات لطلاب كلية التمريض كان متوسطاً $M=3.6356$ (الجدول رقم 1)، وقد تُفسّر هذه النتيجة بحسب النموذج المعرفي للتنظيم الانفعالي التي تؤكد على أنّ ذكريات الفرد وخبراته هي مخططات معرفية تؤثر على سلوك الفرد الانفعالي وتعمل على التنظيم الانفعالي وتقلّل من الآثار السلبية المحتمل حدوثها نتيجة تلك الأحداث (Philippot, et al. 2004)؛ حيث تُعتبر بيئة التعليم والتدريب السريري لطلاب التمريض بيئة ضاغطة ومرهقة، ويتعرّضون فيها للكثير من المواقف العاطفية الحادة والانفعالات المتكررة التي تؤثر على مستوى تنظيم تلك الانفعالات لديهم.

يوجد توافق بين هذه النتيجة ونتيجة الدراسة التي أجرتها كامل وآخرون (Kamel, et al. 2018) في مصر والتي بيّنت أنّ مستوى التنظيم الانفعالي لطلاب التمريض كان متوسطاً (Kamel, et al. 2018). كما يوجد توافق مع نتيجة دراسة صن وأوغ (Sun & Ock, 2014) التي بيّنت أنّ مستوى التنظيم الانفعالي لدى طلاب التمريض متوسطاً (Sun & Ock, 2014). كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتيجة دراسة عفانة (Afana, 2018) والتي بيّنت أنّ مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة قوامها $n=612$ طالباً وطالبة جامعياً في فلسطين كان متوسطاً (Afana M, 2018).

كما أظهرت نتائج الدراسة إنّ متوسط التعاطف لطلاب كلية التمريض كان مرتفعاً $M=3.9746$ (الجدول رقم 1)، وقد تُعزى النتيجة إلى أنّ الأشخاص ذوي الذكاء العاطفي لديهم مستوى مرتفع من التعاطف (Hajibabae et al. 2018)؛ وهذا ما أيّدته نتائج الدراسة الحالية؛ حيث كان متوسط الذكاء العاطفي لدى أفراد العينة مرتفعاً. كما وقد تُعزى هذه النتيجة أيضاً إلى أنّ الاستجابة العاطفية لمشاعر الآخر يُتيح الفهم الجيد للرسائل اللفظية وغير اللفظية الصادرة عنه؛ حيث يعتبر إدراك هذه الرسائل من أساسيات التعاطف (Hajibabae et al. 2018)؛ وهذا ما أيّدته نتيجة الدراسة الحالية وهو أنّ النسبة الأعلى من الطلاب كانوا حسّاسون للاحتياجات العاطفية للآخرين كثيراً ويجيدون فهمهم. كما قد تُفسّر نتيجة الدراسة الحالية بأنّ بيئة التدريب السريري تسمح للطلاب بالاستماع اليقظ والفعال لمخاوف المريض والتعرّف على مشاكل المرضى (القلق، والآلام، والمخاوف، والمشاعر السلبية، والضيق) وبالتالي مساعدتهم في إدارة هذه المشاكل (Kamel, et al. 2018).

تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة بوفيه وآخرون (Beuvai, et al. 2017) والتي هدفت إلى التحقق من العلاقة بين الذكاء العاطفي والتعاطف والرحمة المرتبطة بالعمل والاحتراف الوظيفي لدى عينة قوامها $n=92$ ممرضة/اً في أميركا؛ حيث كان مستوى التعاطف لدى أفراد العينة مرتفعاً (Beuvai, et al. 2017). كما وتتسجم نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة وليامز وآخرون (Williams, et al. 2014) التي أجريت في أستراليا بهدف التعرّف على مستويات التعاطف بين طلاب الجامعة من مختلف تخصصات الرعاية الصحية؛ حيث كان توزّع أفراد العينة كالتالي: 31.4/349% من طلاب النسائية، و 16.6/184% من طلاب الطوارئ، و 22.2/247% كانوا من طلاب التمريض؛ حيث بيّنت نتيجة

الدراسة أن هناك تباين في مستوى التعاطف لدى أفراد العينة، وبالمقابل أظهر طلاب التمريض مستوى مرتفع من التعاطف مقارنة ببقية أفراد العينة (Williams, et al. 2014).

من جهة أخرى لم تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة أوراك وآخرون Orak et al. التي أجريت في إيران على عينة قوامها n=69 طالباً في التمريض وبيّنت أنّ مستوى التعاطف لديهم كان متوسطاً (Orak et al. 2016). كما أنها لم تتسجم مع دراسة كامل وآخرون Kamel, et al. (2018) التي أجريت في مصر وبيّنت أنّ مستوى التعاطف لدى طلاب التمريض كان متوسطاً (Kamel, et al. 2018)

كما أظهرت نتائج الدراسة إنّ متوسط التواصل الاجتماعي لطلاب كلية التمريض كان متوسطاً $M=3.6089$ (الجدول رقم 1)، وتُعزى هذه النتيجة إلى أنّ الطلاب مشغولين بواجباتهم الدراسية وليس لديهم وقت فراغ للتركيز على العلاقات الاجتماعية (Bazrafkan, et al. 2018). بالإضافة إلى أنّ المهارات الاجتماعية تتأثر بالعوامل الثقافية والاجتماعية للطلاب، وبمستوى الخبرة في العمل حيث أنّ طلاب التمريض لا يمتلكون الخبرة الوظيفية الكافية في مجال العمل المهني (Khodadadi, et al. 2013)، (Sinha, et al. 2017). كما يتأثر مستوى التواصل الاجتماعي لدى الطلاب بمستوى المناهج التمريضية (Kamel, et al. 2018)، لذلك يجب أن تُركّز مناهج التمريض على تدريس مهارات التواصل الاجتماعي بطريقة النمذجة ولعب الأدوار من قبل المدرسين (Khodadadi, et al. 2013). كما قد تُعزى نتيجة الدراسة الحالية إلى مستوى الضغوط التي يعاني منها الطلاب والتي منها عبء المهام الأكاديمية، وضغط الأقران والحياة اليومية، ونقص المعرفة المهنية والمهارات، والبيئة، ورعاية المرضى، والمعلمين والموظفين (Shahin, M. 2020). كما وقد تُعزى أيضاً بأنّ التواصل الاجتماعي يحتاج إلى فهم الدور من عملية التواصل الاجتماعي وخاصة في بيئة التدريب السريري وفهم ما يحتاجه أيضاً طالبو الرعاية الصحية من خدمات جسدية ونفسية وروحية، وكذلك القدرة على تقديم تلك الخدمات وتحديد المشاكل في تقديمها؛ وهذا يتطلب فهم للبيئة والسياسات والأنظمة الصحية؛ وكذلك يحتاج إلى التنسيق بين بيئة التدريب السريري ضمن المشافي والمراكز الصحية وبيئة التعليم الجامعي. وقد تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى أنّ التواصل الاجتماعي قد يتأثر بمستوى تلقي الطلاب الدعم الاجتماعي من بيئة التعليم الجامعي والسريري، وبمستوى التكيف مع البيئة، وبالعمل الجماعي والمشاركة بالأنشطة الجماعية، وكذلك اندماج الطلاب ضمن فرق العمل فيما بينهم؛ وهذا ما يتطلب التركيز عليه بشكل مستمر ومتواصل من قبل الكلية.

تتسجم نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة هولستون وتايلور Holston & Taylor (2016) حيث كان مستوى التواصل الاجتماعي والعلاقات الشخصية لدى طلاب الجامعة متوسطاً لديهم (Holston & Taylor, 2016). كما وتتوافق مع نتيجة دراسة يركايرن وديميركيان (2018) والتي هدفت إلى دراسة تأثير تحسين مهارات الذكاء العاطفي من خلال التدريب على برنامج الذكاء العاطفي على مستويات الذكاء العاطفي وأنماط العلاقات الشخصية في جامعة عدنان مندريس في تركيا على عينة قوامها 72 طالباً في التمريض؛ والتي بيّنت أنّ مستوى التواصل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية كان متوسطاً لدى أفراد العينة قبل تطبيق البرنامج (Erkayiran & Demirkiran, 2018).

من ناحية أخرى فقد تعارضت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجرتها ذكي وآخرون Zaki, et al. (2018) في مصر؛ والتي أظهرت أنّ مستوى التواصل الاجتماعي لدى المرضين كان منخفضاً بنسبة 45.6% (Zaki, et al. 2018). كما أنها لم تتسجم أيضاً مع نتيجة عباسي وآخرون Abbasi et al. (2018) والتي بيّنت أنّ مستوى التواصل الاجتماعي حصل على أدنى مستوى بين أفراد العينة (Abbasi et al. 2018)

أخيراً أظهرت نتائج الدراسة أنّ النسبة الأعلى لأفراد العينة 76.5% سجلوا مستوى مرتفعاً على محور الذكاء العاطفي الكلي، بينما النسبة الأقل من أفراد العينة 23.5% سجلوا مستوى متوسطاً (الجدول رقم 7). وقد تُعزى نتيجة الدراسة الحالية إلى

الأسلوب المُتبع في التدريس فاعتماد أسلوب الحوار والنقاش بين طلاب التمريض وأعضاء هيئة التدريس من شأنه أن يُحسّن مهارات الذكاء العاطفي لديهم (اسكندر، 2020)، حيث أنّ جزءً من الذكاء العاطفي مكتسب ويتأثر بطرق التدريس وأنواع الاختبارات والتقييمات في الجامعات؛ وهذا ما يُؤثر على مستواه بين الطلاب (Abbasi et al. 2018).

كما قد تُعزى أيضاً إلى المعرفة التي يتلقاها طلاب التمريض في الكلية والتدريب العملي الذي يخضعون له؛ حيث يتطلب الأداء الأكاديمي منهم الاندماج في بيئة التدريب العملي كالمشافي والمراكز الصحية؛ وتقديم جزء من الرعاية التمريضية والتثقف الصحي للمرضى في المشافي، ولطالبي الرعاية الصحية في المراكز الصحية أو دور الرعاية الأخرى؛ وهذا ما يُضيف لخبرتهم في التعامل مع المواقف العاطفية الحادة والانفعالية المتكررة التي يتعرضون لها.

تتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة شاهين (2020) Shahin التي أجريت في السعودية بهدف تقييم العلاقة بين الذكاء العاطفي والضغط التي يتعرض لها الطلاب على عينة قوامها 274 من طلاب التمريض والطوارئ؛ والتي بيّنت نتائجها أنّ مستوى الذكاء العاطفي للطلاب تراوح بين المتوسط والمرتفع (Shahin, 2020).

كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة مؤيد وآخرون Moawed, et al. عام 2017 التي أجريت في السعودية بهدف مقارنة الذكاء العاطفي بين (n=200) طالباً في التمريض من جامعة الرياض في السعودية؛ و(n=200) طالباً في التمريض من جامعة طنطا في مصر، وأظهرت بأن أكثر من ثلثي العينة (80%) حصلوا على درجات عالية من الذكاء العاطفي. كما تتفق أيضاً مع نتيجة دراسة ويجيكون (2017) Wijekoon, et al. التي هدفت إلى وصف الذكاء العاطفي وتحديد تأثيره على الأداء الأكاديمي لدى n= 130 طالباً في الطب في سريلانكا؛ وأظهرت أنّ مستوى الذكاء العاطفي لدى الطلاب كان مرتفعاً (Wijekoon, et al. 2017).

من ناحية أخرى فقد تعارضت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة اسكندر (2020) التي أجريت في سورية؛ وأظهرت أنّ مستوى الذكاء العاطفي الكلي لأفراد العينة من طلاب التمريض كان متوسطاً، وقد تعزى نتائجها إلى عدم التجانس في مستوى أفراد العينة المكونة من 200 طالب/ة من طلاب التمريض في جامعة تشرين موزعين على السنوات الدراسية الأربعة (50 طالب من كل سنة دراسية) (اسكندر، 2020). أيضاً اختلفت نتيجة الدراسة الحالية عن نتيجة دراسة كامل وآخرون (2018) Kamel, et al. التي أجريت في مصر على طلاب كلية التمريض في جامعة دمنهور؛ والتي بيّنت أنّ 65.5% من أفراد العينة لديهم مستوى منخفض من الذكاء العاطفي، بينما كان 34.5% من أفراد العينة لديهم مستوى مرتفع من الذكاء العاطفي (Kamel, et al. 2018).

إنّ العواطف ضرورية لخلق بيئة رعاية وتعليم جيّدة لطلاب التمريض والحفاظ عليها؛ فقدرة طلاب التمريض على إدارة عواطفهم تجعلهم قادرين على التعامل مع المطالب العاطفية لبيئة التعليم الجامعي وبيئة الرعاية الصحية؛ والتي يمكن أن تكون مرهقة بالنسبة لهم. كما أنّ رفع مستوى الوعي الذاتي العاطفي لدى طلاب كلية التمريض يساهم في المحافظة على اهتمامهم وتقديرهم لمهنتهم؛ لذلك يُعتبر الذكاء العاطفي مهارة يجب أن تُضاف إلى مهارات الرعاية التمريضية الشاملة.

الاستنتاجات

يُستنتج من هذه الدراسة ما يأتي:

- تراوح مستوى الذكاء العاطفي لأفراد العينة بين المتوسط والمرتفع
- أكثر من ثلثي العينة 76.5% حصلوا على درجات عالية من الذكاء العاطفي
- حصل محور التعاطف على أعلى مستوى بنسبة 79.3%، بينما حصل محور إدارة الانفعالات على أدنى مستوى بنسبة 51.4%

محددات الدراسة:

تتطلب جمع البيانات وقتاً وجهداً من الباحثة، وذلك بسبب تواجد عينة الدراسة في أماكن التدريب العملي وبمواقع مختلفة، حيث تمّ جمع البيانات من مخابر الكلية، ومركزيين صحيين، بالإضافة إلى مستشفين، حيث كان من الصعوبة تواجد الطلاب في الكلية في وقت جمع البيانات.

التوصيات:

بناءً على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج تقترح الباحثة ما يلي:

- 1- إجراء دراسات طولية لدراسة العوامل التي تؤثر على مستوى الذكاء العاطفي؛ والعوامل التي تُحسن من مستواه لدى الطلاب ذوي المستوى المتوسط.
- 2- تنمية المهارات الانفعالية كتنظيم الانفعالات وإدارتها من خلال ورشات العمل أو المحاضرات أو التدريب.
- 3- تعزيز بيئة التواصل الاجتماعي للطلاب من خلال تقديم الدعم الاجتماعي، والتنسيق بين بيئة التدريب العملي وبيئة التدريس الجامعي، وكذلك استخدام وسائل تدريبية كالنمذجة ولعب الأدوار.
- 4- إجراء دراسات لمعرفة العوامل التي تؤثر على مستوى التواصل الاجتماعي لدى الطلاب.

المراجع:

- 1- اسكندر، مها. (2020). العلاقة بين الذكاء الانفعالي والتحصيل الدراسي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين. سلسلة العلوم الصحية (2663-4287 online ISSN: , 2079-309X Print ISSN:), المجلد (42) العدد (2) لعام 2020
- 2- Ali, N; Ali, O. 2016. Stress perception, lifestyle behaviors, and emotional Intelligence in undergraduate nursing students. Journal of Nursing Education and Practice. Vol. 6, No. 10.
- 3- Alghamdi, S., Aljabri, S., Jafari, G., Alzebali, R., Alkunaidiri, N., & Kalantan, N. 2019. Sources of stress among undergraduate nursing students. Global Journal of Health Science, 11(9), 116-122
- 4- Abbasi, S. Rakhshani, T. Rezaie, M. Ebrahimi, M. Taravatmanesh, S. 2018. A study of emotional intelligence and the effect of educational intervention in emergency medicine residents. Archives of Psychiatry and Psychotherapy; 1: 45-52
- 5- Afana, M. 2018. Emotional Regulation and its relation with Life Satisfaction among the Palestinian University Students in Gaza Governorate.
- 6- Bazrafkan L, Torki F, Rakhshani T. 2018. Comparison of Emotional Intelligence between Medical and Non-Medical Students. J Health Sci Surveillance Sys.;6(3):155-160
- 7- Beauvais, A., Andreychik, M., Henkel, L. 2017. The role of emotional intelligence and empathy in compassionate nursing care. Mindfulness & Compassion
- 8- Cindy, K. 2018. Emotional Self-Management Experiences of Practical Nursing Students" Walden Dissertations and Doctoral Studies. 5739. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/573>

- 9- Chernomas, W. Shapiro, C. 2013. Stress, Depression, and Anxiety among Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*; 10(1): 1–12
- 10- Dugu, M., Sirost, O., Dosseville, F. 2021. literature review of emotional intelligence and nursing education, *Nurse Education in Practice* 54
- 11- Erkayiran, O. Demirkiran, F. 2018. The Impact of Improving Emotional Intelligence Skills Training on Nursing Students ' Interpersonal Relationship Styles : A Quasi-experimental Study. *international Journal of Caring Sciences*. Volume 11 | Issue 3| Page1901
- 12- El dahshan, M. Elshall, S. El-Kholy, S. Dorgham, L. 2020. The Relationship among Emotional Intelligence, Stress and Coping Strategies for Nursing Students. *Journal of Educational Research and Reviews*. Vol. 8(4), pp. 45–56
- 13- Furnham, A. Trait Emotional intelligence and Happiness Social. *Behavior and Personality*, VOL. 31. N. 8, 2006, 815–824.
- 14- Ghorpade. M, Dasila. P, & Gopalkrishnan. S. 2019. Effect of Training Program on Emotional intelligence among Nursing Students in Selected Nursing Colleges of Maharashtra, , *The International Journal of Indian Psychology*. ISSN: 2349–3429 (p) Volume 7, Issue 2
- 15- Goleman, D. 1995. *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York, NY: Bantam.
- 16- Gnanaiah, R. 2019. *Emotional Intelligence in Binge Eating Disorder among the Obese Population*. PhD thesis, college of Counselling Psychology, University of Wolverhampton, p:78 –79.
- 17- Holston, E. Taylor, J. 2016. Emotional Intelligence in Nursing Students. *International Journal of Advances in Psychology (IJAP)* Volume 5, 2016
- 18- Honkavuo, L. 2019. Educating Nursing Students – Emotional Intelligence and the Didactics of Caring Science, *International Journal of Caring Sciences*, Volume 12 | Issue 1| Page1
- 19- Hajibabae, F.; Farahani, M.; Ameri, Z.; Salehi, T.; Hosseini, A. 2018. The relationship between empathy and emotional intelligence among Iranian nursing students. *International Journal of Medical Education*.;9:239–243
- 20- Ibrahim, H., Elgzar, W., Mohamed, R., Salem, C. 2016. Relationship Between Nursing Students' Emotional Intelligence and Their Clinical Performance During Obstetrics and Gynecologic Nursing Practical Training. *American Journal of Nursing Science*; 5(6): 240–250

- 21– Indriasari, R., Parwati, N., Yamin, N., Afdalia, N., Sabrina, M. 2020. Ethical Behavior of Accounting Undergraduate Students: Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence, and Locus of Control. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume 477
- 22– Khodadadi, E. Ebrahimi, H. Moghaddasian, S. Babapour, J. 2013. The Effect of Communication Skills Training on Quality of Care, Self-Efficacy, Job Satisfaction and Communication Skills Rate of Nurses in Hospitals of Tabriz, Iran. *Journal of Caring Sciences*, , 2(1), 27–37
- 23– Kamel, N. Gamal Al Dean, A. Lachine, O. El-Nabi Moussa. A. 2018. Effect of Emotional Intelligence Training Intervention on Nursing Students' Emotional Intelligence and Empathy Level. *ASNJ Vol.20 No.2*,
- 24– Mohamed, S. Mostafa, G. Kassem, A. 2016. Impact of emotional intelligence program on leadership competency of nursing leaders at Aga central hospital. *Mansoura. International journal of Nursing Didactics* 6: 12–18.
- 25– Matoskova, J. Dobes, K. Bilikova. J. 2015. Characteristics of a Successful University Student. *International Journal of Learning in Higher Education*
- 26– Moawed S, Gemeay EM, ELSayes HA. 2017. Emotional intelligence among nursing students: a comparative study. *Int J Novel Res Healthcare Nurs*; 4(1): 359e369.
- 27– Minster, A. L. (2020). Essential emotional–social intelligence skills for nursing. PhD thesis, college of education, Bryan College of Health Sciences, p: 62– 93
- 28– Nehrir B, Vanaki Z, Mokhtari Nouri J, Khademolhosseini SM, Ebadi A. 2016. Competency in nursing students: a systematic review. *Int J Travel Med Glob Health.*;4(1):3–11
- 29– Orak RJ, Farahani MA, Kelishami FG, Seyedfatemi N, Banihashemi S, Havaei F. 2016. Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse Education and Practice*; 20: 64–6
- 30– Otman, F; Rizk, M. 2001. Emotional Intelligence, its Concept and Measurement. *The Journal of Psychology Egypt*, Vol. 58, N 3, 32–51.'
- 31– Philippot, P., & Feldman, S. 2004. *The regulation of emotion*. Psychology Press
- 32– Ramadan, E., Abdel-Sattar, S., Abozeid, A., El Sayed, H. 2020. The Effect of Emotional Intelligence Program on Nursing Students' Clinical Performance during Community Health Nursing Practical Training. *American Journal of Nursing Research*, Vol. 8, No. 3, 361–371

- 33– Ruiz–Aranda D, Extremera N, Pineda–Galan C. 2014. Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: The mediating effect of perceived stress. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 21: 106–13
- 34– Salovey, P; Mayer, D. 1990. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality* 9, 185–211.
- 35– Sayed, S. Hussien, N. 2018. Relationship Between Emotional Intelligence and Health Behavior among Employees Working at Damanhour University/Egypt. *Journal of Health, Medicine and Nursing* ISSN 2422–8419 Vol.53, 2018
- 36– Shahin, M. 2020. Emotional intelligence and perceived stress among students in Saudi. health colleges: A cross–sectional correlational study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(6). 463–470
- 37– Sogolitappeh, F.; Hedayat, A.; Arjmand, M.; Khaledian , M. 2018. Investigate the Relationship between Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence with Resilience in Undergraduate (BA) Students. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*. SciPress Ltd., Switzerland
- 38– Singh, N., Kulkarni, S., Gupta, R., 2020. Is emotional intelligence related to objective parameters of academic performance in medical, dental and nursing students: a systematic review. *Educ. Health* 33 (1), 8–12
- 39– Sinha, B. Bachracharya, R. Pandey, S. Sobhita K.C, Koirala, S. Kushwaha, M. 2017 Emotional Intelligence among Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Scientific and Research Publications*, Volume 7, Issue 12, December. ISSN 2250–3153
- 40– Stelnicki, A. M., Nordstokke, D. W., & Saklofske, D. H. 2015. Who is the successful university student? An analysis of personal resources. *The Canadian Journal of Higher Education*, 45(2), 214 – 228. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1073616.pdf>
- 41– Strickland, H.P. Cheshire, M. H. Neal, L. Measured Emotional Intelligence in RN to BSN Education. *Teaching and Learning in Nursing* 14 (2019) 145–148
- 42– Thomas, D. Natarajan, J. 2017. Emotional Intelligence among Nursing students – An Integrated Review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR–JNHS e–ISSN: 2320–1959.p– ISSN: 2320–1940* Volume 6, Issue 1 Wijekoon, C. Amaratunge, H. Silva, Y. Senanayake, S. Jayawardane, P. Senarath, U. 2017. Emotional intelligence and academic performance of medical undergraduates: a cross–sectional study in a selected university in Sri Lanka Wijekoon et al. *BMC Medical Education* 17:176.

- 43– Wodwaski, N. 2018. The Influence of Caring and Emotional Intelligence among First-year Baccalaureate Nursing Students. *International Journal of Healing and Caring*, 18 (3), 1–12
- 44– Williams, B. Brown. T. McKenna, L. Boyle, M. Palermo, C. nestle, D. Brightwell, R. Mccall, L. Russo, V. 2014. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Advances in Medical Education and Practice*:5 107–113
- 45– Zaki, H., Abd-Elrhaman, E., Ghoneimy, A. 2018. The Effect of Emotional Intelligence Program on Decision Making Style. *American Journal of Nursing Research* 6(6):524–532

تقييم ممارسة الموظفين في جامعة تشرين للفحص الذاتي للثدي

د. ولاء هاشم اصبيره* د. سوزان زين زمزم** سناء عبد الحميد عجي***

(الإيداع: 28 نيسان 2022 ، القبول: 2 آب 2022)

الملخص:

تُعاني النساء حول العالم من سرطان الثدي، والذي يعد أكثر أنواع السرطان فتكاً بهنّ. يمكن إنقاص معدّل الوفيات عن طريق الفحص المنتظم والمستمر للثدي ولا سيما الفحص الذاتي للثدي. تقييم ممارسة الموظفين في جامعة تشرين للفحص الذاتي للثدي. أجريت دراسة وصفية كمية مستعرضة على عيّنة عشوائية مكوّنة من 114 سيدة من النساء الموظفات في جامعة تشرين وذلك في الفترة الواقعة ما بين 2021/11/1 وحتى 2021/11/5. جمعت البيانات باستخدام استبيانة مصمّم من قبل الباحثين. أظهرت نتائج الدراسة الحالية أنّ الغالبية العظمى من المشاركات أخطأن في جميع خطوات الفحص على قائمة التحقّق المُعدّة لهذا الغرض ولم يقمّن بها بالشكل الصحيح، وكان مستوى ممارسة الفحص الذاتي للثدي ضعيفاً لدى أكثر من ثلثي العينة (69.3%)، 19.3% من المشاركات حدّدن مستوى متوسط للممارسة، 11.4% فقط كانت ممارستهنّ للفحص جيّدة. أوّصت الدراسة بضرورة إجراء برامج تعليمية عن الفحص الذاتي للثدي لتحسين ممارسات النساء ورفع مستوى وعيهنّ حول هذا الإجراء المهم. إضافة إلى التشجيع على القيام بالمزيد من الأبحاث للكشف عن وجود أي ارتباط ما بين الخصائص الديموغرافية والعادات الصحية ومستوى المعرفة والاتجاهات والممارسة للفحص الذاتي للثدي.

الكلمات المفتاحية: الفحص الذاتي للثدي، الممارسة، الموظفات، جامعة تشرين.

*أستاذ مساعد في قسم إدارة التمريض، كلية التمريض، جامعة تشرين

**مدرّس في قسم تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض، جامعة تشرين

***طالبة دكتوراه في قسم تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض، جامعة تشرين

Assessment of Breast Self–Examination Practice among Female Employees in Tishreen University

Walaa Hashem Sbeira* Suzan Zeen Zamzam** Sanaa Abduhamid Aji***

(Received: 28 April 2022, Accepted: 2 August 2022)

Abstract

Women around the world are suffering from breast cancer which is considered the most common cancer affecting them. The mortality rate can be decreased with a contentious and regular screening of the breast especially by breast self–examination. Assessment of Breast Self–Examination Practice among Female Employees in Tishreen University. A descriptive quantitative cross–sectional study conducted on a cluster random sample of 114 female employees in Tishreen University from 1/11/2021 to 5/11/2021. Data collected by using questionnaire which is designed by the researchers. The majority of the participants made a mistake in all steps on the checklist that was prepared for this purpose, and they didn't do it the right way. More than tow third of the study sample had poor practice of breast self–examination (69.3%), 19.3% determined average level of practice, only 11.4% had good level of practice. This study recommended that breast self–examination educational programs are necessary to improve practice and awareness of women about this important procedure, إضافة إلى تشجيع المزيد من الأبحاث لتوضيح أي ارتباط بين الخصائص الديموغرافية، عادات الصحة، مستوى المعرفة، المواقف وممارسة فحص الثدي ذاتياً.

Key words: Self–Examination, Practice, Female Employees, Tishreen University.

*Assistant Prof. Nur. Administration Dept, Nur. Fac, Tishreen Univ.

**Teacher. Community Health Nur. Dept, Nur. Fac, Tishreen Univ.

***PhD Student. Community Health Nur. Dept, Nur. Fac, Tishreen Univ

سرطان الثدي هو ورم خبيث يصيب النساء بنسبٍ عالية على مستوى العالم، حيث سُخِصت إصابة (2.3) مليون امرأة بسرطان الثدي في العام (2020)، وسُجِلت (685000) حالة وفاة بسببه. وفي نهاية العام (2020)، كان هناك (7.8) مليون امرأة على قيد الحياة تم تشخيص إصابتهن بسرطان الثدي في السنوات الخمس الماضية، مما يجعله أكثر أنواع السرطان انتشاراً في العالم، وتخسر النساء الكثير من سنوات العمر نتيجة سرطان الثدي أكثر من أي نوع آخر من السرطان (إحصائيات منظمة الصحة العالمية، 2020). ويحدث سرطان الثدي في كل بلد من بلدان العالم بين النساء من كل الأعمار بعد سن البلوغ ولكن بمعدلات متزايدة في مراحل متأخرة من الحياة، ولم يطرأ تغيير يُذكر على معدّل الوفيات بسرطان الثدي منذ الثلاثينات حتى السبعينات، وبدأت معدّلات البقاء على قيد الحياة تشهد تحسناً في الثمانينات في البلدان التي تُتاح فيها برامج الكشف المبكر عن المرض بالاقتران مع أساليب العلاج الكيميائي والمناعي الحديثة (Desantis وزملاؤه، 2015). هناك فوارق كبيرة بين البلدان مرتفعة الدخل والبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث يتجاوز معدّل البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بسرطان الثدي 90% في البلدان المرتفعة الدخل، في حين لا تتعدّى نسبته 66% في الهند و40% في جنوب أفريقيا (Stoltenberg وزملاؤه، 2020). وتُسجّل أعلى معدّلات الوفيات من جزاء سرطان الثدي في أفريقيا. وتحدث نصف الوفيات الناجمة عن سرطان الثدي في أوساط النساء دون سن الخمسين في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (McCormack وزملاؤه، 2020).

يُحرز تقدّم كبير في مجال علاج سرطان الثدي منذ عام (1980)؛ إذ انخفض معدّل الوفيات بسرطان الثدي بنسبة (40%) بين الثمانينات و عام (2020) في البلدان مرتفعة الدخل. وما زال يُنتظر تحقيق تحسّن مماثل في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، وهذه الحوائل المحسنة هي نتيجة الجمع بين الكشف المبكر ثم العلاج الفعّال باستخدام مزيج من الجراحة والعلاج الإشعاعي والعلاجات الطبية (Wild وزملاؤه، 2020). وفي سوريا يتصدّر سرطان الثدي قائمة الأورام الخبيثة ويُشكل ثلث الإصابات التي تُصيب النساء إذ بلغت هذه النسبة 30.5% في العام 2007 من النساء و1% من الرجال (Smaan، 2011).

إنّ انتشار سرطان الثدي بشكل كبير يُهدّد حياة العديد من النساء ويؤثّر عليهنّ وعلى المجتمع سلباً (World Cancer Report، 2008). وإنّ استمرار النساء في عدم معرفة وتطبيق الفحص الذاتي للثدي يؤدي إلى تأخير الكشف المبكر والعلاج ويزيد من معدّل الوفيات والمرض الناجم عن الإصابة بسرطان الثدي، علماً بأنّ سرطان الثدي يتضاعف مرّة كل 2-9 أشهر وبالتالي فإنّ أسرع أنواعه يأخذ على الأقل خمس سنوات حتى يظهر سريريّاً (Yenfama، 2013). ومن الجدير بالذكر أنّ مرض السرطان من أكثر الأمراض تكلفة في العلاج، فالكشف وتشخيص المرض يحتاج إلى العديد من التحاليل المخبرية والفحص بالأشعة، والعلاج الجراحي يستلزم إجراء عمليات كبيرة ودقيقة، أمّا العلاج الكيميائي أو الإشعاعي فيحتاج إلى أدوية حديثة وتجهيزات خاصة باهظة التكاليف، وفي أغلب الأحيان يحتاج المريض إلى أكثر من طريقة علاجية للتحكّم بالمرض، كما يحتاج إلى جهد متواصل لعدّة سنوات من المتابعة الصحيّة والرعاية التأهيلية وأحياناً الأجهزة التعويضية (Ferlay وزملاؤه، 2013). حيث تصل هذه التكلفة في سوريا مثلاً إلى ما يقارب المليار ليرة سنوياً. وقد تبين أنّ الكشف المبكر يساهم في خفض التّفقات العلاجية وستكون التكلفة أقلّ بكثير في حال الكشف المبكر عن المرض (Smaan، 2011).

وحيث أنّ أكثر من 95% من أورام الثدي تُكتشف من قبل المرأة ذاتها، لذا فهناك أهمية كبيرة لتوجيه المرأة نحو ممارسة الفحص الذاتي للثدي وتعليمها الطريقة الصحيحة لهذه الممارسة (Safi، 2017). فالفحص الذاتي للثدي إجراء سهل وبسيط يستغرق عدّة دقائق فقط وتُطبّقه السيدة ذاتياً ضمن مرحلتين هما التأمّل والجسّ، حيث يساعد على معرفة الشكل والملمس الطبيعيين للثدي وتمييز وجود أي تغيّرات أو إفرازات غير طبيعية، ويُجرى في الأسبوع الأول الذي يتبع الدورة الشهرية عندما

لا يكون الثديان متورمين أو مؤلمين، ويجب تطبيقه من عمر 20 سنة وشهرياً حيث أثبتت الدراسات أن الوقت هو العامل الحيوبي في شفاء هذا المرض وأنَّ الكشف المبكر عن سرطان الثدي يُحسن حياة المريضة خمس سنوات (Smith وزملاؤه، 2003). كما أنَّ نسبة الشفاء ترتفع إلى حدٍّ كبير إذا تمَّ اكتشاف المرض في مراحله الأولى، وهذه النسبة العالية من الشفاء نتيجة تطبيق الفحص الذاتي للثدي مقارنة بالجهود التي تُبذل لاكتشاف أمراض أقلَّ خطورة يدفع ويشجع الكادر الصحي لاستغلال كافة الموارد لنشر المعرفة الصحيحة عن هذا الإجراء وأهميته في الكشف المبكر عن سرطان الثدي، وإيجاد الطرق التي تدفع النساء لاتباع هذا السلوك الصحي، وإزالة جميع معوقاته بما يضمن أن تكون جميع السيدات في المجتمع راغبات وقادرات على القيام بفحص الثدي ذاتياً (Yenfama، 2013).

أُجريت العديد من الدراسات في مختلف بلدان العالم لتحريّ ممارسة الفحص الذاتي للثدي بين النساء كالدراسة شبه التجريبية التي أجراها Ahmed و Shrief (2019) في مصر والتي هدفت إلى تقييم تأثير برنامج تعزيز الصحة على معلومات وممارسات الفحص الذاتي للثدي لدى عينة ملائمة بلغت 80 امرأة في المستشفيات الجامعية في قناة السويس وبني سويف. بينت النتائج أن 90% من العينة لم يكن لديهنَّ معلومات كافية حول الفحص الذاتي للثدي، والغالبية العظمى منهنَّ لم يمارسنه بحجة القلق والنسيان وعدم أهمية هذا الإجراء.

كذلك الحال في الدراسة شبه التجريبية التي أجراها Abera وزملاؤه (2015) في هاواسا والتي هدفت إلى تقييم فعالية برنامج تعليمي مخطط على معلومات وممارسة الفحص الذاتي للثدي لدى 61 طالبة قباله في كلية العلوم الصحية. بينت النتائج قبل التدخُّل أنَّ 23% من المشاركات كان لديهنَّ معلومات وممارسنَّ الفحص الذاتي للثدي، بينما 13.1% فقط أُجريت الفحص الذاتي للثدي بشكل منتظم شهرياً. تحسَّنت معلومات المشاركات وكفاءتهنَّ في إجراء الفحص الذاتي للثدي بعد تطبيق التدخُّل. وفي لبنان هدفت الدراسة الوصفية المقطعية التي أجراها Ayed وزملاؤه (2015) إلى تقييم مستوى ممارسات الفحص الذاتي للثدي لدى عينة عشوائية منتظمة مكونة من 97 طالبة في كلية العلوم الطبية المساعدة في الجامعة الأمريكية، أظهرت النتائج أنَّ 4.1% فقط منهنَّ مارسنَّ الفحص بشكل شهري.

أما في نيجيريا فقد هدفت الدراسة الوصفية التي أجراها Haruna وزملاؤه (2017) إلى تقييم معلومات وممارسات 109 طالبة تدرّس في جامعة مايدوجوري فيما يتعلَّق بالفحص الذاتي للثدي. أظهرت النتائج أنَّ معظم الطالبات لديهنَّ معلومات عن الفحص الذاتي للثدي ويمارسنه، كما أن هنالك علاقة مهمة بين المعلومات ومصادرها والعمر وممارسة الفحص الذاتي للثدي.

وفي الأردن قيَّمت الدراسة التجريبية التي أجراها Alsaraireh و (Darawad 2017) فعالية برنامج تدريبي عن الفحص الذاتي للثدي على ممارسات عينة عشوائية قوامها 110 من طالبات الكليات الطبية في جامعة الكرك، بيَّنت نتائجها أنَّ ممارساتهنَّ للفحص كانت ضعيفة قبل تطبيق البرنامج، وتحسَّنت هذه النتائج كثيراً بعد تطبيق البرنامج.

كما بيَّنت الدراسة المسحية التي أجراها Ziuo وزملاؤه (2018) في ليبيا لتقييم ممارسات النساء حول الفحص الذاتي للثدي على عينة طبقية مكونة من 2601 امرأة، أنَّ أقلَّ من ربع العينة عرفنَّ الوقت الصحيح لبدء ممارسة الفحص.

وفي اثيوبيا هدفت الدراسة الوصفية المقطعية التي أجراها Mekonnen و Asefa (2019) إلى تقييم ممارسات الفحص الذاتي للثدي على عينة عشوائية بسيطة قوامها 300 طالبة تدرّس من جامعة كوندرا، بيَّنت النتائج أنَّ الممارسات كانت ضعيفة (11.3%).

وفي الفيتنام هدفت الدراسة المقطعية التي أجراها Tuyen وزملاؤه (2019) إلى تقييم معلومات وممارسات الفحص الذاتي للثدي بين 1036 امرأة من عاملات النسيج. بيَّنت نتائجها أنَّ 15.2% لا غير أُجريت هذا الفحص شهرياً، و فقط 7.7%

منهنّ أجريته بشكل صحيح. كما أنّ انتشار المعلومات والممارسات غير الكافية كان مرتفعاً بين النساء الأقل تعليماً والمتزوجات من فلاح أو عامل مقارنة بباقي النساء.

كما بيّنت المراجعة الأدبية التي أجراها Gupta وزملاؤه (2019) أنّ ممارسة الفحص الذاتي للثدي لدى النساء الهنديات لا تكاد تذكر (0%) إلى متوسطة (34.9%)، متوسط المعرفة والممارسة للفحص الذاتي للثدي لدى الاختصاصيين الصحيين كان (77.1%) و(55.5%) على التوالي.

وفي البرازيل هدفت الدراسة الوصفية التي أجراها Watanabe وزملاؤه (2020) إلى تقييم ممارسة الفحص الذاتي للثدي على عيّنة عشوائية بلغت 202 مريضة من عيادة أمراض الثدي في كلية الطب بساوباولو، بيّنت النتائج أنّ 64.9% من أفراد العينة مارسنه لكنّ 20.3% فقط منهنّ مارسنه بشكل دقيق.

كما أنّ 5.8% فقط من النساء في الهند مارسن الفحص الذاتي للثدي في الدراسة العرضية المقطعية التي أجريت من قبل Jothula و Sreeharshika (2020) والتي حدّدت نقص المعرفة عن سرطان الثدي (100%) كعائق مهم لممارسته لدى النساء اللواتي عرفن عن الفحص الذاتي للثدي ولم يمارسنه.

أمّا في تركيا فقد بيّنت دراسة Arslan وزملاؤه (2021) أنّ 42.6% من المشاركات لم يجريّن الفحص الذاتي للثدي سابقاً، 47.5% لم يكنّ على علم به، و45% لم يعتبرنه إجراءً أساسياً.

وقد أجرى الباحث Ahmad وزملاؤه (2021) في الباكستان دراسة وصفية مقطعية هدفت إلى تقييم ممارسات (704) من طالبات الطب للفحص الذاتي للثدي. أظهرت النتائج أنّ 43.3% من الطالبات اعتقدن أنّ الفحص الذاتي للثدي يجب أن يُجرى مرة واحدة في الشهر، 84.2% أظهرن اهتماماً بممارسته، 64.2% أجريته مرّة واحدة في حياتهنّ.

كما أنّ معظم المشاركات في الدراسة المسحية التي أجراها Suhail (2021) في عرعر بالمملكة العربية السعودية على 100 طالبة من كلية الطب والعلوم الطبية التطبيقية في جامعة الحدود الشمالية لم يمارسن الفحص الذاتي للثدي وكان السبب الرئيسي لذلك هو الخوف من اكتشاف كتلة في الثدي وضيق الوقت.

وفي الدراسة المسحية المستعرضة التي أجراها Alam وزملاؤه (2021) في تانجال في بنغلادش على 1007 امرأة من كلية الشبخة حسنة للطب. بيّنت النتائج أنّ 14.7% من اللواتي عرفن معلومات عن الفحص الذاتي للثدي كنّ يمارسنه بشكل منتظم.

أمّا الدراسة التحليلية المقطعية التي أجراها Taher (2022) فقد هدفت إلى تقييم ممارسات عينة غير عشوائية من 657 امرأة من النساء العراقيات في بغداد للفحص الذاتي للثدي، بيّنت النتائج أنّ 5% فقط من المشاركات مارسن الفحص الذاتي للثدي بشكل منتظم شهرياً.

أهمية البحث:

بناءً على المعطيات السابقة، فإنّ إجراء هذا البحث يعدّ ضرورة ملحة تكمن أهميتها في تقييم ممارسات النساء لتقنية الفحص الذاتي للثدي من أجل تحديد احتياجاتهنّ وزيادة الوعي الصحي لديهنّ وتشجيعهنّ على هذه الممارسة إلى الحدّ الذي يمكن كل سيدة من اكتشاف وجود أي دليل على احتمالية الإصابة بالسرطان، حيث تتناول هذه الدراسة موضوعاً هاماً جداً عالمياً ومحلياً وهو الفحص الذاتي للثدي والذي يُمثّل محور اهتمام شريحة كبيرة من المجتمع في سوريا بشكل عام، وللطاقم الطبي والتمريضي بشكل خاص. كما أنّ الكشف المبكر عن سرطان الثدي يُسهّل وصول المرأة إلى مراكز التشخيص وبالتالي تخفيض معدّل الوفيات الناجمة عنه وتقليل تكاليف علاج المرضى والتي يقع جزء كبير منها على الدولة. إضافة إلى تعزيز الدور الاجتماعي الذي تلعبه المرأة داخل أسرتها وخارجها، وزيادة نتاجها على الصعيد المهني. كما أنه من الضروري تزويد قاعدة البيانات في سوريا بأبحاث جديدة في هذا المجال يمكنها من التوصل إلى تقنيات

جذرية للقضاء على المرض حيث أنها أبحاث نادرة في بلادنا، وهذه الدراسة تُسهم برفد الدراسات اللاحقة التي ستُجرى في سوريا حول موضوع الفحص الذاتي للثدي ودور التمريض في حث النساء على ممارسة تقنيات الفحص، كما أنها تعتبر إضافة علمية جديدة ومحور اهتمام الكثير من الباحثين. وعلى الرغم من انتشار حملات التوعية عن سرطان الثدي وتشجيع وسائل الإعلام المختلفة على ممارسة الفحص الذاتي للثدي إلا أن معظم النساء لا يمارسن هذا الفحص بشكل دوري لأسباب قد تُعزيبها المرأة لضيق الوقت أو الخوف أو النسيان وعدم معرفة الطريقة الصحيحة لإجرائه. لذا كان من الضروري تقييم ممارسات عينة من النساء حول الفحص الذاتي للثدي بهدف تمكينهن من الاكتشاف المبكر للمرض وتجنبيهن تبعات الإصابة به. وبالتالي يمكن توسيع شريحة النساء اللواتي يعرفن هذا الإجراء ويلتزم به حتى تشمل المجتمع بكامله للحد من انتشار المرض وتقليل تكاليف علاجه الباهظة. من هنا كان هدف هذه الدراسة تقييم ممارسة الموظفات في جامعة تشرين للفحص الذاتي للثدي.

2- هدف البحث:

تقييم ممارسة الموظفات في جامعة تشرين للفحص الذاتي للثدي.

سؤال البحث:

ما هو مستوى ممارسة الموظفات في جامعة تشرين لفحص الذاتي للثدي؟

فرضية البحث:

تعاني الموظفات في جامعة تشرين من ارتفاع في مستوى ممارسة الفحص الذاتي للثدي.

3- طرائق البحث ومواده:

تصميم البحث:

دراسة وصفية كمية مستعرضة.

مكان البحث:

طبقت هذه الدراسة في كليات جامعة تشرين في اللاذقية بقطاعاتها الخمسة وهي: العلوم الطبية، العلوم الهندسية، العلوم الإنسانية، العلوم الأساسية، والعلوم الاقتصادية.

مجتمع الدراسة:

تضمن مجتمع الدراسة جميع الموظفات الإداريات العاملات في مكان الدراسة

عينة البحث:

أُجريت الدراسة على عينة عشوائية قوامها 114 سيدة من الموظفات الإداريات العاملات في الكليات التابعة لجامعة تشرين في اللاذقية موزعة على قطاعاتها الخمسة، حيث تم أخذ 25% من مجمل الموظفات الإداريات المتواجدات أثناء فترة جمع البيانات والموافقات على إجراء الدراسة بطريقة عشوائية.

أدوات البحث:

تم جمع بيانات الدراسة الحالية باستخدام أداة قام الباحثون بتطويرها استناداً إلى مراجعة الأدبيات ذات الصلة، وتتضمن: أ. الجزء الأول: استمارة جمع البيانات الديموغرافية وتتضمن أسئلة تتعلق بالمر، مكان الإقامة، مستوى الدخل، المستوى التعليمي والوضع الاجتماعي.

ب. الجزء الثاني: استمارة ممارسة الفحص الذاتي للثدي وتتضمن خمسة بنود حول ممارسة الفحص، دورية الممارسة، العمر الذي بدأت فيه الممارسة، الوقت الذي تمت فيه الممارسة، الوضعية المستخدمة في الممارسة، الطريقة المتبعة في الممارسة، وآخر مرة تمت فيها الممارسة.

ت. الجزء الثالث: قائمة تحقُّق (Checklist) لممارسة الفحص الذاتي للثدي بالخطوات وتتضمن 22 بنداً يتم فيها تحري إجراء المشاركات للفحص بطريقة صحيحة أو غير صحيحة من قبل الباحثين. ويتم الحكم على ممارسات المشاركات كالاتي:

تحصل المشاركة على نقطة واحدة عن كل خطوة تقوم بها بطريقة صحيحة وتنال 0 نقطة عندما تقوم بها بطريقة غير صحيحة. تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 0 و 22 نقطة (0 هي أدنى درجة ممكن أن تحصل عليها المشاركة، و 22 هي أعلى نقطة ممكن أن تحصل عليها). ويتم الحكم على مستوى الممارسة كالاتي:

- مجموع النقاط من 0 إلى 7 نقاط: مستوى ممارسة ضعيف.
- مجموع النقاط من 8 إلى 14 نقطة: مستوى ممارسة متوسط.
- مجموع النقاط من 15 إلى 22 نقطة: مستوى ممارسة جيد.

طريقة البحث:

- تم الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة بشكل رسمي من إدارة كلية التمريض ورئاسة جامعة تشرين
- تم اختيار الكليات المشاركة في الدراسة من كل قطاع بطريقة القرعة.
- تم تحديد مجتمع الدراسة من الوظائف الإدارية العاملات في مكان الدراسة، ثم اختيار عينة عنقودية عشوائية وحجمها يشكل 25% من مجتمع الدراسة ثم تقسيمها على الكليات المشاركة في الدراسة.
- تم تطوير أدوات الدراسة من قبل الباحثين بعد الاطلاع على الأدبيات السابقة المتعلقة بموضوع البحث ثم عرضها على لجنة من أربعة خبراء في كلية التمريض للتأكد من صلاحية الأدوات من حيث المحتوى ووضوح البنود قبل استخدامها (صدق المحتوى). ثم تم أخذ ملاحظات اللجنة وعدلت الاستمارة والاستبيان بناءً على ملاحظات اللجنة ومقترحاتها.
- تم إجراء دراسة استطلاعية على الأداة على ما يعادل (10%) من حجم عينة الدراسة (تم اختيارها من مجتمع الدراسة غير المتضمن في العينة وبطريقة عشوائية) للتأكد من وضوح الأداة وتلافي المشاكل التي يمكن حدوثها أثناء جمع البيانات ثم أجريت التعديلات المناسبة واستبعدت هذه النسبة من نتائج الدراسة.
- تم قياس ثبات الأداة عن طريق إجراء الاختبار على 15 سيدة ثم إعادة إجرائه بعد عشرة أيام. وكان معامل الاختبار ألفا كرونباخ (0.953) مما يدل على ثبات جيد للأداة.
- تم اختيار العينة المتاحة من السيدات في كل كلية بعد الحصول على موافقتهن، وتم جمع البيانات عن طريق ملء استبيان الممارسة بوجود الباحثين وتقييم ممارسة الفحص على قائمة التحقق على شكل مجموعات، كل مجموعة في يوم محدد وفي الكلية التابعة لها، على مدى خمسة أيام في الفترة الواقعة ما بين 2021/11/1 وحتى 2021/11/5.
- تم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (25). واستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية: التكرار (N)، والنسبة المئوية (%).

4- النتائج والمناقشة:

النتائج:

الجدول رقم (1): التوزيع التكراري للمشاركات تبعاً للخصائص الديموغرافية

| النسبة المئوية % | التكرار N | الخصائص الديموغرافية |
|------------------|-----------|-------------------------|
| | | العمر |
| 5.3 | 6 | أقل من 25 سنة |
| 44.7 | 51 | من 25 إلى 34 سنة |
| 25.4 | 29 | أكثر من 34 إلى 44 سنة |
| 22.8 | 26 | أكثر من 44 سنة |
| | | مكان الإقامة |
| | | ريف |
| 49.1 | 56 | ريف |
| | | مدينة |
| 50.9 | 58 | مدينة |
| | | مستوى الدخل |
| | | منخفض |
| 28.9 | 33 | منخفض |
| | | متوسط |
| 57.9 | 66 | متوسط |
| | | جيد |
| 13.2 | 15 | جيد |
| | | المستوى التعليمي |
| | | اعدادي |
| 14.0 | 16 | اعدادي |
| | | ثانوي |
| 28.9 | 33 | ثانوي |
| | | معهد |
| 13.2 | 15 | معهد |
| | | جامعي |
| 43.0 | 49 | جامعي |
| | | دراسات عليا |
| 0.9 | 1 | دراسات عليا |
| | | الوضع الاجتماعي |
| | | عازبة |
| 30.7 | 35 | عازبة |
| | | متزوجة |
| 57.9 | 66 | متزوجة |
| | | مطلقة |
| 4.4 | 5 | مطلقة |
| | | أرملة |
| 7.0 | 8 | أرملة |

يبين الجدول رقم (1) الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة البحث حيث تراوحت معظم أعمار المشاركين بين 25 إلى 34 سنة (44.7%). وكانت العينة منقسمة مناصفة تقريباً بين سكان المدينة (50.9%) وسكان الريف (49.1%). كما كان (57.9%) من المشاركين متزوجات، (57.9%) من ذوي الدخل المتوسط، و(43%) يحملن الشهادة الجامعية.

الجدول رقم (2): التوزع التكراري لإجابات المشاركات على مقياس ممارسة الفحص الذاتي للثدي

| الإجابة | | | | | | | | | | العبرة | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|-----------------|---------------|------------------|------|----------------|----|--|---|--|--|---|--|------|----|-----|--|------|--|--|
| لا | | | | | نعم | | | | | هل مارست الفحص الذاتي للثدي في وقت ما | | | | | | | | | | |
| % | | N | | | % | | N | | | | | | | | | | | | | |
| 64.9 | | 74 | | | 35.1 | | 40 | | | | | | | | | | | | | |
| لا أتذكر | | بشكل سنوي | | بشكل فصلي | | بشكل شهري | | بشكل يومي | | دورية ممارسة الفحص الذاتي للثدي من قبل المشاركات | | | | | | | | | | |
| % | | % | | % | | % | | % | | | | | | | | | | | | |
| N | | N | | N | | N | | N | | | | | | | | | | | | |
| 30.0 | | 12 | | 20.0 | | 8 | | 7.5 | | 3 | | 40.0 | | 16 | | 2.5 | | 1 | | |
| أقل من 20 سنة | | | أقل من 30 سنة | | | أقل من 40 سنة | | | 40 سنة فما فوق | | | في أي عمر بدأت بممارسة الفحص الذاتي للثدي | | | | | | | | |
| % | | | % | | | % | | | % | | | | | | | | | | | |
| N | | | N | | | N | | | N | | | | | | | | | | | |
| 2.5 | | | 15 | | | 37.5 | | | 16 | | | 40.0 | | | 8 | | | 20.0 | | |
| التأمل | | | الجبس | | | الطريقتين معاً | | | أية طريقة استخدمت عند ممارسة الفحص الذاتي للثدي | | | | | | | | | | | |
| % | | | % | | | % | | | | | | | | | | | | | | |
| N | | | N | | | N | | | | | | | | | | | | | | |
| 30.0 | | | 13 | | | 32.5 | | | 15 | | | 37.5 | | | 12 | | | | | |
| الوقوف | | | الاستلقاء | | | الوضعتين معاً | | | أية وضعية استخدمت عند ممارسة الفحص الذاتي للثدي | | | | | | | | | | | |
| % | | | % | | | % | | | | | | | | | | | | | | |
| N | | | N | | | N | | | | | | | | | | | | | | |
| 30.0 | | | 13 | | | 32.5 | | | 15 | | | 37.5 | | | 12 | | | | | |
| في الشهر الحالي | | في الشهر الماضي | | في السنة الماضية | | أخرى | | متى كانت آخر مرة مارست فيها الفحص الذاتي للثدي | | | | | | | | | | | | |
| % | | % | | % | | % | | | | | | | | | | | | | | |
| N | | N | | N | | N | | | | | | | | | | | | | | |
| 25.0 | | 10 | | 25.0 | | 13 | | 7 | | 17.5 | | 10 | | 25.0 | | | | | | |

يبين الجدول رقم (2) ممارسة المشاركات للفحص الذاتي للثدي. حيث أن حوالي 35% فقط من المشاركات قد مارسن الفحص الذاتي للثدي في وقت ما من حياتهن، 40% من اللواتي مارسنه أجرينه بشكل شهري، و37.5% مارسنه باستخدام طريقتي التأمل والجبس وفي وضعيتي الوقوف والاستلقاء، 25% منهن أجرينه في الشهر الحالي، 25% أجرينه في الشهر الماضي، 32.5% مارسنه في السنة الماضية، و17.5% أجرينه في أوقات أخرى.

الجدول رقم (3): التوزيع التكراري لإجابات المشاركات على قائمة التحقق من ممارسة الفحص الذاتي للثدي

| م | العبارة | بطريقة صحيحة | | بطريقة غير صحيحة | |
|----|--|--------------|----|------------------|-----|
| | | % | N | % | N |
| 1 | الوقوف أمام المرآة والنظر إلى الثديين في المرآة والذراعين على الخصر | 13.2 | 15 | 86.8 | 99 |
| 2 | تأمل الثديين وملاحظة أي اختلاف في الشكل، الحجم، تجعد الجلد أو غؤور الحلمة | 25.4 | 29 | 74.6 | 85 |
| 3 | رفع الذراعين فوق الرأس | 14.9 | 17 | 85.1 | 97 |
| 4 | تأمل الثديين وملاحظة أي اختلاف في الشكل، الحجم، تجعد الجلد أو غؤور الحلمة | 15.8 | 18 | 84.2 | 96 |
| 5 | البحث عن أي علامات لتدفق المفرزات من الحلمتين | 7.9 | 9 | 92.1 | 105 |
| 6 | وضعية الاستلقاء على الظهر ووضع وسادة أو منشفة تحت كتف الثدي المراد فحصه | 7.9 | 9 | 92.1 | 105 |
| 7 | استخدام اليد اليمنى لفحص الثدي الأيسر، واليد اليسرى لفحص الثدي الأيمن | 12.3 | 14 | 87.7 | 100 |
| 8 | فحص ثدي واحد في كل مرة | 9.6 | 11 | 90.4 | 103 |
| 9 | استخدام باطن الأصابع الثلاثة الوسطى وهي مسطحة مع بعضها | 8.8 | 10 | 91.2 | 104 |
| 10 | استخدام النمط الدائري (الضغط مع تدوير الأصابع أثناء الجس) | 12.3 | 14 | 87.7 | 100 |
| 11 | جس الثدي بشكل خط شاقولي من الأعلى إلى الأسفل | 5.3 | 6 | 94.7 | 108 |
| 12 | جس الحواف | 7.0 | 8 | 93.0 | 106 |
| 13 | الضغط بشكل خفيف على حلمة الثدي (باستخدام السبابة والإبهام) لتحري خروج مفرزات | 5.3 | 6 | 94.7 | 108 |
| 14 | الانتقال لوضعية الوقوف | 7.0 | 8 | 93.0 | 106 |
| 15 | رفع الذراع الأيسر فوق الرأس لجس الثدي الأيسر | 7.0 | 8 | 93.0 | 106 |
| 16 | استخدام باطن الأصابع الثلاثة الوسطى لليد اليمنى وهي مسطحة مع بعضها | 8.8 | 10 | 91.2 | 104 |
| 17 | استخدام النمط الدائري (الضغط مع تدوير الأصابع أثناء الجس) | 7.9 | 9 | 92.1 | 105 |
| 18 | جس الثدي الأيسر بشكل شاقولي | 3.5 | 4 | 96.5 | 110 |
| 19 | جس حواف الثدي الأيسر | 4.4 | 5 | 95.6 | 109 |
| 20 | الضغط بشكل خفيف على حلمة الثدي (باستخدام السبابة والإبهام) لتحري خروج مفرزات | 5.3 | 6 | 94.7 | 108 |
| 21 | فحص المنطقة تحت الذراع الأيسر لتحري وجود عقد أو كتل | 7.9 | 9 | 92.1 | 105 |
| 22 | إعادة الإجراءات (15-21) للثدي الأيمن | 5.3 | 6 | 94.7 | 108 |

يبين الجدول رقم (3) أن الغالبية العظمى من المشاركات أخطأن في جميع الإجراءات ولم يقمن بها بالشكل الصحيح حيث أن حوالي 25% فقط من المشاركات قمن بخطوة التأمل للثديين في وضعية الوقوف، 15.8% لا غير تأملن الثدي بعد رفع الذراعين فوق الرأس، 12.3% فقط استخدمن اليد اليسرى لفحص الثدي الأيمن واليد اليمنى لفحص الثدي الأيسر في النمط الدائري، بينما 5.3% فقط قمن بجس الثدي بشكل شاقولي والضغط على الحلمة بشكل خفيف لتحري خروج مفرزات، و4.4% قمن بجس الحواف للثدي الآخر.

الجدول رقم (4): التوزيع التكراري للمشاركات تبعاً لمستوى ممارستهن للفحص الذاتي للثدي

| مستوى ممارسة الفحص الذاتي للثدي | | | | | |
|---------------------------------|----|-------------------|----|-----------------|----|
| جيد (15-22) نقطة | | متوسط (8-14) نقطة | | ضعيف (0-7) نقاط | |
| % | N | % | N | % | N |
| 11.4 | 13 | 19.3 | 22 | 69.3 | 79 |

يبين الجدول رقم (4) أنّ مستوى ممارسة المشاركات للفحص الذاتي للثدي كان ضعيفاً لدى أكثر من ثلثي العينة (69.3%)، 19.3% من المشاركات حدّدن مستوى متوسط للممارسة، بينما 11.4% فقط كانت ممارستهنّ للفحص جيّدة.

المناقشة

إنّ ممارسة الفحص الذاتي للثدي تعطي المرأة القدرة على إدراك ثدييها، كما تمنحها فرصة الكشف المبكر عن أيّ تغيير يحدث لهما وبالتالي يمكنها بلوغ مراكز الرعاية في الوقت المناسب مما يؤثر في احتمالية تشخيص سرطان الثدي واتخاذ قرار المعالجة الصحيح (Sani وزملاؤه، 2018). كما أنّ ممارسة المرأة للفحص الذاتي للثدي تعكس التطبيق العملي لمعلوماتها عنه، لذا فهي تحتاج إلى معرفة الطريقة الصحيحة لممارسته، التوقيت والعمر المناسب لإجرائه، ودورته هذا الإجراء (Taher، 2022). ولما كانت العديد من الدراسات تبيّن وجود ضعف في ممارسة الفحص الذاتي للثدي بين النساء في العديد من دول العالم، لذا فقد أوصت جمعية السرطان الأمريكية بإجراء الفحص الذاتي للثدي شهرياً وبشكل منتظم للنساء اللواتي يبلغن 20 عاماً فأكثر، هذه الطريقة السهلة وغير المكلفة والتي لا تتطلّب وقتاً أو جهداً كبيرين، وهي متاحة لجميع النساء في مختلف الأعمار وفي ظروف مريحة تختارها السيدة بما يتناسب مع طبيعتها ومشكلاتها والعوامل المؤهبة الموجودة لديها أو الأعراض التي تعاني منها (Didarloo وزملاؤه، 2014). وللحصول على أفضل فحص ذاتي للثدي من حيث الجودة والاستمرارية، فإنّ من الضروري تقييم ممارسات النساء للفحص الذاتي للثدي من أجل تحديد احتياجاتهنّ التعليمية والتدريبية التي تساهم في رفع مستوى هذه الممارسة حتى تصبح كل سيدة قادرة على اكتشاف المرض بنفسها (Gorman، 2000). لذا فقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ممارسات النساء الموظفات في جامعة تشرين للفحص الذاتي للثدي.

وضّحت نتائج الدراسة الحالية أنّ الغالبية العظمى من المشاركات لم يمارسنّ الفحص الذاتي للثدي مسبقاً، ونسبة قليلة جداً مارسنه في وقت ما من حياتهنّ قبل بلوغ سن الثلاثين عاماً بشكل شهري بعد الدورة الشهرية، وكانت النساء اللواتي يمارسنه يقتصرنّ معظمهنّ على وضعيّة واحدة وطريقة واحدة في الممارسة. كما تبيّن وجود مستوى ضعيف من الممارسة الصحيحة للفحص الذاتي للثدي لدى الغالبية العظمى من المشاركات (وهذا يؤكّد صحّة فرضية الدراسة)، حيث أنّ معظمهنّ أخطأن في جميع الإجراءات ولم يقمنّ بها بالشكل الصحيح. ويُعزى ذلك لعدم تلقّيهنّ أيّ تدريبٍ مُسبقٍ بخصوص هذا الفحص، ووجود عوائق متعدّدة تمنعهنّ من هذه الممارسة كالخوف من اكتشاف المرض، التاريخ العائلي للمرض، والتّسبان، وضيق الوقت، والشّدّة النفسية، وعدم معرفة طريقة الفحص. توافقت نتائج هذه الدراسة مع العديد من نتائج الدراسات الأخرى التي أجريت في مصر كدراسة Ahmed و Shrief (2019) حيث أعزت سبب عدم ممارسة الفحص لنقص المعلومات الكبير لدى المشاركات، كما اعتبرت أنّ القلق والتسبان وعدم أهمية هذا الإجراء كان عائقاً لممارستهنّ للفحص. كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات التي أجريت في الأردن كدراسة Alsaraireh و Darawad (2017) التي أعزت نتائجها لتدني مستوى التعليم والمستوى المعرفي عن المرض. كذلك تماشت هذه النتيجة مع دراسة Abera وزملاؤه (2015) في هاوايا حيث كان ضعف الممارسة يعزى لوجود تاريخ عائلي للمرض. وكذلك الحال في كل من لبنان، اثيوبيا، تركيا، الفيتنام، البرازيل، وبنغلادش حيث لم تمارس معظم السيدات الفحص مسبقاً ولم يكن معظمهنّ على علم بالتوقيت والعمر المناسب للإجراء.

كما بينت نتائج الدراسة التي أجراها الباحث (Taher، 2022) في العراق توافقاً مع هذه النتيجة حيث أنّ النساء اللواتي مارسنّ الفحص الذاتي للثدي كان لديهنّ مستوى معلومات أعلى من اللواتي لم يمارسنه. أما في السعودية فقد كانت الممارسات أيضاً ضعيفة في دراسة (Suhail، 2021) بسبب نقص المعلومات وعدم معرفة الطريقة الصحيحة لهذا الإجراء وكان الخوف من اكتشاف كتلة في الثدي وضيق الوقت هي أهمّ العوائق التي منعت النساء من ممارسة الفحص. كما أنّ دراسات كثيرة

أجريت في الهند كدراسة (Gupta وزملاؤه، 2019) بينت وجود مستوى متدني من الممارسة للفحص الذاتي للثدي وفي بعضها كانت الممارسة معدومة لأسباب كثيرة تجمع بين الخوف والشدة النفسية وضيق الوقت وعدم معرفة الطريقة الصحيحة لإجراء الفحص بسبب عدم تلقّي أي تدريب بخصوص هذه الممارسة، وكانت معظم المشاركات تخطئ في غالبية الخطوات المتبعة في الفحص وتستخدم طريقة واحدة ووضعية واحدة في الغالب في دراسة (Jothula وزملاؤه، 2020).

وتظلّ تلك الممارسة أقل بكثير مما تسجّله الدراسات المؤثقة في بلدان العالم المتطوّر، والتي تشير إلى وجود ارتباط وثيق بين ممارسة الفحص الذاتي للثدي وبين المستوى الرفيع للتعليم الطّبي والخدمات الصحيّة التي يتمتّع بها المواطنون في تلك الدول (Paul و Hackshaw، 2003). كما تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع ما جاء في دراسة Ahmad وزملاؤه (2021) في الباكستان حيث كانت ممارسات المشاركات للفحص جيدة بشكل واضح في نتائجها. وفي نيجيريا كان لدى معظم المشاركات في دراسة Haruna وزملاؤه (2017) معلومات جيدة عن الفحص الذاتي للثدي ويمارسنه.

5- الاستنتاجات:

يستنتج من هذه الدراسة أن أكثر من ثلثي العينة كانت ممارساتهنّ للفحص الذاتي للثدي ضعيفة، أقل من ربع العينة حدّدن مستوى متوسط للممارسة، بينما أقل من ذلك بكثير مارسن الفحص بصورة جيدة.

6- محددات الدراسة:

- أجريّ البحثُ في فترةٍ تقشّي مرض كورونا (COVID-19) في سوريا مما اضطرّ لتأجيل بعض الجلسات إلى موعدٍ آخر بسبب إجراءات الحظر والوقاية مما سبّب بعض التأخير في جمع البيانات.

- احتاجت الدراسة إلى وقتٍ أطولٍ من المُتوقَّع لتطبيقها بسبب الاضطرار إلى تقليل عدد المشاركات في كلّ جلسة وتحقيق التّباعد المكانيّ خلال جائحة كورونا.

- تمّ اكتشاف كتلةٍ في الثدي لدى أربع مشاركاتٍ أثناء تطبيق الدراسة مما أثار الخوف بين باقي المشاركات وأدى ذلك إلى انسحاب اثنتينٍ منهنّ، لكنّ ذلك لم يؤثّر على نتائج الدراسة كون المشاركات كُنّ قد أنهينّ الجلسات المحدّدة لهنّ.

7- التوصيات:

من خلال نتائج هذه الدراسة يمكن اقتراح التوصيات التالية:

1- هذه الدراسة تفرض الحاجة الملحة لإجراء البرامج التعليمية والتي يُقصد بها لفت انتباه النساء نحو طرق الكشف المبكر لسرطان الثدي وخاصة الفحص الذاتي للثدي بدءاً من عينة هذه الدراسة.

2- إقامة دورات تدريبية وتعريفية حول أهمية إجراء الفحص الذاتي للثدي بصورة منتظمة هي حاجة ملحة وخاصة لدى الفتيات الصغيرات ودمجها في البرامج المدرسية عن طريق الصحة المدرسية.

3- نحتاج إلى المزيد من التركيز على وحدات الوقاية الأولية والكشف المبكر للوقاية من سرطان الثدي، وجعل برنامج الفحص الذاتي للثدي متبني كعنصر أساسي من خدمات الرعاية الصحية المقدمة للنساء في سوريا.

4- تفعيل دور وسائل الاعلام المختلفة لتحفيز السيدات على ممارسة الفحص الذاتي للثدي وتحسين اتجاهاتهنّ وذلك من خلال تقديم البرامج المرتبطة بالفحص الذاتي للثدي.

5- إجراء المزيد من الأبحاث على النساء من مختلف شرائح المجتمع لتحري العوامل المعيقة التي تمنعهنّ من ممارسة الفحص الذاتي للثدي وإيجاد الحلول لتلك المشاكل.

6- التشجيع على القيام بالمزيد من الأبحاث للكشف عن وجود أي ارتباط ما بين الخصائص الديموغرافية والعادات الصحية ومستوى المعرفة والاتجاهات والممارسة للفحص الذاتي للثدي.

8- المراجع:

- Abera, H., Mengistu, D., and Bedaso, A., (2015). Effectiveness of planned teaching intervention on knowledge and practice of breast self-examination among first year midwifery students. J. PLOS ONE.
- Ahmad, kh., Sarwar, K., Mohyidin, M., Bashir, A., and Khananm, A., (2021). Awareness of Knowledge, Attitude and Practice about Breast Self-Examination among Female Medical Students. P J M H S, 15(2):231-234.
- Ahmed, sh., and shrief, sh., (2019). The Effect of Health Promotion Program on Female Breast-Self Examination Knowledge and Practice. Egyptian Nursing Journal, 16(1):25-35.
- Alam, N., Islam, sh., Ullah, H., Molla, T., Shifat, S., Akter, S., Aktar, S., Khatun, M., Ali, R., ChandraSen, T., Chowdhury, K., Pervin, R., and Mohiuddin, A., (2021) Evaluation of knowledge, awareness and Attitudes towards breast cancer risk factors and Early Detection among Females in Bangladesh: A Hospital Based Cross-Sectional Study. PLoSONE, 16(9):1-13.
- Alsaraireh, A., and Darawad, M., (2017). Impact of a Breast Cancer Educational Program on Female University Students' Knowledge, Attitudes, and Practices. Journal of Cancer Education, 34:315-322.
- Arsalan, E., Kacan, C., Aydogan, O., Yaldr, Z., Ozdemir, G., Duru, P., and Orsal, O., (2021). Effects of education on women's knowledge about breast self-examination and breast cancer. 9th European Public Health Conference: Poster Walks 349.
- Ayed, A., Eqtaït, F., Harazneh, L., Fashafsheh, I., Nazzal, S., Talahmeh, B., Hajar, D., and Awawdeh, R., (2015). Breast Self-Examination in Terms of Knowledge, Attitude, and Practice among Nursing Students of Arab American University/ Jenin. Journal of Education and Practice, 6(4):37-47.
- Desantis, C.E., Bray, F., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., Anderson, B.O., Jemal, A., (2015). International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 24(10):1495-506.
- Didarloo, A., Pourali, R., Gharaaghaji, R., and Rahimi, B., (2014). Comparing The Effect of Three Health Education Methods on The Knowledge of Health Volunteers Regarding Breast Self-Examination. Journal of Nursing and Midwifery, 12(2):109-116.

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., and Mathers, C., (2013). Cancer Incidence and Mortality Worldwide. International Agency for Research on Cancer, 1(11).
- Gorman, C., (2000). The Search for Smaller Tumors. Breast–Cancer Studies Could Lead to Better Tests and Earlier Detection. Time, 155(26):50.
- Gupta, R., Gupta, S., Mehrotra, R., and Sodhani, P., (2019). Risk factors of breast cancer and breast self–examination in early detection: systematic review of awareness among Indian women in community and health care professionals. Journal of Public Health, 42(1):118–131.
- Hackshaw, A.K., and Paul, E.A., (2003). Breast self–examination and death from breast cancer: A meta–analysis. British Journal of Cancer, 88:1047–1053.
- Haruna, H., Chukwu, E., Ahmadu, I., Teryila, K., Babaji, M., Nelson, L., Hamina, D., (2017). Knowledge and Practice of Breast Self–Examination Among Female Nursing Students in University of Maiduguri, Borno State, Nigeria. International Journal of Clinical Oncology and Cancer Research, 2(3):57–64.
- Jothula, K., and Sreeharshika, D., (2020). Knowledge and Practice Regarding Breast Cancer among Women in Rural Telangana. International Journal of Research and Review, 7(5):186–192.
- McCormack, V., McKenzie, F., Foerster, M., Zietsman, A., Galukande, M., (2020). Adisa C, Anele A, Parham G, Pinder L, Cubasch H, Joffe M, Beaney TH, Quaresma M, Togawa K. Breast cancer survival and survival gap apportionment in sub–Saharan Africa (ABC–DO): a prospective cohort study. The Lancet Global health, 8(9):1203–1212.
- Mekonnen, M., and Asefa, T., (2019). Knowledge, attitude and practice of breast self–examination among female undergraduate nursing students at University of Gondar College of Medicine and Health Sciences. Hospice & Palliative Medicine International Journal, 3(5):167–173.
- Sani, A., and Yau, S., (2018). Relationship between knowledge and practice of breast self–examination among female workers in Sokoto, Nigeria. Obstetrics and Gynecology International Journal, 9(3):157–162.
- Smaan, S., (2011). Early Detection and Prevention of Breast Cancer. Syrian Society of Breast Cancer. Faculty of Medicine. Kalamoon University. Novomed.
- Safi, Y., (2017). Syrian Society of Breast Cancer: Early Detection of Breast Cancer. Syria News.

- Smith, A., Saslow, D., Sawyer, A., Burke, M.D., Costanza, E., Evans, P., Foster, S., Hendrick, E., Eyre, J., and Sener, S., (2003). American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening. *CA Cancer J Clin*, 53:141.
- Stoltenberg, M., Spence, D., Daubman, B.R., Greaves, N., Edwards, R., Bromfield, B., Perez-cruz, P., Krakauer, E., Maphil, A., and Shields, A., (2020). The central role of provider training in implementing resource-stratified guidelines for palliative care in low-income and middle-income countries: Lessons from the Jamaica Cancer Care and Research Institute in the Caribbean and Universidad Catolica in Latin America. *Cancer*, 126(10):2448–2457.
- Suhail, N., (2021). Breast Cancer Awareness, Attitudes, Perception and Screening Practices among Female Undergraduate Students. *Pharmacophore*, 12(4):48–55.
- Taher, T., (2022). Knowledge and Practice of Iraqi Women Regarding Breast-Self Examination. *European Journal of Medical and Educational Technologies*, 15(1).
- Tuyen, D., Dung, T., Dong, H., Kien, T., and Huong, T., (2019). Breast Self-Examination: Knowledge and Practice Among Female Textile Workers in Vietnam. *Cancer Control*, 26:1–7.
- Watanabe, A., Sanvido, V., Elias, S., and Nazário, A., (2020). Awareness of Self-Examination, Screening, and Risk Factors for Breast Cancer Among Women Awaiting Care at the Outpatient Clinic of a Mastology Unit. *Journal of Cancer Education*. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01892-1>.
- WHO Statistics, (2020).
- Wild, C.P., Weiderpass, E., Stewart, B.W., editors (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://publications.iarc.fr/586>.
- World Cancer Report, (2008). " International Agency for Research on Cancer".
- Yenfama, (2013). Urine Test Can Detect Breast Cancer. *Tishreen News*, 26(5).
- Ziuo, F., Twoier, A., Huria, T., and El-Khewisky, F., (2018). Low Awareness about Breast Self-examination and Risk Factors of Breast Cancer in Benghazi, Libya. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 10(2):45–59.

إدمان مواقع التواصل الاجتماعي عند طلاب كلية التمريض في جامعة حماة

عبد الكريم على العزق*

(الإيداع: 20 تموز 2022 ، القبول: 12 أيلول 2022)

الملخص:

تُعدُّ مواقع التواصل الاجتماعي أداة تعليمية تضم العديد من الطلاب في مختلف التخصصات وموقعاً لترويج مختلف الأفكار، وتعد فئة الطلبة الجامعيين من أكثر الفئات استخداماً لهذا الموقع، وقد يؤدي استخدامها السيء الى إدمانها وتحولها الى أداة تهدد مستقبل الطلاب.

تقييم إدمان مواقع التواصل الاجتماعي عند طلاب كلية التمريض في جامعة حماة.

مواد وطرق البحث: أجريت دراسة وصفية كمية مستعرضة على عينة ملائمة مكونة من 100 طالب/ة من طلاب كلية التمريض في جامعة حماة، وتم جمع البيانات من خلال استمارة استبيان تم تطويرها من قبل الباحث.

النتائج: أظهرت النتائج أن نسبة 95% من أفراد العينة يمتلكون حساباً على إحدى الشبكات الاجتماعية، وأن 68% منهم يفضلون الشبكات الاجتماعية على الاختلاط بالناس أثناء أوقات فراغهم، و69% يرون أن من إيجابيات مواقع التواصل الاجتماعي هي امكانية الاستفادة منها في القدرة على جلب المعلومات من المواقع التعليمية بتكلفة أقل، و80% يرون أن من سلبياتها الإصابة بالآلام الرقبية والظهرية.

الخاتمة والتوصيات: عمل دورات تعليم مستمر تقوم على توعية الطلاب بأهمية شبكات التواصل الاجتماعي باعتبارها إحدى مستجدات التكنولوجيا وضرورة استغلالها في الجوانب التعليمية وبصورة سليمة وأمنة، تأسيس مواقع تفاعلية في الجامعات والمؤسسات التربوية يقوم عليها مختصون من أجل تبني أفكار الشباب وتوجيهها وفق أسس سليمة وتعالج ما يطرأ من أفكار خاطئة.

الكلمات المفتاحية: الإدمان، مواقع التواصل الاجتماعي، طلاب.

*معيد في كلية التمريض-حماة اختصاص ماجستير تمريض صحة المجتمع

Addiction of social networking sites among nursing college students at the University of Hama

Abdalkareem.alazak*

(Received: 20 July 2022, Accepted: 12 September 2022)

Abstract:

Social networking sites are an educational tool that includes many students in various disciplines and a site to promote various ideas, and the university students category is one of the most used groups for this site, and its bad use may lead to addiction and turn it into a tool that threatens the future of students.

Assessment of addiction of social networking sites among students of the Faculty of Nursing at the University of Hama.

A descriptive cross-sectional study was performed on a convenience sample of 100 students from the College of Nursing at the University of Hama, data was collected by a structured questionnaire which was developed by the researcher.

The results of current study showed that 95% of the students have an account on one of the social networks, and that 68% of them prefer social networks to mingle with people during their spare time, and 69% believe that one of the advantages of social networking sites is the possibility of benefiting from it in the ability to fetch information from the sites. The instruction is at a lower cost, and 80% believe that neck and back pain are among its downsides.

There should be conducting of continuous programs that educate the students about the importance of social networks as one of the latest developments in technology and the necessity of using them in educational aspects in a safe and sound manner, establishing interactive websites in universities and educational institutions on which specialists are based in order to adopt the ideas of young people and direct them according to sound foundations and address any wrong ideas that arise.

Key words: Addiction, social networking sites, students.

*Assistance in faculty nursing/ Hama uni/master in Community Health Nursing.

1- المقدمة:

أدى انتشار تكنولوجيا الاتصالات والإعلام الحديثة إلى تنامي نشاطها بمستويات غير مسبوقه، وظهر ذلك من خلال مشاركة قطاعات واسعة من فئات المجتمع فيها، وأصبحت اليوم ميسورة لكل فرد يستطيع القراءة والكتابة بالحد الأدنى، لأن هذه التكنولوجيا سهلة الاستخدام والتوظيف في مجالات كثيرة (يونس، 2016). فأصبح في الآونة الأخيرة لشبكات التواصل الاجتماعي تأثيراً كبيراً للتواصل والتفاعل بين أفراد المجتمع بشكل لم يكن يتوقعه أحد، وخاصة بين طلاب الجامعات حيث أضحى مواقع مثل (فيسبوك Facebook) و(تويتر Twitter) و(جوجل بلس Google+) و(يوتيوب YouTube) وغيرها تستخدم في شتى أنحاء العالم، وتزيد من مهارات التواصل الاجتماعي عبر الشبكة العنكبوتية (إطميزي، 2013).

إلا أنه على الرغم من فوائد الانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي على نطاق واسع، فقد أصبح الاستخدام المفرط لها مصدراً للقلق وللبحث، بحيث أصبح بعض مستخدميها مدمناً عليها بنفس الطريقة التي يصبح بها الآخرون مدمنين على المخدرات أو الكحول (Wang and Bulanova, 2018)، ويؤثر الإدمان على سلوك الشخص إذ يضر بالعلاقات الاجتماعية، والعائلة، والأصدقاء، وزملاء الدراسة والعمل، كما يسبب عدم الاستقرار الاقتصادي ويحرض على ارتكاب الجرائم، بالإضافة إلى آثاره السلبية على الصحة العقلية والبدنية (Chern and Huang, 2018).

2- مشكلة الدراسة:

نظراً لأن الشباب الجامعي يمثل العنصر الحيوي والهام وصمام الأمان في المجتمع، واللاعب الأساسي في تنميته وتقديمه بشتى المجالات، لذا يتم بذل جهود جبارة لتهيئة البيئة المناسبة من أجل ضمان نجاحهم، ونظراً للدور الهام والفعال الذي يلعبه الأنترنيت في حياتهم، بالإضافة إلى الحاجات المتنامية لديهم للمعرفة والتواصل وللسرعة في حل المشاكل التي تواجههم بشتى المجالات (طباس وملال، 2021).

حيث كشفت دراسة أن عدد مستخدمي الإنترنت في السعودية بلغ (30.25) مليون شخص، وأن عدد حسابات التواصل الاجتماعي النشطة نحو 25 مليون حساب، وقد ارتفع عدد مستخدمي مواقع التواصل الاجتماعي المتفاعلين إلى نحو (6) ملايين خلال العام 2017 بنسبة 32%، إضافة إلى ارتفاع عدد الهواتف الذكية بنحو (2) مليون هاتف بما يعادل 12% (حمدي، 2018). وبينت دراسة في الهند بأن الشباب مثل طلاب الجامعات بشكل خاص معرضون لخطر الإصابة بإدمان الإنترنت، إذ تم الإبلاغ عن ظهور إدمان الإنترنت في الغالب بينهم بنسبة 38% (Mahapatra and Sharma, 2018).

فقد ازداد إقبال الشباب الجامعي على مواقع التواصل الاجتماعي بسبب خصائصها الفنية السهلة والممتعة، وتشكيلها مصدراً مهماً للمعلومات والأخبار والترفيه، وتحت ضغط الظروف الحياتية القاسية تصبح المتنفس الوحيد للشباب، مما قد يوقعهم في فخ الاستعمال المفرط الذي يصل بهم الى حد الإدمان وتصبح مشكلة بدل أن كانت حلاً، وقد ترخي بتقلها على جميع جوانب حياتهم وتؤثر على تحصيلهم الأكاديمي ومستقبلهم أيضاً (Chern and Huang, 2018).

نظراً لما سبق فإن مشكلة ادمان مواقع التواصل الاجتماعي باتت خطراً يهدد الشباب الجامعي مما يستدعي الاستمرار في إجراء الدراسات والبحوث العلمية لفهم هذه المشكلة من جوانبها المختلف، ونظراً لملاحظات الباحث حول انشغال طلاب كلية التمريض في جامعة حماة بمواقع التواصل الاجتماعي وما ينجم عنها من بعد عن الاهتمام بالدراسة والتحصيل الأكاديمي

للطلاب، شكل ذلك تساؤلاً مهماً لذا جاءت الدراسة الحالية لتجيب عنه وهو: ما هي مظاهر الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة حماه؟

3- هدف الدراسة:

التعرف على مظاهر إدمان مواقع التواصل الاجتماعي عند طلاب كلية التمريض في جامعة حماة.

4- أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة الحالية من تناولها فئة مهمة وفاعلية وأساسية في المجتمع وهم الطلاب الجامعيون، وبالأخص طلاب كلية التمريض الذي سيقع على عاتقهم لاحقاً مسؤولية الحفاظ على صحة المجتمع والمشاركة في علاج مشاكله الصحية المتنوعة وعلى رأسها الإدمان بأنواعه المتعددة وبالتحديد ادمان مواقع التواصل الاجتماعي، بالتالي فإن التعرف على مظاهر الإدمان لدى هذه الفئة يمكننا من إيجاد الحلول المناسبة للوقاية من حدوثها وتصميم البرامج التثقيفية لحلها في حال وجود مظاهرها لديهم والتنبه لمخاطرها، وحماية فئة مهمة بالقطاع الصحي من الانجرار في طريق إدمان مواقع التواصل الاجتماعي. كما أن نتائج الدراسة الحالية ستمكن الباحثين الآخرين من الاعتماد عليها في التعمق أكثر في مشكلة البحث الحالية، وستشكل الدراسة الحالية مرجعاً مهماً لهم حول هذه المشكلة، خصوصاً وأن مثل هذه الدراسات قليلة نسبياً في سورية.

5- مصطلحات الدراسة:

- **ادمان مواقع التواصل الاجتماعي:** يقصد به الاستخدام المفرط من قبل الطلاب لمواقع التواصل الاجتماعي، مع فقدانه القدرة على التحكم في مدة استخدامه، مما ينعكس سلباً على مختلف جوانب حياته، وتتجلى أعراضه في المغالاة بالاستخدام، مع تقلبات انفعالية حادة، ومشكلات صحية ونفسية وسلوكية متعددة.
- **مواقع التواصل الاجتماعي:** يقصد بها جميع المواقع والتطبيقات على شبكة الانترنت التي تتيح التواصل بين الأفراد في مجتمع افتراضي، يجمع بين أفرادها اهتماماً مشتركاً أو شبه انتماء، يتم التواصل بينهم من خلال الرسائل أو الاطلاع على الملفات والأخبار الشخصية التي يتيحونها للعرض، مثل الواتس أب، والفيس بوك، والتويتتر، والتيليجرام واليوتيوب، وغيرها من التطبيقات والمواقع المتاحة على شبكة الانترنت.

6- حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** تم اختيار كلية التمريض في جامعة حماه مكاناً لتطبيق الدراسة الحالية.
- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق هذه الدراسة في الفترة الواقعة بين 2022/3/10 ولغاية 2022/4/14.
- **الحدود البشرية:** تقتصر الدراسة على عينة من طلاب كلية التمريض في جامعة حماه.
- **الحدود الموضوعية:** تضمنت الدراسة موضوع ادمان استخدام مواقع التواصل الاجتماعي.

7- مجتمع وعينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلاب كلية التمريض في جامعة حماه في السنوات الأربعة.
حجم العينة: أجري هذا البحث على عينة قوامها (100) طالب/ة من كلية التمريض بجامعة حماة.
طريقة سحب العينة: استخدم الباحث طريقة العينة الملائمة في اختيار أفرادها، حيث تم تضمين الطلاب الذي يحققون معيار الدخول في العينة فقط.

معايير الدخول في العينة: أن يمتلك الطالب وسيلة دخول لمواقع التواصل الاجتماعي كالهاتف الذكي او جهاز كومبيوتر، وأن يكون لدى الطالب حساباً على أحد مواقع التواصل الاجتماعي، وأن يوافق الطالب على الاشتراك في عينة الدراسة.

يوضح (الجدول 1) توزع عينة الدراسة وفق بياناتها الديموغرافية

الجدول رقم(1): توزيع أفراد العينة وفق بياناتهم الديموغرافية

| عدد العينة = 100 * | | البيانات الديموغرافية | |
|--------------------|----------------|-----------------------|--|
| التكرار (%) | | | |
| 55% | ذكر | الجنس | |
| 45% | انثى | | |
| 35% | أقل من 20 سنة | العمر | |
| 52% | 20 - 25 سنة | | |
| 13% | أكبر من 25 سنة | | |
| 40% | الأولى | السنة الدراسية | |
| 25% | الثانية | | |
| 15% | الثالثة | | |
| 20% | الرابعة | | |

* بما أن عدد العينة = 100 لذلك فإن قيمة التكرار هي نفسها قيمة النسبة المئوية وتم اعتماد رقم واحد للإشارة للتكرار والنسبة المئوية في جميع الجداول التالية. يبين الجدول رقم 1 توزيع الطلاب في عينة الدراسة وفق بياناتهم الديموغرافية حيث أظهر أن أكثر من نصفهم 55% ذكور، و52% منهم بعمر 20 - 25 سنة، والنسبة الأعلى 40% منهم في سنتهم الدراسية الأولى.

8- منهجية الدراسة:

- التصميم: اتبع البحث منهج الدراسة الوصفية الكمية المستعرضة.
- الأدوات: استخدمت استمارة استبيان خاصة لجمع البيانات تم تطويرها من قبل الباحث بعد الاطلاع على الأدبيات ذات الصلة، تتضمن معلومات ديموغرافية، ومجموعة من الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة حول استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، وتأثيراتها عليهم وكان الجواب عليها بـ "نعم" أو بـ "لا"، وحول إيجابياتها وسلبياتها حيث كانت بصيغة الاختيار من متعدد.

9- الإطار النظري:

أصبح استخدام واستثمار الإمكانيات الحاسوبية سمة من سمات العصر الحاضر إذ أن التقدم العلمي والتكنولوجي مرتبط بالحاسوب ارتباطاً وثيقاً. وفي السنوات القليلة الماضية برز دور هذه الشبكات في التعليم، فاشترك في شبكات التواصل الاجتماعي آلاف المؤسسات التعليمية من مدارس ومعاهد وكليات وجامعات على مستوى العالم، ناهيك عن اشتراك الطلاب بغرض التعليم أو غيره، حيث استفادوا من خدماتها في إطار ما يُعرف بالتعليم المدمج، أو التعليم على الإنترنت بالكامل (الحري، 2009)

تعرف مواقع التواصل الاجتماعي على أنها عبارة عن تطبيقات إلكترونية مرنة وتفاعلية للجميع يتم نشرها على شبكة الإنترنت بحيث يمكن للجميع الوصول إليها واستخدامها مجاناً، وتتيح هذه المواقع للمستخدمين مجموعة كبيرة من الخدمات أهمها التواصل الإلكتروني بجميع أشكاله نصاً وصوتاً وصورة، وهي تتيح أيضاً التعبير عن النفس بأي طريقة، والتفاعل بين

المشاركين، ونقل الملفات، ونشر الصور وخدمات أخرى كثيرة تناسب فئات عديدة من المستخدمين ولا سيما الطلاب الجامعيين (حمدي، 2018).

تعد فئة الشباب من أكثر الفئات استخداماً وتأثراً بالثورة الرقمية، الأمر الذي جعل الكثيرين يطلقون على هؤلاء الشباب "جيل الانترنت" فهم أكثر ميلاً لكل ما هو جديد وغريب، مما سبب لهم الاعتماد الشديد على مواقع التواصل الاجتماعي من خلال الاستخدام المفرط الذي وصل الى حد عدم القدرة على التحكم في الاعتماد عليها، مما أدى إلى ظهور مؤشرات إدمان تلك المواقع بين جمع فئات المجتمع وبالأخص الشباب الجامعي. (عبد الرزاق، 2020).

يعرف إدمان مواقع التواصل الاجتماعي على أنه ذلك السلوك النمطي السلبي المتمثل في استخدام مواقع التواصل الاجتماعي لفترات طويلة يقضيها الفرد مع واقع ذات جاذبية دون ضرورة مهنية أو أكاديمية، وبشكل يضر به وبعلاقاته الاجتماعية ليصبح معتمداً عليها في تلبية احتياجاته النفسية وغير قادر على الاستغناء عنها، مع الشعور بالضيق والتوتر في حين عدم القدرة على متابعتها، ويلحق في ذلك تأثيراته السلبية على حياته النفسية والاجتماعية (الصبان والحربي، 2019)

يتجلى إدمان مواقع التواصل الاجتماعي بمجموعة من المعايير والصفات مثل اهمال الأنشطة الأسرية ومسؤوليات العمل والدراسة والجوانب الصحية، وتفضيل التحدث عبر الشبكة بدلاً من المحادثة المباشرة وجهاً لوجه ، وقلة النوم، وعدم القدرة على التحكم بالانفعالات، والسهر والأرق وآلام الظهر والرقبة والتهاب العينين، وظهور عرضين أو أكثر من أعراض الانسحاب والتي تظهر بشدة خلال أيام قليلة من استخدام شبكات التواصل أو التوقف كلياً عن استخدامها، كالإحباط الشديد والاصابة بالرعشة واضطراب العلاقات الاجتماعية، وسيطرة التفكير بالأحداث على مواقع التواصل الاجتماعي وما يدور حولها (طباس وملال، 2021؛ الصبان والحربي، 2019).

تعتبر أهم أسباب إدمان مواقع التواصل الاجتماعي: التعويض الاجتماعي والتحرر العاطفي في حالات الخجل والكبت، وعدم القدرة على التعامل مع ضغوط الحياة، أو على ملء وقت الفراغ أو على إقامة العلاقات الاجتماعية وكسب الأصدقاء، ووجود اضطرابات نفسية وتدني الثقة بالذات، والافتقار إلى الحب، والهروب من الواقع، والمشاكل الاقتصادية والأسرية. (Chern and Huang, 2018)؛ (الصبان والحربي، 2019).

10- الدراسات السابقة:

نظراً لكون استخدام مواقع التواصل الاجتماعي بين الشباب الجامعي أصبح حاجة ضرورية من متطلبات التعلم والتطور التقني الحاصل في شتى مجالات الحياة، والاعتماد الكبير عليها في الاتصال والتواصل، فكان لذلك نتائج سلبية وإيجابية ولعل إدمان مواقع التواصل الاجتماعي أهم تلك الآثار السلبية التي باتت ترخي بثقلها على الشباب الجامعي، فدأب الباحثون من شتى الاختصاصات على التعرف عليها ومعرفة آثارها والعوامل المؤثرة بها، وفي هذا السياق:

- أجريت دراسة مسحية من قبل (حمدي، 2018) في جامعة تبوك بالسعودية بهدف دراسة اعتماد الشباب الجامعي على مواقع التواصل الاجتماعي في التزود بالمعلومات، وقد أظهرت نتائجها أن أهم دوافع الشباب لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي هي الترفيه والتسلية ثم الحصول على المعلومات والعلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء والأقارب، وأن الحصول على المعلومات المختلفة والأخبار والثقافة العامة يمثل أحد أهم فوائدها بالنسبة إليهم.
- أجريت دراسة من قبل (الراوي، 2016) في جامعة بغداد بالعراق بهدف التعرف على دور مواقع التواصل الاجتماعي في التغيير، والتي كان من أبرز نتائجها أن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي له أثر إيجابي على السلوك تجاه الآخرين وأن لمواقع التواصل الاجتماعي تأثيراً كبيراً على معتقدات وسلوكيات المواطنين.

- أجريت دراسة مسحية من قبل (الحايس، 2012) بهدف التعرف على الآثار الاجتماعية لتفاعل الشباب العماني على شبكات التواصل الاجتماعي، حيث أظهرت نتائجها أن الترفيه كان دافع الشباب الجامعي لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي وكذلك مطالعة المواد العلمية والثقافية والتفاعل الاجتماعي، ويعتبر ربع الشباب في العينة أن مواقع التواصل الاجتماعي أثرت بشكل سلبي عليهم بينما يعتبرها ثلاثة أرباعهم أنها أثرت بشكل إيجابي.
- أجريت دراسة وصفية من قبل (العمودي، 2016) بهدف التعرف على اتجاهات الشباب الجامعي في جامعة المنيا نحو استخدام وسائل الإعلام الجديد، تبين أن ثلثي العينة تقريباً قد أجاب بأن لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي عدة إيجابيات وأنها مفيدة في اكتساب الخبرات التعليمية، وفي التواصل السريع.
- أجريت دراسة وصفية من قبل (Kehinde, 2016) بهدف التحقيق في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي للممارسات الأكاديمية من قبل طلاب العلوم في الجامعات الحكومية في جنوب غرب نيجيريا، وأظهرت نتائجها أنه من بين مختلف شبكات التواصل الاجتماعي المتاحة، فإن Facebook هو الأكثر شهرة لدى 93.5%، يليه Google+ لدى 63.8% وتويتر 47.9%. ويستخدم ثلثا الطلاب وسائل التواصل الاجتماعي يومياً للبقاء على اطلاع دائم بالأحداث / الأخبار الشائعة ولملاء وقت الفراغ عندما يشعرون بالملل.
- أجرت دراسة من قبل (طباس وملال، 2021) بهدف دراسة الإدمان على الانترنت لدى الطلاب الجامعيين في جامعة وهران بالجزائر، حيث أظهرت وجود مستوى إدمان انترنت متوسط، وأن مستوى إدمان الذكور على الانترنت أعلى من مستوى اداء الاناث.

التعقيب على الدراسات السابقة:

تتعدت الدراسات السابقة في تناولها لظاهرة استخدام الشباب الجامعي لمواقع التواصل الاجتماعي وادمانهم عليها، وعرضها لإدراكهم لسلبياتها وإيجابياتها ودوافعهم لاستخدامها، كما تتعدت من حيث تخصصات افراد العينة الجامعية، وجاءت الدراسة الحالية في سياق الدراسات العربية والاجنبية لكن تأتي خصوصيتها من تناولها شريحة طلبة كلية التمريض الذين يقع على عاتقهم مسؤولية كبيرة في تقديم رعاية صحية محترفة لأفراد المجتمع، ولا بد أن يكون بأفضل صحة ويعيدون عن أي مظهر من مظاهر الإدمان وبالأخص إدمان مواقع التواصل الاجتماعي.

11- إجراءات الدراسة:

- تم الحصول على الموافقات اللازمة من إدارة كلية التمريض لإجراء الدراسة.
- تم تطوير أداة الدراسة بعد الاطلاع على الأدبيات ذات الصلة ومن ثم اختبار مصداقيتها من قبل لجنة من ثلاثة خبراء في جامعة حماه، وقد حازت على صدق المحكمين بنسبة توافق أكثر من 95%.
- تم اجراء دراسة استرشادية على عينة مكونة من 10 طلاب تم استبعادهم لاحقاً من عينة الدراسة، وذلك للتأكد من وضوح الأداة وقابليتها للتطبيق.
- تم التحقق من ثبات الأداة باستخدام معامل الثبات الفا كرونباخ الذي بلغت درجته 0.88 وهي قيمة ثبات عالية تدل على اتساق الأداة وثباتها.
- تم اختيار عينه من الطلاب وذلك بطريقة العينة العشوائية البسيطة، وأخذ موافقتهم الشفهية على الاشتراك في الدراسة، مع ضمان حرية الرفض، والتأكيد على سرية البيانات المأخوذة منهم وأنها لغرض البحث العلمي فقط ولن تستخدم لأي غرض آخر.
- تم توزيع الاستبيان على الطلاب المشاركين بحيث يعطى لكل مشارك مدة 15 دقيقة لملاء البيانات بإشراف الباحث.

- تم تفرغ البيانات ثم تحليلها وجدولتها باستخدام تقنيات الإحصاء الوصفي (التكرار، والنسبة المئوية) باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.20) Statistical Package For Social Sciences.

12- النتائج والمناقشة:

1-12 النتائج

الجدول رقم(2): توزيع أفراد العينة وفق نسب إجاباتهم حول مواقع التواصل الاجتماعي

| العبارات | نعم % | لا % |
|---|-------|------|
| 1 هل تملك حساباً في أحد مواقع التواصل الاجتماعي؟ | 95% | 5% |
| 2 هل تسجل في مواقع التواصل الاجتماعي باسمك الحقيقي؟ | 45% | 55% |
| 3 هل تمتلك معلومات كافية عن مواقع التواصل الاجتماعي؟ | 75% | 25% |
| 4 هل تعتقد ان مواقع التواصل الاجتماعي لها دور في تطوير شخصية الفرد؟ | 78% | 22% |
| 5 برأيك هل تؤثر مواقع التواصل الاجتماعي من رفع مستوى الثقافة ؟ | 80% | 20% |
| 6 هل ظهور مواقع التواصل الاجتماعي أنهى عصر الندوات التعليمية؟ | 76% | 24% |

يظهر الجدول (2): أن معظم الطلاب 95% يمتلكون حساباً في أحد مواقع التواصل الاجتماعي، وغالبيتهم 80% يعتقدون بأن مواقع التواصل الاجتماعي ترفع من مستوى ثقافة الفرد، إلا أن أقل من نصفهم 45% لا يسجلوا اسمهم الحقيقي عند استخدامهم لتلك المواقع.

الجدول رقم(3): توزيع أفراد العينة وفق نسب إجاباتهم حول تأثير مواقع التواصل الاجتماعي عليهم

| السؤال | النسبة المئوية % |
|---|-------------------------------|
| 1. هل ما تقدمه من صور ومعلومات في مواقع التواصل الاجتماعي تعكس شخصيتك الحقيقية؟ | نعم 45% |
| | لا 23% |
| | أحياناً 32% |
| 2. أيهما تُفضل، الجلوس مع الأهل والاختلاط بالناس في الواقع أم قضاء وقت الفراغ على التواصل الاجتماعي ؟ | أفضل الاختلاط بالناس 24% |
| | أفضل الشبكات الاجتماعية 68% |
| | أستطيع التوازن بين الأمرين 8% |
| 3. كيف ترى تأثير مواقع التواصل الاجتماعي في علاقاتك على أرض الواقع؟ | أثرت سلبياً 68% |
| | أثرت إيجابياً 22% |
| | جعلتني انطوائي 5% |
| | لم تؤثر أبداً 5% |

يظهر الجدول (3): أن أقل من نصف الطلاب في الدراسة 45% يعتبرون أنهم ما يقمونه من صور ومعلومات في الشبكات الاجتماعية تعكس شخصيتهم الحقيقية، وحوالي ثلثهم 68% يفضلون الشبكات الاجتماعية على الاختلاط بالناس أثناء أوقات فراغهم بينما 8% فقط يستطيعون الموازنة بين الأمرين. ويعتبر حوالي ثلثهم أيضاً 68% أن مواقع التواصل الاجتماعي أثرت سلباً على العلاقات بين الأفراد.

الجدول رقم(4):توزيع أفراد العينة وفق الإجابة على اهم ايجابيات وسلبيات مواقع التواصل الاجتماعي

| النسبة المئوية | العبارات | |
|----------------|---|---|
| 65% | 1. التواصل السريع | ايجابيات مواقع التواصل الاجتماعي اجابات متعددة* |
| 28% | 2. الانفتاح على التعليم العالمي بطريقة أسهل | |
| 35% | 3. العلاقات الاجتماعية الفعالة | |
| 67% | 4. اكتساب الخبرات التعليمية | |
| 69% | 5. القدرة على جلب المعلومات من المواقع التعليمية بتكلفة أقل | |
| 56% | 6. التغلب على العزلة والإكتئاب | |
| 60% | 1. القلق | سلبيات مواقع التواصل الاجتماعي اجابات متعددة* |
| 14% | 2. الإكتئاب | |
| 45% | 3. الأرق | |
| 75% | 4. مشاكل الرؤية | |
| 80% | 5. الألام الرقبية والظهرية | |
| 65% | 6. انخفاض التحصيل العلمي | |
| 62% | 7. الإبتزاز والتشهير | |
| 67% | 8. السرقة العلمية والأدبية | |

يوضح الجدول (4): أن أهم الايجابيات التي تراها النسبة الأعلى لطلاب في الدراسة بخصوص استخدام مواقع التواصل الاجتماعي هي امكانية الاستفادة منها في القدرة على جلب المعلومات من المواقع التعليمية بتكلفة أقل بنسبة 69%، واكتساب الخبرات التعليمية بنسبة 67% والتواصل السريع بنسبة 65%. والنسبة الأقل منهم 28% رأوا بأن الانفتاح على التعليم العالمي بطريقة أسهل هو من الايجابيات .

بينما كانت أهم السلبيات وفق إجابات النسبة الأعلى منهم هي الاصابة بالآلام الرقبية والظهرية بنسبة 80%، ومشاكل بالرؤية بنسبة 75%، والسرقة العلمية والأدبية بنسبة 67%، ونسبة قليلة منهم 14% رأوا بأن الاكتئاب من سلبيات استخدام مواقع التواصل الاجتماعي.

12-2 المناقشة:

ليست التكنولوجيا هدفاً بحد ذاتها، ولكنها وسيلة التقدم في هذا العصر، فأصبح في الآونة الأخيرة لشبكات التواصل الاجتماعي تأثيراً كبيراً للتواصل والتفاعل بين أفراد المجتمع بشكل لم يكن يتوقعه أحد. بينت نتائج الدراسة أن معظم الطلاب يمتلكون حساباً على إحدى مواقع التواصل الاجتماعي، وغالبيتهم يعتقدون بأن شبكات التواصل الاجتماعية ترفع من مستوى ثقافة الفرد. قد يعود ذلك إلى شيوع استخدام هذه المواقع في العملية التعليمية، وتوفر رصيد هائل من المعلومات وتوافرها بسهولة ويسر، كما يتم استخدام مواقع التواصل الاجتماعي من قبل ادارة الكلية في نشر الإعلانات والأخبار التي تهم الطلبة وعلاماتهم، يضاف الى ذلك فإن النشاطات المشتركة للطلاب في تنفيذ حلقات البحث ومعرفة مواعيد المحاضرات وأماكن التدريب العملي بصورة أنية تفرض ضرورة امتلاكهم حساباً على مواقع التواصل التي يستخدمها معظم الطلاب أو التي تستخدمها الهيئة الإدارية في الكلية على الأقل. تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة مشابهة أجريت في المملكة العربية السعودية

من قبل (حمدي، 2018)، والتي كان من أبرز نتائجها أن جميع أفراد العينة يمتلكون حساباً إلكترونياً، وتعارضت معها بأنه كان معظم أفراد العينة يمتلكون معلومات كافية حول مواقع التواصل الاجتماعي.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن ثلثي الطلاب يعتبرون أن مواقع التواصل الاجتماعي قد أثرت سلباً على العلاقات بين الأفراد وربعها يعتبرون أنها أثرت بشكل إيجابي، قد تعزى هذه النتيجة إلى ما يشاهده الطلبة من مظاهر سلبية لمواقع التواصل الاجتماعي عبر احتكاكهم المباشر مع الناس من خلال تدريبهم العملي في المشافي والمراكز الصحية والمعامل والروضات وغيرها من أماكن يزورونها من ضمن متطلبات مقرراتهم، وكذلك ما يطلعون عليه من أخبار المشاكل عبر الانترنت وانتهاك الخصوصية وترويج إشاعات. بالمقارنة مع نتائج الدراسات السابقة نجد أن هذه النتيجة لا تتوافق مع دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل (الراوي، 2016) التي أظهرت أن استخدام مواقع التواصل الاجتماعي أثر على السلوك إيجابياً تجاه الآخرين، حيث أن لمواقع التواصل الاجتماعي تأثيراً كبيراً على معتقدات وسلوكيات المواطنين، كما لم تتفق مع دراسة أجريت في مسقط من قبل (الحايس، 2012) والتي بينت أن ربع العينة فقط يعتبرون أن مواقع التواصل الاجتماعي أثرت بشكل سلبي، بينما ثلاثة أرباعها يعتبرها أثرت بشكل إيجابي، ويعود ذلك إلى الاستخدام الصحيح وبالشكل المناسب لهذه المواقع، وإدراك أنها سلاح ذو حدين.

أظهرت نتائج الدراسة أن أهم الايجابيات لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي عند ثلثي الطلاب تقريباً هي أنها مفيدة في القدرة على جلب المعلومات من المواقع التعليمية بتكلفة أقل واكتساب الخبرات التعليمية، تعزى هذه النتيجة إلى أن كلية التمريض من الكليات التطبيقية التي يستخدم طلابها كل الموارد المتاحة بما فيها مواقع التواصل الاجتماعي لإنجاز الأبحاث وكسب المعلومات واعتادوا على حضور الفيديوهات التعليمية أو الاطلاع على الأبحاث التي تؤمن لهم معلومات غزيرة بأقل تكلفة، تتفق هذه النتيجة مع دراسة (العمودي، 2016) التي بينت أن ثلثي الطلاب في جامعة المنيا يعتقدون بأن لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي عدة إيجابيات وأنها مفيدة في اكتساب الخبرات التعليمية، وفي التواصل السريع. لكن لم تتفق مع دراسة (الرشيد، 2014) في الأردن التي هدفت إلى التعرف على استخدامات شبكتي التواصل الاجتماعي الفيسبوك والتويتر والإشباع المتحققة لدى طلبة الجامعات الأردنية، والتي كان من أهم نتائجها أن ثلث العينة فقط يعتبر مواقع التواصل الاجتماعي مفيدة في اكتساب الخبرات التعليمية.

بالمقابل بينت نتائج الدراسة الحالية أن النسبة الأعلى للطلاب أجابوا بأن أهم السلبات لمواقع التواصل الاجتماعي تتجلى في الإصابة بالآلام الرقبية والظهرية ومشاكل بالرؤية، وانخفاض بالتحصيل العلمي. قد يعود ذلك إلى أنهم طلبة يعرفون الوضع الصحيح للجلوس والمشاكل العضلية الهيكلية التي قد تصيب الإنسان اذا ما استخدم ميكانيكية الجسم بصورة سيئة مثل الذي يحدث عند الاستخدام المطول للموبايل مثلاً بوضعية رقبة وأكتاف غير سليمة، ويعرفون أيضاً بأن النظر المتواصل والقريب لشاشة الموبايل أو الكمبيوتر يرهق البصر ويؤثر على الرؤية، وهم بالأصل يختبرون هذه المشاكل عندما يستخدمون مواقع التواصل بكثافة، كما أنهم طلاب وقد اختبروا أو قد شاهدوا زملاء لهم انشغلوا في مواقع التواصل الاجتماعي وأبعدهم ذلك عن الاهتمام بدراساتهم مما أثر سلباً على تحصيلهم العلمي.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة أجريت في نيجيريا من قبل (Kehinde, 2016) والتي كان من أهم نتائجها أن أكثر من ثلثي الطلاب فيها يعتبرون أن من سلبيات مواقع التواصل الاجتماعي حدوث مشاكل بالرؤية، وأنها قد تسبب انخفاض مستوى التحصيل العلمي. بينما لم تتفق مع دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية في جامعة الملك سعود من قبل (الهزاري، 2103) والتي هدفت إلى تحري فاعلية الشبكات الاجتماعية الإلكترونية في تطوير عملية التعليم والتعلم لدى طالبات كلية التربية في جامعة الملك سعود، حيث بينت أن ربع العينة فقط يعتبرون أن من سلبيات مواقع التواصل الاجتماعي هو أنها قد تسبب انخفاض مستوى التحصيل العلمي.

13- الاستنتاجات:

يمكن أن نستنتج من هذه الدراسة ما يلي:

1. معظم طلاب كلية التمريض يمتلكون في أحد مواقع التواصل الاجتماعي، ويعتقدون بأن مواقع التواصل الاجتماعي ترفع من مستوى ثقافة الفرد.
2. ثلثي العينة تقريباً يفضلون مواقع التواصل الاجتماعي على الاختلاط بالناس أثناء أوقات فراغهم.
3. ثلثي العينة أفاد بأن مواقع التواصل الاجتماعي تعيد بشكل إيجابي في التواصل السريع، ولها القدرة على جلب المعلومات من المواقع التعليمية بتكلفة أقل.
4. النسبة الأعلى للطلاب أفادوا بأن مواقع التواصل الاجتماعي تؤثر بشكل سلبي على الرؤية والإصابة بالآلام الرقبية والظهرية، وتسبب انخفاض تحصيلهم الدراسي.

14- التوصيات:

1. توعية الطلاب بأهمية شبكات التواصل الاجتماعي باعتبارها إحدى مستجدات التكنولوجيا وضرورة استغلالها في الجوانب التعليمية واستخدامها بصورة سليمة وآمنة.
2. تأسيس مواقع تفاعلية في الجامعات والمؤسسات التربوية يقوم عليها مختصون من أجل تبني أفكار الشباب وتوجيهها وفق أسس سليمة وتعالج ما يطرأ من أفكار خاطئة.
3. توعية وتنقيف النشء بأن السلوك على الإنترنت يجب أن يكون مسؤولاً، كما لو كان في العالم الحقيقي.

15- محددات الدراسة:

1. رفض بعض الطلاب المشاركة.
2. قلة الدراسات التمريضية وخاصة العربية منها التي تناولت موضوع ادمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى طلاب كلية التمريض.

16- المراجع:

المراجع العربية:

- 1- يونس، بسمه.(2016). إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة في محافظة غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة) . فلسطين: جامعة الأزهر – كلية التربية.
- 2- إطميزي، ج.أ.(2013). نظم التعليم الإلكتروني وأدواته. الدمام: مكتبة المتنبي.
- 3- طباس، نسيم؛ ملال، خديجة. (2021) ادمان على الانترنت لدى الطلبة الجامعيين. مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 5(1)، ص: 383-405
- 4- حمدي، ماظر عبد الله (2018). اعتماد الشباب الجامعي على مواقع التواصل الاجتماعي في التزود بالمعلومات: دراسة مسحية في جامعة تبوك السعودية. جامعة الشرق الأوسط.
- 5- أ/بشرى فيصل الحربي (2009).شبكات التواصل الاجتماعي ودورها في العملية التعليمية. جامعة الإمام عبدالرحمن بن فيصل.
- 6- عبد الرزاق، اسامة. (2020). ادمان وسائل التواصل الاجتماعية وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية وسمات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة. المجلة الدولية للعلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 14، ص: 210-242.

7- الصبان، عبير؛ والحري، سماح. (2019). إدمان الطلاب على استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، وعلاقته بالأمن النفسي، والتورط في الجرائم السيبرانية، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 6 العدد 2: 267-293.

10

8- الراوي، بشرى جميل (2016). دور مواقع التواصل الاجتماعي في التغيير مدخل نظري.

9- الحاييس، عبد الجواد(2012). التفاعل الاجتماعي عبر مواقع التواصل الاجتماعي وانعكاساته الإجتماعية على الشباب الجامعي، دراسة ميدانية في جامعة السلطان قابوس،(قدمت في المؤتمر الدولي الثاني لكلية الآداب والعلوم الإجتماعية، مسقط، جامعة السلطان قابوس.

10- العمودي، أحمد بن علي (2016). اتجاهات الشباب في استخدام الإنترنت ومواقع الإعلام الجديد، المنتدى العالمي للشباب الذي أقيم في اسطنبول 2016.

11- الرشيد، آلاء محمد رشيد (2014). استخدامات شبكتي التواصل الاجتماعي الفيسبوك والتويتر والإشباع المتحققة لدى طلبة الجامعات الأردنية، دراسة ميدانية عن جامعتي الأردنية والشرق الأوسط 2013. (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط) عمان، الأردن.

12- الهزازي ، نورة سعود " فاعلية الشبكات الاجتماعية الإلكترونية في تطوير عملية التعليم والتعلم لدى طالبات كلية التربية في جامعة الملك سعود" ،جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية ، 2013.

المراجع الأجنبية:

- 1- Wang G Y. & Bulanova I G (2018). Electrophysiological activity is associated with vulnerability of Internet addiction in non-clinical population. Addictive Behaviors. 84 : -33 39.
- 2- Chern K & Huang J. (2018). Internet addiction: Associated with lower health-related quality of life among college students in Taiwan, and in what aspects?. Computers in Human Behavior. 84 : 460-466.
- 3- Mahapatra A & Sharma P. (2018). Association of Internet addiction and alexithymia -A scoping review. Addictive Behaviors, 81,175-182.
- 4- Kehinde Fasae, Joseph and Adegbilero-Iwari, Idowu , (2016) "Use of social media by science students in public universities in Southwest Nigeria", The Electronic Library, Vol. 34 Iss: 2, pp.213 - 222.

دراسة انتشار الإنتانات الفطرية الانتهازية بالمبيضات لدى مرضى السل الرئوي في مدينة حمص

دانه ماجد الشيخ أسعد* أ.د. وليد خدام** د. سندس ياسين***

(الإيداع: 26 حزيران 2022 ، القبول: 17 آب 2022)

الملخص:

تزايدت الإصابة بالإنتانات الفطرية في الآونة الأخيرة بسبب عوامل عديدة مؤهبة، مثل تناول المرضى للستيروئيدات القشرية والإصابة بعوز المناعة المكتسب والتعاطي الطويل للأمد للصادات الحيوية الذي يحدث في بعض الأمراض كالسل. تعد المبيضات جزءاً من النبيت الطبيعي عند الإنسان، ويمكن لها أن تتحول إلى كائنات ممرضة عند انخفاض مناعة المضيف، نتيجة لما تملكه من عوامل ضراوة مثل الالتصاق بسطوح الخلايا الطلائية وإنتاج الأنزيمات الهاضمة للدهون والبروتينات، فهي تنتهز فرصة ضعف مناعة الجسم في إمرضيتها، فتسمى بالفطريات الانتهازية. لذا هدف هذا البحث إلى تقصي مدى انتشار الإنتانات الفطرية الانتهازية بالمبيضات عند مرضى السل الرئوي في مدينة حمص، سورية وتحديد أبرز أنواع هذه المبيضات.

أجريت دراسة مقطعية على 80 مريضاً مشخصين بالسل الرئوي خلال المدة الممتدة مابين كانون الأول 2020 وحتى آب 2021، جمعت عينات قشع صباحية من المرضى وفحصت خلال ساعتين من عملية الجمع مجهرياً ومن ثم زرعت على الأطباق، بعد ذلك فحصت الخصائص الشكلية والمجهريّة للمستعمرات النامية وتم إجراء اختبارات كيميائية حيوية لتحديد هوية المبيضات المعزولة.

من بين 80 مريضاً (51 ذكر و 29 أنثى)، متوسط أعمارهم 42 ± 15.7 سنة. بينت النتائج وجود إصابات فطرية (أعفان و خمائر) عند 55% منهم والنسبة الأعلى للإصابة كانت بالمبيضات بنسبة 36%، النوع الأكثر انتشاراً بينها هو *Candida albicans* بنسبة 62.1%، تلاها *Candida krusei* بنسبة 24.1% و *Candida tropicalis* بنسبة 10.3% و *Candida dubliniensis* بنسبة 3.4%. ظهر لدينا أن التدخين هو عامل خطورة ذو علاقة ارتباطاً واضحة بينه وبين الإصابة الفطرية بالمبيضات عند مرضى السل، بينما لم نجد أي ارتباط واضح بين الجنس والإصابة بالخمج الفطري ($P > 0.05$).

إن النتائج التي حصلنا عليها تسلط الضوء على انتشار الإنتانات الانتهازية الرئوية بالمبيضات، التي يهمل تقصيها في معظم الأحيان على الرغم من خطورتها. ولابد من اتخاذ تدابير مناسبة للكشف عنها وعلاجها، وتقادي الاختلاطات الوفيات التي قد تسببها.

الكلمات المفتاحية: السل الرئوي، الفطريات الرئوية الانتهازية، المبيضات، المبيضات البيض.

*طالبة ماجستير في قسم الكيمياء الحيوية والأحياء الدقيقة – كلية الصيدلة – جامعة البعث
**أستاذ في قسم الكيمياء الحيوية والأحياء الدقيقة – كلية الصيدلة – جامعة البعث
***مدرس في قسم الكيمياء الحيوية والأحياء الدقيقة – كلية الصيدلة – جامعة القلمون

Study of The Prevalence of Opportunistic Mycoses in Pulmonary Tuberculosis Patients in Homs City

Dana Al-Shaekh Asad* Waleed Khaddam** Sundus Yassin***

(Received: 26 June 2022, Accepted: 17 August 2022)

Abstract:

In recent years, fungal infections are on the rise due to various predisposing factors such as patients on steroids, HIV infection and long term administration of antibiotics that occurs in some diseases like tuberculosis. *Candida spp* exists as part of normal flora, when host resistance is lowered, it transforms to be pathogenic as a result of their virulence factors such as the ability to adhesion to the surfaces of epithelial cells, and the production of enzymes that digest fats and proteins. They take advantage of the weak immunity of the body in their pathogenicity, so they are called opportunistic fungi. This study aimed to evaluate the prevalence of opportunistic candidiasis in pulmonary tuberculosis patients in Homs city and determine the most common fungus that causes these infections. a cross sectional study was conducted on 80 pulmonary tuberculosis patients during the period from December 2020 to August 2021. Sputum samples were collected from patients and laboratory measurements were performed within two hours of collection, including: Direct microscopic examination and culturing. Then microscopic and macroscopic examination of colonies and biochemical tests were conducted to determine the fungus species and type. out of 80 patients (51 males and 29 females), mean age 42 ± 15.7 years, results showed the presence of fungal infections (molds and yeasts) in 55% of them. *Candida spp* was the predominant cause of infections (36% of patients were positive), and the most prevalent type is *Candida albicans* with a percentage of 62.1%, followed by *Candida krusei* with 24.1%, *Candida tropicalis* with 10.3% and *Candida dubliniensis*. Smoking cigarettes was significant risk factor for developing pulmonary fungal infections ($p < 0.05$). While sex was not associated with fungal infections among TB patients ($p > 0.05$). Findings of this study revealed a high prevalence of pulmonary candidiasis in TB patients, which are often neglected despite their seriousness. Appropriate measures must be taken to detect and treat it, and avoid complications and deaths that it may cause.

Keywords: Tuberculosis, Opportunistic Pulmonary Mycosis, Candidiasis, *Candida albicans*

*Master student in the department of biochemistry and microbiology, Faculty of pharmacy, Al-Baath university

**Professor in the department of biochemistry and microbiology, Faculty of pharmacy, Al-Baath university

***Lecturer in the department of biochemistry and microbiology, Faculty of pharmacy, Al-Kalamoon university

1-المقدمة Introduction:

السل الرئوي مرض مزمن يصيب الرئتين يسببه نوع من البكتريا يدعى المتفطرات السلية *Mycobacterium tuberculosis* ، ويعد واحداً من بين أكثر 10 أمراض مسببة للوفيات عالمياً، والمسبب الثاني للوفيات الناجمة عن عامل إنتاني واحد بعد Covid-19 متفوقاً على فيروس نقص المناعة المكتسب (Global TB Report 2021).

يسبب المرض تلفاً في الرئتين يتظاهر بتجبن وتليف وتخر في النسيج يقود إلى تشكل كهوف رئوية، هذه الكهوف أو التجاويف تكون غنية بالأكسجين وبقايا النسيج الرئوي المتخر، مما يؤمن موقعاً ملائماً لنمو العديد من المتعضيات بما فيها الفطريات (Soedarsono et al, 2020). إضافة لذلك فإن مرضى السل هم مرضى مضعفون مناعياً، يخضعون لعلاج مطول بالصادات، وهذا يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالإنتانات الفطرية الانتهازية (Madi et al, 2018). تشمل مسببات الأمراض الفطرية الانتهازية أنواع المبيضات *Candida spp*، وأنواع الرشاشيات *Aspergillus spp*، وأنواع البنسليوم *Penicillium spp*، وأنواع الفوساريوم *Fusarium spp* وغيرها (Walsh et al, 1996).

بالنسبة لداء المبيضات candidiasis يعد داء المبيضات القصي Broncho Candidiasis وداء المبيضات الرئوي Pulmonary Candidiasis من أهم أشكاله السريرية. يحدث داء المبيضات القصي عند إصابة القصبات بجنس المبيضات، حيث تشمل الأعراض سعالاً شديداً، وظهور قشع ذي مظهرٍ حليبي، وقد يلاحظ الفطر في إفرازات القصبات. بينما تحدث الإصابة بداء المبيضات الرئوي عند وصول الخميرة للأنسجة الرئوية، حيث تكون الأعراض مصحوبة بحمى مع زيادة سرعة النبض والتنفس، وسعال مع قشع دموي وضيق تنفس وألم في الصدر (ميثاق، 2009). وقد زاد في الآونة الأخيرة تسليط الضوء على الإنتانات الفطرية الرئوية بسبب انتشارها والتشابه الكبير في الخصائص السريرية والشعاعية بينها وبين السل، مما يعيق عملية كشفها وتديريها العلاجي، ووجد أنها تتسبب في مقتل ما يزيد عن مليون مريض سنوياً، وهذا شكل تحدياً عند مقدمي الرعاية الصحية، خاصة في الأماكن ذات الإمكانيات الطبية المحدودة. (Njovu et al, 2021).

2-أهداف البحث:

دراسة مدى انتشار الإنتانات الفطرية الرئوية الانتهازية عند مرضى السل الرئوي في مدينة حمص، وتحديد أبرز أنواع الفطريات المسببة لهذه الإنتانات.

3-المواد وطرائق العمل:

العينات المدروسة:

أجريت هذه الدراسة على عينات القشع الصباحية لمرضى مشخصين بالسل الرئوي ومرتابدين لمركز السل في مدينة حمص في الفترة الممتدة ما بين 20 كانون الأول 2020 وحتى 30 آب 2021. شملت الدراسة 80 مريضاً بعد الحصول على الموافقات اللازمة وتعبئة استبيان تم تصميمه للدراسة، تم أخذ العينات ضمن عيواتٍ خاصة لجمع القشع وإجراء الإختبارات عليها خلال مدة أقصاها ساعتين. تم تنفيذ الأعمال المخبرية المدرجة في الدراسة في مخبر البحث العلمي ومخبر الأحياء الدقيقة في كلية الصيدلة جامعة البعث والمخبر التابع لمركز السل التخصصي التابع لمديرية الصحة في حمص.

المواد المستخدمة في الدراسة Materials Used:

- عتيدة تلوين غرام Gram stain
- محلول 10% KOH
- ملون زرقة الميتلين
- وسط زرع سابورو دكستروز (SDA) Sabouraud Dextrose Agar
- وسط زرع يوريا Christansen's Urea Agar
- أكتيديون (Cycloheximide) بشكل مسحوق كريستالي
- كلورامفينيكول (مضاد حيوي واسع الطيف لمنع حدوث نموات جرثومية في الوسط) بشكل مسحوق كريستالي
- مرق تخمير خاص بالسكاكر

طريقة العمل:

تم جمع عينات قشع صباحية من المرضى بعد أخذ الموافقة اللازمة وتعبئة استبيان تم تصميمه للدراسة، قمنا بفحص العينات خلال ساعتين من عملية الجمع فحصاً مجهرياً مباشراً بعد معاملتها بمحلول KOH، كما تم زرع عينات القشع على نوعين من الأوساط:

سابورو دكستروز آغار مع كلورامفينيكول، وسابورو دكستروز آغار مع كلورامفينيكول و أكتيديون وتم الإعتماد على المكررات والأخذ بالنتائج المتطابقة فقط، لتقادي أن تكون المستعمرات النامية ناجمة عن تلوث خارجي. تم عزل المستعمرات النامية ودرستها مجهرياً، حيث قمنا بتلوين مستعمرات المبيضات بتلوين غرام وملاحظة الخلايا بيضوية الشكل، إيجابية الغرام، المترافقة في بعض الأحيان مع خيوط كاذبة. ومن أجل تحديد هوية المبيضات على مستوى النوع قمنا بتطبيق بعض الإختبارات الكيميائية الحيوية حيث قمنا باختبار نمو العزلات في درجات حرارة مختلفة وتطبيق اختبار اليورياز واختبار تخمير السكاكر على العزلات إضافة إلى اختبار الأنبوب الإنتاشي Germ Tube. أخيراً قمنا بإجراء تحليل إحصائي للنتائج التي ظهرت لدينا بالإستعانة ببرنامج SPSS النسخة 21، وتم تطبيق اختبار كاي تربيع لبيان وجود أي فروقات جوهرية ذات دلالة إحصائية، حيث درسنا علاقة كل من التدخين والجنس بالإصابة الفطرية عند هؤلاء المرضى، كما تم استخدام برنامج Microsoft Excel 2016 لرسم المخططات والأشكال البيانية.

❖ اختبار الأنبوب الإنتاشي Germ tube test:

تم تطبيق اختبار الأنبوب الإنتاشي على جميع مستعمرات المبيضات النامية للتحقق فيما لو كانت هذه المستعمرات من نوع *Candida albicans* أو لا، تم اعتماد طريقة (Forbes et al,2007) وفق مايلي:

نأخذ جزءاً صغيراً من مستعمرة مبيضات معزولة، ونضعها في 1مل بلازما بشرية (حصلنا عليها من عملية سحب دم على أنبوب سترات الصوديوم وتنقيله بسرعة 4000 دورة في الدقيقة ولمدة 5 دقائق) ثم نقوم بحضن الأنبوب الحاوي على بلازما مع المبيضات بدرجة 37° مئوية لمدة 3 ساعات على الأكثر. بعد انتهاء الحضن نأخذ قطرة من البلازما ونضعها على صفيحة زجاجية، نغطيها بساترة ونفحص تحت المجهر بعدسة 10× و 40× لملاحظة تشكل الأنبوب الإنتاشي، في حال تشكله، يعد الاختبار إيجابياً. نقوم بحضن الوسط في درجة حرارة 42° مئوية، ويدل نمو هذه المستعمرات في هذه الدرجة على أنها من نوع *Candida albicans*.

❖ الاختبارات الكيميائية الحيوية Biochemical Tests:

اختبار اليورياز Urease Test: يتم استخدام وسط آغار اليوريا من أجل تفريق الفطريات المشابهة للخمائر Yeast-Like-Fungi.

المبدأ : يتم تحطيم اليوريا من قبل الفطريات المنتجة لأنزيم اليورياز والذي ينجم عنه تحرر الأمونيا و ارتفاع PH الوسط مما يؤدي إلى تغير لون الوسط من الأصفر (PH=6.8) إلى الأحمر (PH=8.1). تعتبر النتيجة إيجابية عند ظهور اللون الوردي في الوسط كدليل على أن الكائنات الحية الدقيقة قامت بإنتاج اليورياز، أما في حال عدم حدوث تغير في اللون تعتبر النتيجة سلبية.

تم تلقيح وسط آغار اليوريا المصبوب في أنبوب بكمية كبيرة من العزلة النقية وذلك في القسم المائل من الوسط. ومن ثم حضن الأنبوب بدرجة حرارة 35°C ومراقبته خلال 24-48 ساعة (Public Health England, 2019). اختبار تخمير

الساكر Carbohydrate Fermentation Test:

أجري الإختبار طبقاً لطريقة (Baron et al,1990) حيث تم تلقيح كل أنبوب تم تحضيره سابقاً بعزلة نقية من المبيضات، مع التأكد أن أنبوب دورهام مملوء بالكامل بالمرق قبل التلقيح.

حضن الأنابيب بدرجة حرارة الغرفة لمدة 10-14 يوم، وفحصها كل 48-72 ساعة من حيث إطلاق الغاز الذي تتم ملاحظته في أنبوب دورهام.

تفسير نتائج الاختبار: يعتبر إطلاق الغاز الدليل الوحيد المُعتمد لتخمير الساكر، بينما قد يدلُّ تغير لون المشعر ببساطة أن السكر قد تم استهلاكه.

ستكون كل الساكر التي تم تخميرها، قد أُستهلكت أيضاً. لكن ليس من الضروري بالنسبة للعديد من الساكر التي تستهلك ، أن يتم تخميرها.

اختبار الزرع بدرجة حرارة $42-45^{\circ}\text{C}$ لمدة 48 ساعة:

تم استخدام هذا الاختبار من أجل تفريق *C. albicans* عن *C. dubliniensis*، حيث يكون النمو إيجابياً في هذه الشروط بالنسبة ل *C. albicans* بينما يكون سلبياً أو ضعيفاً بالنسبة إلى *C. dubliniensis* (Koundal et al,2020).

اختبار الزرع مع الأكتيديون في درجة حرارة 25°C :

تم استخدام هذا الاختبار من أجل تفريق بعض أنواع المبيضات، حيث أنَّ بعضها ينمو في هذه الحرارة، بينما يتثبط نمو بعضها الآخر (Sullivan et al,1995)(Abillah et al,2021).

تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS النسخة 21، وتمت الإستعانة باختبار كاي تربيع Chi-Square Test لاختبار وجود أي فروقات جوهرية ذات دلالة إحصائية واضحة، وتم اعتماد مستوى الدلالة عند $P\text{-value} \leq 0.05$ وتم على أساسه قبول الفرضيات ورفضها.

4-النتائج Results:

تضمنت الدراسة 80 مريض سلٍ رئوي (51 ذكر و 29 أنثى)، متوسط أعمارهم 42 ± 15.7 سنة. وقد أظهرت نتائج الزرع وجود 44 فرداً (بنسبة 55%) إيجابي الزرع الفطري (الشكل 1).



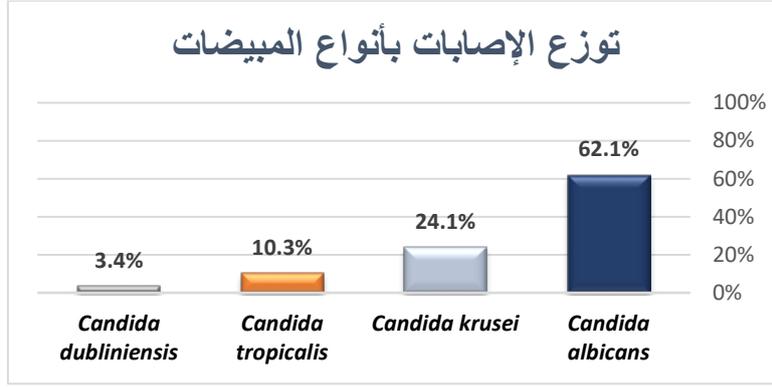
الشكل رقم (1) : A: المبيضات كما ظهرت تحت المجهر -B: مستعمرات المبيضات على وسط SDA

36.25% من المرضى ظهرت لديهم إصابة انتهازية بالمبيضات، والذكور كانوا الأكثر إصابة بنسبة 58.6%. بينما بينت نتائج الاختبارات الكيميائية الحيوية المطبقة هوية هذه المبيضات على مستوى النوع والمدرجة في الجدول (1):

الجدول رقم (1): نتائج الاختبارات الكيميائية الحيوية المطبقة على مستعمرات المبيضات:

| اختبار اليورياز بدرجة 25° | اختبار الأنثوب الإنثاشي | النمو على درجة SDA 45° | النمو بوجود الأكتيديون بدرجة 25° | نوع المبيضات |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|--|------------------------|
| - | + | + | + | <i>C. albicans</i> |
| + | - | + | - | <i>C. krusei</i> |
| + | - | - | + | <i>C. tropicalis</i> |
| - | + | - | + | <i>C. dubliniensis</i> |
| اختبار تخمير السكاكر | | | | نوع المبيضات |
| لاكتوز | سكروز | غلوكوز | | |
| - | - | + | | <i>C. albicans</i> |
| - | - | + | | <i>C. krusei</i> |
| - | + | + | | <i>C. tropicalis</i> |
| - | - | + | | <i>C. dubliniensis</i> |

النوع الأكثر انتشاراً هو *C. albicans* بنسبة 62.1%، تلاها *C. krusei* بنسبة 24.1% و *C. tropicalis* بنسبة 10.3% و *C. dubliniensis* بنسبة 3.4%. (الشكل 2)

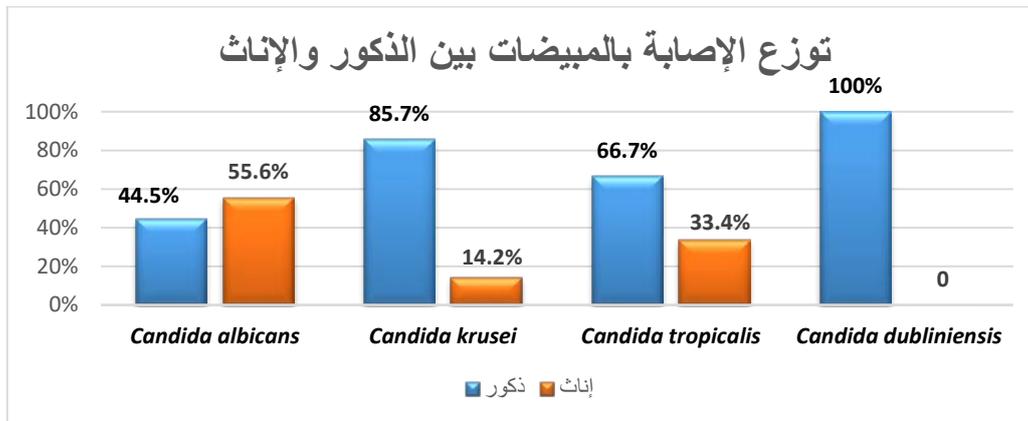


الشكل رقم (2): توزع الإصابات بأنواع المبيضات

عند دراسة توزع الذكور والإناث لكل نوع من الأنواع لدينا، والموضح في الجدول (2) لاحظنا أن الذكور هم الأعلى إصابة بجميع الأنواع باستثناء *Candida albicans* التي كانت نسبة إصابة الإناث فيها 55.6% (الشكل 3).

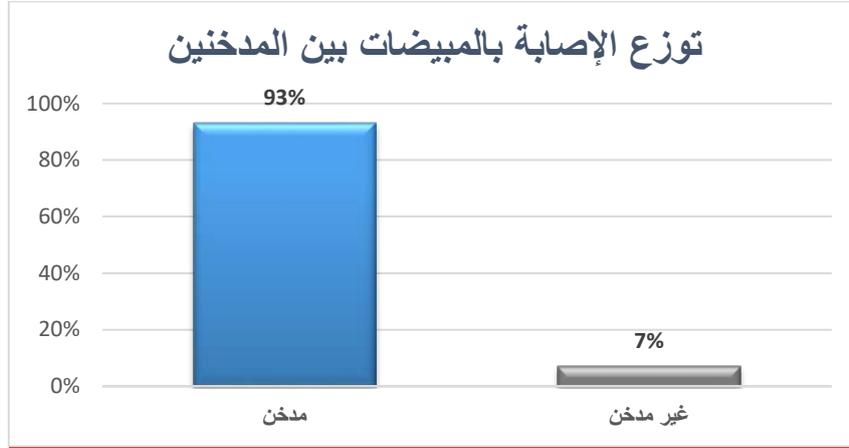
الجدول رقم (2): توزع الإصابة بالمبيضات بين الذكور والإناث:

| إناث (النسبة العدد المئوية) | ذكور (النسبة المئوية) العدد | كلي | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|-----------------------------|
| 10 (55.6%) | 8 (44.5%) | 18 | <i>Candida albicans</i> |
| 1 (14.2%) | 6 (85.7%) | 7 | <i>Candida krusei</i> |
| 1 (33.4%) | 2 (66.7%) | 3 | <i>Candida tropicalis</i> |
| 0 | 1 (100%) | 1 | <i>Candida dubliniensis</i> |
| 12 (41.3%) | 17 (58.6%) | 29 | |



الشكل رقم (3) : توزع الإصابة بالمبيضات بين الذكور والإناث

وعند دراسة نسبة المدخنين بين الأشخاص الذين ظهرت لديهم إصابة بالمبيضات، كانت النسبة 93.1% (الشكل 4)، مع ملاحظة ازديادا احتمالية إصابة مرضى السل الرئوي بالمبيضات في حالك كانوا مدخنين وبفارق معنوي عند مستوى احتمالية (P≤0.05).



الشكل رقم (4): توزع الإصابة بالمبيضات بين المدخنين

5- المناقشة Discussion:

إن انتشار الأمراض الفطرية الانتهازية التي تصيب الرئتين زاد بشكل كبير في الآونة الأخيرة، مع الاستعمال الموسع للصادات وأدوية العلاج الكيميائي والأدوية الكابتة للمناعة، والمترافقة مع ارتفاع وتيرة الإصابة بالأمراض الرئوية المزمنة، مثل الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD، وسرطان الرئة والسل الرئوي. وعلى الرغم من صعوبة العلاج إلا أنه ممكن، خاصة في حال تم اكتشاف المرض بشكل مبكر (Buthia et al, 2015).

وفي هذه الدراسة تم تقصي نسبة انتشار الإبتانات الفطرية الانتهازية عند 80 مريض سل رئوي في مدينة حمص، وبينت النتائج التي حصلنا عليها أن 36.25% منهم لديه إصابة بالمبيضات، وهي مقارنة لنسبة الإصابة في دراسة تمت في نيجيريا عام 2014 من قبل Taura وزملائه حيث بلغت 36.04% (Taura et al, 2014) ومنخفضة بالنسبة لدراسة تمت في الهند عام 2016 من قبل Astekar وزملائه بلغت فيها نسبة الإصابة بالمبيضات بين مرضى السل الرئوي 55% (Astekar et al, 2016)، ومرتفعة بالنسبة لدراسة قام بها Mwaura وزملائه في كينيا عام 2013 بلغت فيها نسبة الإصابة 25.5% (Mwaura et al, 2013)، ولعل هذا الإختلاف في نسب الانتشار عائدٌ إلى تنوع المواقع الجغرافية للدراسات، وحجم عينة الدراسة ونوعها، ونوع الأوساط الزراعية المستخدمة والطرق المخبرية المطبقة.

كما أظهرت نتائج الاختبارات الكيميائية الحيوية المطبقة أن المبيضات البيض *C. albicans* هي النوع الأكثر انتشاراً ونسبة 62.1%، تلاها *C. krusei* و *C. tropicalis* و *C. dubliniensis* بنسب 24.1% و 10.3% و 3.4% على الترتيب. وهذا متوافق مع العديد من الدراسات الأخرى التي كانت فيها المبيضات البيض هي النوع الأكثر انتشاراً من بين أنواع المبيضات الأخرى، ففي دراسة إندونيسية أجريت من قبل Soedarsono وزملائه بين عامي 2018 و 2019 ونشرت عام 2022 كانت نسبة المبيضات البيض 54.05%، والأنواع الأخرى المعزولة مشابهة للأنواع التي ظهرت لدينا (*Candida krusei* و *Candida tropicalis* و *Candida dubliniensis* إضافة إلى *Candida glabrata* و *Candida famata* و *Candida ciferii*) (Soedarsono et al, 2020)، وكذلك الأمر بالنسبة لدراسة مراجعة Review أجراها Hadadi وزملاؤه في إيران وشملت دراسات في آسيا وإفريقيا أجريت بين عامي 2001 و 2019 لتقصي

انتشار الإصابة بالمبيضات بين مرضى السل الرئوي وأظهرت أن المبيضات البيض هي النوع الأكثر انتشاراً بنسبة 65.8% والأنواع الأخرى المعزولة كانت (*Candida tropicalis* و *Candida parapsilosis* و *Candida galabrata* و *Candida krusei* و *Candida dubliniensis* و *Candida guilliermondii*) (Hadadi-Fishani et al, 2020)، ولعل الإختلاف في أنواع المبيضات الغير بيض *Non albicans* بين الدراسات عائد إلى اختلاف الطرق المخبرية المتبعة في تشخيص أنواع المبيضات، إضافة إلى تنوع المواقع الجغرافية.

قمنا في دراستنا أيضاً بدراسة عدة متغيرات لبيان علاقتها مع الإصابة الفطرية عند مرضى السل، منها الجنس والتدخين. فيما يتعلق بالجنس، وعلى الرغم من أن الإصابات بالأخماج الفطرية عند الذكور كانت أعلى من الإناث، لم نجد أي ارتباط بين الجنس والإصابة الفطرية ($P>0.05$)، وقد توافقت ذلك مع دراسة Njunda وزملائه في الكاميرون عام 2012 (Njunda et al, 2012)، ولم يتوافق مع دراسة Nehad Othman وزملائه في مصر عام 2013 ودراسة Ndukwu وزملائه في نيجيريا، حيث وجدوا أن الإصابات الفطرية تحدث عند الذكور بشكل أكبر، وعللوا ذلك بأنهم أكثر عرضة للعدوى نتيجة احتكاكهم مع الوسط الخارجي بشكل أكبر من الإناث. (Osman et al, 2013) (Ndukwu et al, 2016). ولكن في سورية ومع سنوات الحرب الطويلة وانخفاض معدل الذكور بالنسبة للإناث في المجتمع (Knoema, 2020) ازدادت مشاركة النساء في سوق العمل واحتكاكهم مع الوسط الخارجي، ولعل هذا أدى إلى فرص إصابة متساوية بين الجنسين.

كما درسنا توزع الذكور والإناث بين الأنواع المعزولة لدينا فكان الذكور أيضاً هم الأعلى إصابة بجميع أنواع المبيضات باستثناء المبيضات البيض *Candida albicans* التي كان الإناث هم الأعلى إصابة بها، وهذا مشابه لنتائج الدراسة التي أجريت في نيجيريا ونشرت عام 2019 والتي كانت فيها نسبة إصابة الإناث بالمبيضات البيض أعلى من الذكور أيضاً (Hanson et al, 2019) ويمكن أن يعزى ذلك إلى حقيقة أن عدد النساء اللواتي يسعين للحصول على الرعاية الطبية أعلى من الذكور مما يزيد احتمالية تعرضهم للعلاجات المضعفة للمناعة (مثل الصادات).

شكل المدخنون نسبة عالية من الأفراد المصابين بالأخماج الفطرية في دراستنا، حيث بلغت نسبتهم 93.1% وهي أعلى من النسبة التي تم الإبلاغ عنها من قبل Nehad Othman وزملائه في مصر، حيث بلغت نسبة المدخنين 45.5% (Osman et al, 2013)، و Soedarsono وزملائه في إندونيسيا عام 2020 حيث بلغت نسبتهم 59.1% (Soedarsono et al, 2020) وقد توافقت دراستنا مع هاتين الدراستين من حيث وجود علاقة ارتباط بين التدخين والإصابة بالخمج الفطري ($P<0.05$)، حيث يعد التدخين عاملاً مساعداً Co-Factor يساهم في تعزيز وتسريع حالة الكبت المناعي عند هؤلاء المرضى (Osman et al, 2013)، حيث وجد ان البلاعم السنخية عند المدخنين لديها قدرة منخفضة على البلعمة وتحدد وظيفي لمهامها في القضاء على العوامل الممرضة، كما تنتج مستويات أخفض من السيتوكينات مقارنة مع غير المدخنين (Pourbaix et al, 2020). ولم يتوافق ذلك مع دراسة Taura وزملائه في نيجيريا (Taura et al, 2014).

6-الاستنتاجات Conclusions:

- 1- تشكل المبيضات عاملاً ممرضاً انتهازياً ذا نسبة انتشار تصل إلى 36.25% عند مرضى السل الرئوي
- 2- المبيضات البيض *Candida albicans* هي النوع الفطري الأكثر شيوعاً عند مرضى السل المصابين بأخماج فطرية رئوية
- 3- حدوث هذه الإصابات مرتبط بكون الفرد مدخناً أم لا، حيث تزداد احتمالية الإصابة بالمبيضات في حال كان المريض مدخناً
- 4- لم نجد علاقة للجنس بحدوث الإنتان الفطري الانتهازي بالمبيضات عند مرضى السل الرئوي.

7-التوصيات Recommendations :

- 1- من الضروري أن تترافق الاختبارات التشخيصية للسل مع تحري وجود إصابات فطرية بشكل روتيني، من أجل الكشف المبكر عن هذه الإنتانات ورفع فرص الشفاء عند المرضى .
- 2- إجراء دراسة لمعرفة حساسية الأنواع الفطرية الانتهازية المنتشرة في مجتمعنا للمضادات الفطرية.
- 3- إجراء دراسات أوسع على مرضى بأنواع مختلفة من السل وحالات مرضية أخرى من نقص وكبت المناعة لمعرفة انتشار الإصابات الفطرية الانتهازية عندهم ومعرفة أبرز الأنواع المسببة لها.

8-المراجع preferences:

1. Abdillah, A., & Ranque, S. (2021). MalaSelect: A Selective Culture Medium for Malassezia Species. *Journal of Fungi*, 7(10), 824. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/jof7100824>
2. Astekar M, Bhatiya PS, Sowmya GV. Prevalence and characterization of opportunistic candidal infections among patients with pulmonary tuberculosis. *J Oral Maxillofac Pathol* 2016;20:183–9
3. Baron, E. J., & Finegold, S. M. (1990). *Bailey & Scott's Diagnostic Microbiology*. the CV Mosby Company. St. Louis, 181(4).
4. Buthia, T., & Adhikari, L. (2015). Pulmonary mycoses among the clinically suspected cases of pulmonary tuberculosis. *Int J Res Med Sci*, 3(1), 260–268.
5. Forbes, B. A., Sahm, D. F., & Weissfeld, A. S. (2007). *Diagnostic microbiology* (pp. 288–302). St Louis: Mosby.
6. *Global tuberculosis report 2021*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY–NC–SA 3.0 IGO.
7. Hadadi-Fishani, M., Shakerimoghaddam, A., & Khaledi, A. (2020). Candida coinfection among patients with pulmonary tuberculosis in Asia and Africa; A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Microbial Pathogenesis*, 139, 103898.
8. Hanson, A., Enoch, A. S., & Wokem, G. N. (2019). Tuberculosis–Candida co-infection in patients having pulmonary tuberculosis attending dots clinic in Rumuigbo model primary health centre in port harcourt, Nigeria. *Int J Trop Dis Health*, 35, 1–7
9. Koundal, S., & Cojandaraj, L. (2020). Candida Species–Morphology, Medical Aspects And Pathogenic Spectrum. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(07), 2020.
10. Lehmann, P. F. (1999). PR Murray, EJ Baron, MA Pfaller, FC Tenover and RH Yolken, eds. *Manual of Clinical Microbiology*. Mycopathologia, 146(2), 107.

11. Madi, D. R., Achappa, B., & Asokan, A. G. Study of Pulmonary Mycosis in a Tertiary Care Centre in a Coastal city of South India.
12. Mwaura, E. N., Matiru, V., & Bii, C. (2013). Mycological findings of sputum samples from pulmonary tuberculosis patients attending TB clinic in Nairobi, Kenya. *Virology & Mycology*, 2(3), 1–6.
13. Ndukwu, C. B., Mbakwem–Aniebo, C., & Frank–Peterside, N. (2016). Prevalence of Candida Co–Infections among Patients with Pulmonary Tuberculosis in Emuoha, Rivers State, Nigeria. *Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 11(5), 60–63.
14. Njovu, I. K., Musinguzi, B., Mwesigye, J., Kassaza, K., Turigurwa, J., Nuwagira, E., ... & Itabangi, H. (2021). Status of pulmonary fungal pathogens among individuals with clinical features of pulmonary tuberculosis at Mbarara University Teaching Hospital in Southwestern Uganda. *Therapeutic advances in infectious disease*, 8, 20499361211042477.
15. Njunda, A. L., Ewang, A. A., Kamga, L. H. F., Nsagha, D. S., Assob, J. C. N., Ndah, D. A., & Kwenti, T. E. (2012). Respiratory tract Aspergillosis in the sputum of patients suspected of tuberculosis in Fako division–Cameroon. *J Microbiol Res*, 2(4), 68–72.
16. Osman, N. M., Gomaa, A. A., & Sayed, N. M. (2013). Microarray detection of fungal infection in pulmonary tuberculosis. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 62(1), 151–157.
17. Pourbaix, A., Lafont Rapnouil, B., Guéry, R., Lanternier, F., Lortholary, O., & Cohen, J. F. (2020). Smoking as a risk factor of invasive fungal disease: systematic review and meta–analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 71(4), 1106–1119.
18. Public Health England. (2019). Urease test. UK Standards for Microbiology Investigations. TP 36 Issue 4. <https://www.gov.uk/uk-standards-for-microbiologyinvestigations-smi-quality-and-consistency-in-clinical-laboratories>
19. Soedarsono S, Prasetyo YD, Mertaniasih NM. Fungal isolates findings of sputum samples in new and previously treated cases of pulmonary tuberculosis in Dr. Soetomo Hospital Surabaya, Indonesia. *Int J Mycobacteriol* 2020;9:190–4.
20. Sullivan, D. J., Westerneng, T. J., Haynes, K. A., & Coleman, D. C. (1995). *Candida dubliniensis* sp. nov.: phenotypic and molecular characterization of a novel species associated with oral candidosis in HIV–infected individuals. *Microbiology*, 141(7), 1507–1521.

21. Syrian Arab Republic Male to Female Ratio, 1950–2021 – Knoema.com
(<https://knoema.com//atlas/Syrian-Arab-Republic/topics/Demographics/Population/Male-to-female-ratio>)
22. Taura, D. W., Adamu, S., Koki, Y. A., Musa, M. A., & Muhammad, B. B. (2014). Mycotic infections associated with pulmonary symptoms in patients attending Infectious Diseases Hospital, Kano. *Greener Journal of Microbiology and Antimicrobials*, 2(1), 015–020.
23. Walsh, T. J., & Dixon, D. M. (1996). Spectrum of Mycoses. In S. Baron (Ed.), *Medical Microbiology*. (4th ed.). University of Texas Medical Branch at Galveston.
24. ميثاق ستار عبود. (2009). عزل وتشخيص بعض أنواع الفطريات المرافقة لإفرازات القناة التنفسية في مدينة الناصرية. *Univesity of Thi-Qar Journal*, 5(3).

تحري الإصابة بالرشاشيات عند مرضى الخبثات الدموية في مدينة حمص - سورية

رفاه العلي* أ.د. وليد خدام** د. سندس ياسين***

(الإيداع: 8 حزيران 2022 ، القبول: 23 آب 2022)

الملخص:

يعد مرضى الخبثات الدموية من المرضى المثبتين مناعياً نظراً لتلقيهم العلاج الكيماوي بجرعات عالية، مما يجعلهم عرضة للإصابة بالانتانات الانتهازية، ولا سيما الإنتانات الفطرية التي تعد الرشاشيات من أهم العوامل المسببة لها. تهدف هذه الدراسة إلى تحري الإصابة بداء الرشاشيات عند مرضى الخبثات الدموية (الابيضاض الحاد، الابيضاض المزمن، اللفوما، الورم النقوي العديد)، وإلى تحديد أنواع هذه الرشاشيات. أجريت هذه الدراسة على 100 مريض من مرضى الخبثات الدموية المراجعين لشعبة أمراض الدم في بعض مشافي مدينة حمص، وذلك في الفترة الممتدة بين شهري كانون الأول 2020 وأيلول 2021. تم جمع عينات قشع من المرضى وإجراء فحص مجهري مباشر لها، ومن ثم زرعها على وسط سابورو دكستروز أغار (SDA) Sabouraud dextrose agar المضاف إليه الكلورامفينكول، ومن ثم تحديد هوية الرشاشيات النامية اعتماداً على الصفات المورفولوجية والمجهريه لمستعمراتها. بلغت نسبة الإصابة بالرشاشيات عند المرضى 11%، وكانت الرشاشية الصفراء والرشاشية السوداء هي أكثر أنواع الرشاشيات المعزولة بنسبة 36.36% لكل منهما، وتلتها الرشاشية الدخناء بنسبة 27.27%. وجدنا ارتباطاً معنوياً بين الإصابة بالرشاشيات وكل من التدخين، نوع المرض الدموي الخبيث، عدد العدلات. بينما لم نجد ارتباطاً بين الإصابة بالرشاشيات وكل من جنس المريض وعمره.

الكلمات المفتاحية: داء الرشاشيات، الخبثات الدموية، الإنتانات الفطرية، الرشاشية الدخناء، الرشاشية الصفراء، الرشاشية السوداء.

*طالبة ماجستير في قسم الكيمياء الحيوية والأحياء الدقيقة - كلية الصيدلة - جامعة البعث
**أستاذ في قسم الكيمياء الحيوية والأحياء الدقيقة - كلية الصيدلة - جامعة البعث
***مدرس في قسم الكيمياء الحيوية والأحياء الدقيقة - كلية الصيدلة - جامعة القلمون

Investigation of Aspergillosis among Patients with Hematological Malignancies in Homs City – Syria

Rafah Alali*

Walid Khaddam**

Sundus Yaseen***

(Received: 8 June 2022, Accepted: 23 August 2022)

Abstract:

Patients with Hematologic Malignancies are immunosuppressed because they receive high doses of chemotherapy, which makes them susceptible to opportunistic infections, especially fungal infections, of which *Aspergillus* is one of the most important causative factors. This study aims to investigate the incidence of aspergillosis in patients with hematologic malignancies and to determine the types of these *Aspergillus*. This study was conducted on 100 patients with hematologic malignancies attending the Hematology Department in some hospitals in the city of Homs, during the period between December 2020 and September 2021. Sputum samples were collected from the patients and a direct microscopic examination was performed on them, and then cultured on Sabouraud dextrose agar medium (SDA), supplemented with chloramphenicol. The identity of the developing *Aspergillus* was determined based on the macroscopic and microscopic shape of its colonies. The incidence of aspergillosis among patients was 11%. *Aspergillus flavus* and *Aspergillus niger* were the most isolated of *Aspergillus* species. with 36.36% each, followed by *Aspergillus fumigatus* with 27.27%. We found a significant association between aspergillosis and smoking, malignant blood disease type, and neutrophil count, while we did not find a relationship between aspergillosis and the patient's gender and age.

Key Words: Aspergillosis, Hematologic Malignancies, Fungal infections, *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger*.

*Master student in the department of biochemistry and microbiology, Faculty of pharmacy, Al-Baath university

**Professor in the department of biochemistry and microbiology, Faculty of pharmacy, Al-Baath university

***Lecturer in the department of biochemistry and microbiology, Faculty of pharmacy, Al-Kalamoon university

1-المقدمة Introduction:

تسبب الإنتانات الفطرية وفاة أكثر من 1.5 مليون شخص سنوياً، ومع ذلك لا تزال موضوعاً مهملاً من قبل العاملين في المجال الصحي (1).

تعد الإنتانات الفطرية إنتانات انتهازية لأنها غالباً لا تسبب مرضاً عند الأشخاص الأصحاء أو تسبب مرضاً خفيفاً، بينما تسبب مرضاً شديداً عند الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة مثل مرضى الإيدز وزرع الأعضاء والسرطان وكوفيد19 نتيجة تناولهم لأدوية مثبطة للمناعة مثل الأدوية الكيماوية، والستيروئيدات القشرية، والمضادات الحيوية لفترة طويلة مما يؤدي لحدوث نقص في العدلات، أو نتيجة مكوثهم لفترة طويلة في وحدات العناية المركزة في المشافي مما يجعلهم عرضة للإصابة بالفطور الانتهازية (2، 3).

يعد مرضى الخباثات الدموية من المرضى المثبتين مناعياً بشدة بسبب العلاج الكيماوي الذي يعطى بجرعات عالية وهو مايسمى العلاج الكيماوي الهجومي Aggressive chemotherapy الذي يسبب أذية للخلايا المخاطية، كما يؤثر على نقي العظم ويسبب حدوث قلة في العدلات Neutropenia الضرورية للقيام بنشاط البلعمة، مما يؤدي إلى حدوث إنتانات انتهازية ولا سيما خلال الدورة الأولى من العلاج الكيماوي (4).

يعد فطر *Aspergillus sp.* من الفطور الخيطية الانتهازية، وهي ذات انتشار واسع في الطبيعة، تتميز بسهولة انتشار أوباعها الكونيدية *Conidia*، وتتم العدوى عن طريق استنشاق تلك الأبواغ محدثة مجموعة من الإنتانات تدعى بداء الرشاشيات *Aspergillosis*، وتتعرض قدرتها الإمرضية عند حدوث خلل في العضوية، حيث أن معظم الإصابات الشديدة والخطيرة تحدث عند المرضى المثبتين مناعياً، حيث تنتشر إلى أعماق النسيج الرئوي مؤدية لداء الرشاشيات الرئوي الذي من الممكن أن ينتشر إلى كافة الأعضاء (5).

تعد الرشاشية الدخناء *Aspergillus fumigatus* من أكثر أنواع الرشاشيات المسببة للإنتانات الانتهازية، تليها الرشاشية الصفراء *A. flavus*، ومن ثم الرشاشية السوداء *A. niger*، وأخيراً الرشاشية الأرضية *A. terreus* (6). لوحظ في السنوات الأخيرة تراجع نسبة الإصابة بالرشاشية الدخناء *A. fumigatus* مع زيادة تواتر الإصابة بالرشاشية الصفراء *A. flavus* والرشاشية الأرضية *A. terreus* (7).

بما أن الخباثات الدموية من السرطانات الشائعة في بلادنا، وكونها تترافق مع الكثير من الأخماج الانتهازية، لذلك كان لا بد من دراسة مدى مشاركة الرشاشيات في إحداث هذه الأخماج حيث أن معرفة نسبة انتشار الإصابة بداء الرشاشيات عند هؤلاء المرضى قد يساعد في تحديد متى وكيف يمكن إضافة المضادات الفطرية إلى المعالجة.

2-أهداف البحث Research aims:

مع الانتشار الواسع لأنواع جنس الرشاشيات *Aspergillus* وسهولة تكاثره اللاجنسي بالأبواغ الكونيدية صغيرة الحجم، والتي تنتقل بالماء والهواء والتربة، ولأنه من الفطريات المترمة على المواد الغذائية بكثرة، و نظراً لسرعة تبوغه، جميع هذه العوامل تجعل من داء الرشاشيات مرضاً صامتاً خفياً وسريع الانتشار، ولاسيما عند المرضى المثبتين مناعياً كمرضى الخباثات الدموية، لذلك هدف هذا البحث إلى:

1. تحري وجود إصابة بداء الرشاشيات *Aspergillosis* عند مرضى الخباثات الدموية
2. تحديد أنواع الرشاشيات المعزولة *Aspergillus spp.*
3. إجراء دراسة إحصائية للنتائج باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS 21

3- مواد وطرائق العمل **Materials and Methods**:

مجتمع الدراسة **Study population**:

شملت هذه الدراسة 100 مريض من المرضى المشخصين بأحد أنواع الخباثات الدموية (الابيضاضات الحادة، الابيضاضات المزمنة، اللفومات، الورم النقوي العديد)، المراجعين لشعبة أمراض الدم في بعض مشافي مدينة حمص، من الذكور والإناث، ومن مختلف الفئات العمرية تراوحت من عمر 9 أعوام حتى 85 عاماً، وتم ملء استمارة بيانات لكل مريض.

جمع العينات **Samples collection**:

جمعت عينات قشع صباحية من المرضى قبل تناول أي طعام أو شراب، وبعد الطلب من كل مريض أن يقوم بالغرغرة بمصل فيزيولوجي عقيم، ومن ثم القيام بعملية شهيقة متبوعة بسعال عميق في طبق بتري عقيم. وأرسلت العينات إلى مخبر البحث العلمي في كلية الصيدلة بجامعة البعث.

معايير استبعاد العينات:

1. عينات القشع الممزوجة باللعباب
2. العينات ذات الكمية غير الكافية لإجراء الفحوص المطلوبة
3. عينات القشع غير الصباحية
4. عينات القشع التي لم تزرع خلال ساعتين من جمعها ولم يتم حفظها في البراد

الفحص المجهرى المباشر:

تم إجراء فحص مباشر للعينات، وذلك بمد لطاخة من عينة القشع على صفيحة زجاجية ووضع قطرة من محلول 10% KOH حيث تقوم هذه المادة بإزالة الحطام الخلوي في العينة وتترك الجدر الخلوية للخيوط الفطرية سليمة، وبالتالي تنظف الخلفية وتوضح العنصر الفطري تحت المجهر، وتم فحصها بالعدسة $\times 10$ و $\times 40$.

زراع العينات:

زرعت العينات على وسط سابورو دكستروز آغار (SDA) Sabouraud dextrose agar المضاف إليه الكلورامفينيكول (لتثبيط نمو الجراثيم)، مع إجراء ثلاث مكررات زرعية (لنفي أن يكون النمو ناتج عن تلوث خارجي)، وحضنت الأطباق بدرجة حرارة 1 ± 30 درجة مئوية، لمدة (5-7) أيام.

الفحص العياني والمجهرى للمستعمرات الفطرية:

صنفت الرشاشيات النامية بالعين المجردة اعتماداً على شكل المستعمرات ولونها وأبعادها ومقلوبها، ثم فحصت مجهرياً بهدف تعريف الفطر، وحددت الأنواع بالاعتماد على المفاتيح التصنيفية المرجعية (5، 8).

الزرع على وسط Czapek:

تمت تنقية عزلات الرشاشيات *Aspergillus* التي نمت على وسط SDA بتتميتها على وسط Czapek لملاحظة صفات مستعمرات الرشاشيات *Aspergillus* على هذا الوسط أيضاً من أجل التوصيف الدقيق وزيادة فرصة التعرف على أنواع الرشاشيات *Aspergillus species* وذلك بمقارنتها مع مفاتيح تصنيفية مرجعية (9).

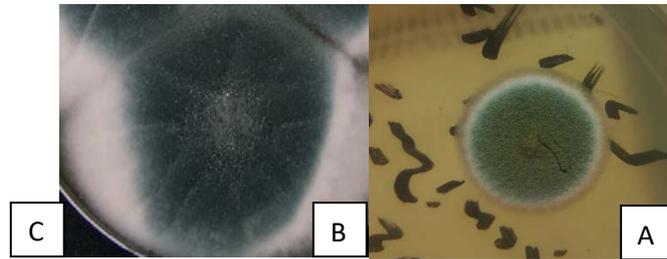
التحليل الإحصائي **Statistical analysis**:

تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS 21 لتقييم الأهمية الإحصائية للارتباطات بين المتغيرات المدروسة وذلك بتطبيق اختبار الاستقلالية اللامعلمي مربع كاي χ^2 لدراسة العلاقة بين كل من المتغيرات (الجنس، العمر، التدخين، نوع المرض الدموي الخبيث، تعداد العدلات) والإصابة بالرشاشيات، حيث تم اعتبار قيم P-Value الأقل من 0.05 مهمة إحصائياً.

4-النتائج Results:

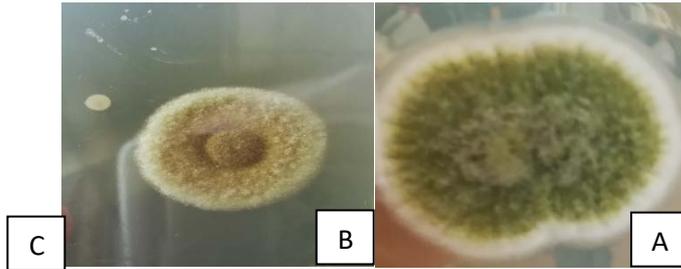
تم اعتبار النتيجة إيجابية عند نمو مستعمرات الرشاشيات *Aspergillus* على المكررات الزرعية الثلاث لوسط سابورو دكستروز آغار (SDA) لنفي أن يكون النمو ناجم عن تلوث خارجي.

ظهرت بعض مستعمرات الرشاشيات على وسط SDA على شكل مشائج نمت هوائياً بعيداً عن السطح، وبعضها الآخر كان مسطحاً ويقوام مخملي Velvet-like، وبألوان تختلف من نوع لآخر، حيث ظهرت مستعمرات الرشاشية الدخناء *A. fumigatus* على وسط SDA يقوام مخملي مع سطح مستوي ولون أزرق مخضر، وظهر مقلوب المستعمرة بلون باهت أو مصفر، بينما ظهرت على وسط Czapek بلون أزرق مخضر، وظهر مقلوب المستعمرة بلون باهت أو كريمي، وعند فحصها مجهرياً ظهرت حوامل الأبواغ الكونيدية ملساء والحويصلات مضرية الشكل، والفياليدات وحيدة السلسلة ذات شكل قاروري وبدت متقاربة إلى جانب بعضها البعض، وكانت الأبواغ الكونيدية شبه كروية ومصطفة ضمن سلاسل. (الشكل رقم 1)



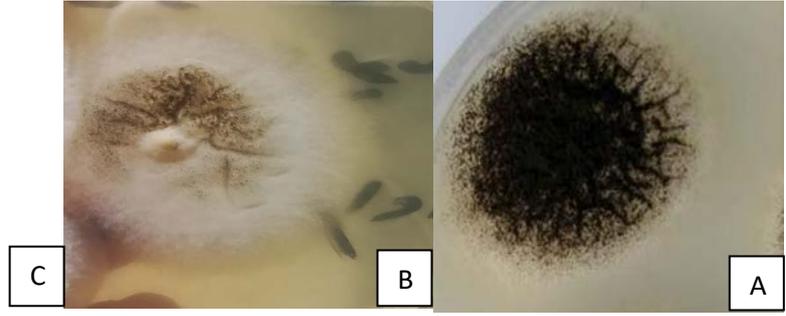
الشكل رقم (1): مستعمرة الرشاشية الدخناء (A على وسط SDA، B على وسط Czapek، C تحت المجهر)

بينما ظهرت مستعمرات الرشاشية الصفراء *A. flavus* على وسط SDA يقوام مخملي زغبي، وبلون أخضر مصفر ومحيط أبيض، وظهر مقلوب المستعمرة بلون كريمي إلى أصفر باهت، بينما ظهرت على وسط Czapek يقوام زغبي ولون مصفر في البداية ثم تحول تدريجياً إلى لون أصفر مخضر، وعند فحصها مجهرياً ظهرت خيوط فطرية مقسمة بحواجز مع حوامل كونيدية ذات جدار سميك وخشن، وظهر الرأس الحويصلي بشكل كروي أو متطاوّل قليلاً. (الشكل رقم 2).



الشكل رقم (2): مستعمرة الرشاشية الصفراء (A على وسط SDA، B على وسط Czapek، C تحت المجهر)

أما مستعمرات الرشاشية السوداء *A. niger* فظهرت على وسط SDA يقوام زغبي ولون أبيض في البداية مالم يثبت أن تحول إلى اللون الأسود بسرعة، وظهر مقلوب المستعمرة بلون أبيض شاحب، وظهرت على وسط Czapek بنفس الشكل تقريباً، أما مجهرياً فظهر الحامل الكونيدي بشكل طويل نسبياً (3000–400 μm) وفي نهايته حويصل كروي، وبدت الأبواغ كروية الشكل بلون بني إلى أسود. (الشكل رقم 3)



الشكل رقم (3): مستعمرة الرشاشية السوداء (A على وسط SDA، B على وسط Czapek، C تحت المجهر)

ظهرت أنواع جنس الرشاشيات *Aspergillus* في 11 عينة من أصل 100 عينة من عينات القشع المأخوذة من المرضى، أي بلغت نسبة الإصابة بالرشاشيات 11%، وشكلت الرشاشية الصفراء *A. flavus* والرشاشية السوداء *A. niger* النسبة العظمى من هذه الرشاشيات حيث شكلت كل منها 36.36%، وتلتهما الرشاشية الدخناء *A. fumigatus* بنسبة 27.27% كما هو موضح في الجدول رقم (1).

الجدول رقم (1): أنواع الرشاشيات المعزولة من القشع

| النسبة المئوية | عدد العزلات | نوع الفطر المعزول |
|----------------|-------------|------------------------------|
| 36.36% | 4 | <i>Aspergillus flavus</i> |
| 36.36% | 4 | <i>Aspergillus niger</i> |
| 27.27% | 3 | <i>Aspergillus fumigatus</i> |
| 100 | 11 | الإجمالي |

دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات وجنس المريض:

بلغ عدد الذكور في العينة المدروسة 48 مريضاً، بينما بلغ عدد الإناث 52 مريضة، ولوحظ أن نسبة الإصابة بالرشاشيات عند الإناث كانت أعلى منها عند الذكور حيث بلغت نسبة الإصابة عند الإناث 11.5% بينما بلغت عند الذكور 10.4%. بتطبيق اختبار مربع كاي لم نجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالرشاشيات وجنس المريض كما هو موضح في الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2): توزيع الإصابة بالرشاشيات بين الجنسين

| P-value | عدد المصابين بالرشاشيات (%) | عدد المرضى | الجنس |
|---------|-----------------------------|------------|-------|
| 0.858 | 5 (10.4%) | 48 | ذكور |
| | 6 (11.5%) | 52 | إناث |

دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات وعمر المريض:

تم تقسيم المرضى في هذه الدراسة حسب العمر إلى 6 فئات، وتبين أن النسبة الأعلى للإصابة بالرشاشيات كانت في الفئة العمرية (60-74) عام، حيث بلغت نسبة الإصابة عند مرضى هذه الفئة 14.3%. بتطبيق اختبار مربع كاي لم نجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالرشاشيات وعمر المريض كما هو موضح في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (3): توزيع الإصابة بالرشاشيات بين الفئات العمرية

| P-value | عدد المصابين بالرشاشيات (%) | عدد المرضى | الفئة العمرية (سنة) |
|---------|-----------------------------|------------|---------------------|
| 0.978 | 1 (9.1%) | 11 | <15 |
| | 1 (6.7%) | 15 | 29-15 |
| | 1 (9.1%) | 11 | 44-30 |
| | 2 (13.3%) | 15 | 59-45 |
| | 4 (14.3%) | 28 | 74-60 |
| | 2 (10%) | 20 | >74 |

دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات والتدخين:

بلغ عدد المرضى المدخنين في العينة المدروسة 38 مريضاً، بينما بلغ عدد المرضى غير المدخنين 62 مريضاً، وكانت نسبة الإصابة بالرشاشيات عند المرضى المدخنين أعلى منها عند المرضى غير المدخنين، حيث بلغت نسبة الإصابة بالرشاشيات عند المرضى المدخنين 21.1% بينما بلغت النسبة عند المرضى غير المدخنين 4.8%. بتطبيق اختبار مربع كاي وجدنا علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالرشاشيات والتدخين كما هو موضح في الجدول رقم (4).

الجدول رقم (4): توزيع الإصابة بالرشاشيات بين المدخنين وغير المدخنين

| P-value | عدد المصابين بالرشاشيات (%) | عدد المرضى | التدخين |
|---------|-----------------------------|------------|----------|
| 0.012 | 8 (21.1%) | 38 | مدخن |
| | 3 (4.8%) | 62 | غير مدخن |

دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات ونوع المرض الدموي الخبيث:

تم تقسيم المرضى في العينة المدروسة حسب نوع المرض الدموي الخبيث، حيث شملت الدراسة الأمراض التالية: (الابيضاض النقوي الحاد AML، الابيضاض النقوي المزمن CML، الابيضاض اللمفاوي الحاد ALL، الابيضاض اللمفاوي المزمن CLL، لمفوما هودجكن HL، لمفوما لاهودجكن NHL، الورم النقوي العديد MM)، وكانت النسبة الأعلى للإصابة بالرشاشيات عند مرضى AML حيث بلغت نسبة الإصابة عند هؤلاء المرضى 40%. بتطبيق اختبار مربع كاي وجدنا علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالرشاشيات ونوع المرض الدموي الخبيث كما هو موضح في الجدول رقم (5).

الجدول رقم (5): توزيع الإصابة بالرشاشيات حسب المرض الدموي الخبيث

| P-value | عدد المصابين بالرشاشيات (%) | عدد المرضى | نوع المرض الدموي الخبيث |
|---------|-----------------------------|------------|-------------------------|
| 0.014 | 6 (40%) | 15 | AML |
| | 0 (0%) | 7 | ALL |
| | 2 (10%) | 20 | CML |
| | 1 (6.7%) | 15 | CLL |
| | 0 (0%) | 8 | MM |
| | 1 (5.9%) | 17 | LH |
| | 1 (5.6%) | 18 | NHL |

دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات وعدد العدلات:

تم تقسيم المرضى حسب عدد العدلات (درجة التثبيط الدموي) إلى 3 مجموعات: مرضى مثبطين بشدة (عدد العدلات أقل من 500/ميكروليتر)، مرضى مثبطين بشكل متوسط (عدد العدلات 500-1500/ميكروليتر)، ومرضى غير مثبطين (عدد العدلات أكثر من 1500/ميكروليتر)، وكانت النسبة الأعلى للإنتانات الفطرية عند المرضى المثبطين بشدة (عدد العدلات أقل من 500/ميكروليتر)، حيث بلغت نسبة الإصابة لديهم 28.6%. بتطبيق اختبار مربع كاي وجدنا علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة الفطرية وعدد العدلات كما هو موضح في الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6): توزيع الإصابة بالرشاشيات حسب عدد العدلات

| P-value | عدد المصابين بالرشاشيات (%) | عدد المرضى | عدد العدلات |
|---------|-----------------------------|------------|------------------------|
| 0.012 | 6 (28.6%) | 21 | أقل من 500/ميكروليتر |
| | 3 (9.1%) | 33 | 500-1500/ميكروليتر |
| | 2 (4.3%) | 46 | أكثر من 1500/ميكروليتر |

5- المناقشة Discussion:

تم في هذه الدراسة تحري الإصابة بالرشاشيات عند مرضى الخباثات الدموية في حمص، وذلك بأخذ عينات قشع من المرضى وزرعها على الأوساط الفطرية المناسبة، ومن ثم قراءة النتائج وتحليلها إحصائياً. بلغت نسبة الإصابة بالرشاشيات عند المرضى في دراستنا 11%. جاءت هذه النتيجة متقاربة لدراسة أجريت في البرازيل (10) حيث بلغت نسبة الإصابة بالرشاشيات 8.5%، ومتقاربة لدراسة أجريت في اليونان (11) حيث بلغت نسبة الإصابة بالرشاشيات 10%. بينما كانت مرتفعة بالنسبة لدراسة أجريت في إيطاليا (12) حيث بلغت نسبة الإصابة بالفطريات الخيطية 1.9% وكانت النسبة العظمى من الفطريات الخيطية المعزولة عبارة عن رشاشيات *Aspergillus*، ومرتفعة بالنسبة لدراسة أجريت في إيران (13)، حيث بلغت نسبة الإصابة بالرشاشيات 3.9%.

قد يعزى سبب الاختلاف في نسب الإصابة بالرشاشيات بين دولة وأخرى إلى اختلاف المنطقة الجغرافية والظروف البيئية من حرارة ورطوبة، حيث تلعب هذه العوامل دوراً كبيراً في تعزيز أو الحد من انتشار هذه الفطور (12)، بالإضافة إلى تلقي المرضى إلى علاج وقائي مضاد للفطور في كل من دراستي إيطاليا وإيران (12، 13)، على عكس دراستنا حيث لم يتلقى المرضى أي علاج مضاد للفطور مما قد يكون ساهم في انخفاض نسبة الإصابة في هاتين الدراستين عن دراستنا. عند المقارنة بين نسب أنواع الرشاشيات المعزولة لوحظ أن الرشاشية الصفراء *A. flavus* والسوداء *A. niger* شكلت النسبة العظمى منها، حيث شكلت كل منهما نسبة 36.36% من مجموع الرشاشيات المعزولة، بينما شكلت الرشاشية الدخناء *A. fumigatus* نسبة 27.27%. توافقت دراستنا في هذه النتيجة مع دراسة أجريت في تايوان (14)، حيث كانت نسبة الرشاشية الدخناء أقل من الأنواع الأخرى، فيما اختلفت دراستنا بهذه النتيجة مع عدد من الدراسات (10، 13) حيث كانت نسبة الرشاشية الدخناء أعلى من الأنواع الأخرى.

قد يعزى سبب الاختلاف إلى اختلاف المنطقة الجغرافية والظروف البيئية، حيث تملك الرشاشية الصفراء *A. flavus* قدرة فريدة على البقاء على قيد الحياة في درجات الحرارة المرتفعة لذلك يكثر انتشارها في بلدان الشرق الأوسط وإفريقيا وجنوب شرق آسيا (14).

عند دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات وجنس المريض، وجد أنه لا علاقة بين الإصابة بالرشاشيات والجنس وذلك بسبب تعرض المرضى من الجنسين لعوامل الخطورة ذاتها وبنفس الدرجة، وقد توافقت هذه النتيجة مع جميع الدراسات المقارنة ولم تختلف مع أي دراسة (10، 12).

وعند دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات وعمر المريض، تبين عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالرشاشيات والعمر، ويعزى السبب في ذلك إلى تعرض جميع المرضى من مختلف الفئات العمرية إلى عوامل الخطورة ذاتها، وقد توافقت هذه النتيجة مع جميع الدراسات المقارنة التي درست العلاقة بين هذين المتغيرين (10، 12).

أما عند دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات والتدخين، تبين أن هذه العلاقة كانت ذات دلالة إحصائية حيث بلغت نسبة الإصابة عند المدخنين 21.1%، بينما بلغت عند المرضى غير المدخنين 4.8%، ويعزى السبب في ذلك إلى أن التدخين يؤثر في الجهاز التنفسي من خلال إزالة الغشاء المخاطي الهدي للظاهرة التنفسية وتثبيط النشاط البلعمي للبلاعم السنخية *Alveolar macrophages*، كما أن التدخين يعمل كمعدل لجهاز المناعة حيث أنه يسبب انخفاض استجابة الانتروفيرون بيتا وغاما، وانخفاض نشاط الغلوبولين المناعي والخلايا التائية والعدلات ويثبط السيتوكينات الالتهابية (15). لم نجد أي دراسة مرجعية درست العلاقة بين الإصابة الفطرية والتدخين عند مرضى الخباثات الدموية.

عند دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات ونوع المرض الدموي المدروس، وجد أن هذه العلاقة كانت ذات دلالة إحصائية، حيث كانت النسبة الأعلى للإصابة عند مرضى الابيضاض النقوي الحاد *AML*، ويعزى السبب في ذلك إلى العلاج الكيماوي الهجومي الذي يعطى لهؤلاء المرضى مما يؤدي لحدوث تثبيط نقوي شديد لديهم. توافقت هذه النتيجة مع العديد من الدراسات (10، 12، 13، 16)، بينما اختلفت مع دراسة أجريت في اليونان (11) حيث كانت نسبة الإصابة أعلى عند مرضى الابيضاض اللمفاوي الحاد *ALL*، يعزى سبب الاختلاف في هذه النتيجة إلى أن هذه الدراسة أجريت على أطفال مصابين بخباثات دموية وكان أغلب المرضى هم مرضى *ALL*، بينما أجريت دراستنا على مرضى من مختلف الفئات العمرية.

تبين عند دراسة العلاقة بين الإصابة بالرشاشيات وتعداد العدلات أن هذه العلاقة كانت ذات دلالة إحصائية حيث كانت النسبة الأعلى للإصابة عند مرضى قلة العدلات الشديدة (أقل من 500/ميكروليتر). يعزى السبب في ذلك إلى أن العدلات تشكل جزءاً هاماً من الجهاز المناعي وضرورية للقيام بنشاط البلعمة، توافقت دراستنا في هذه النتيجة مع جميع الدراسات المقارنة التي درست العلاقة بين هذين المتغيرين (11، 12، 13، 16).

6-الاستنتاجات Conclusions:

1. الإصابة بالرشاشيات عدوى شائعة عند مرضى الخباثات الدموية.
2. تزايد الإصابة بالرشاشية الصفراء *A. flavus* والسوداء *A. niger* مقارنةً بالرشاشية الدخناء *A. fumigatus*.
3. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالرشاشيات وكل من التدخين، نوع المرض الدموي الخبيث، وتعداد العدلات.
4. مرضى الابيضاض النقوي الحاد AML هم المرضى الأكثر عرضة للإصابة بداء الرشاشيات الانتهازي من بين مرضى الخباثات الدموية.
5. مرضى قلة العدلات الشديدة (أقل من 500/ميكروليتر) هم المرضى الأكثر عرضة للإصابة بداء الرشاشيات الانتهازي.

7-التوصيات Recommendations:

1. ضرورة إجراء فحوص مخبرية فطرية دورية لمرضى الخباثات الدموية بهدف تحري الإصابة الفطرية ولاسيما عند مرضى AML ومرضى قلة العدلات.
2. تنبيه مرضى الخباثات الدموية لضرورة الإقلاع عن التدخين كونه يساهم بشكل كبير في إضعاف الجهاز المناعي ويزيد من فرص الإصابة بالانتانات الفطرية الانتهازية.
3. إجراء دراسات مستقبلية موسعة لتحري الإصابة الفطرية عند مرضى الخباثات الدموية بأخذ أنواع أخرى من العينات مثل الدم والبراز ومسحات الأنف والفم.
4. إجراء دراسة يتم فيها بالإضافة إلى تحري الفطور الانتهازية دراسة حساسيتها للمضادات الفطرية.

8-المراجع References:

1. Bongomin, F., Gago, S., Oladele, R. O., & Denning, D. W. (2017). Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases–Estimate Precision. *Journal of fungi* (Basel, Switzerland), 3(4), 57.
2. Maertens, J., Vrebos, M., & Boogaerts, M. (2001). Assessing risk factors for systemic fungal infections. *European journal of cancer care*, 10(1), 56–62.
3. Koehler, P., Cornely, O. A., Böttiger, B. W., Dusse, F., Eichenauer, D. A., Fuchs, F., Hallek, M., Jung, N., Klein, F., Persigehl, T., Rybniker, J., Kochanek, M., Böll, B., & Shimabukuro-Vornhagen, A. (2020). COVID-19 associated pulmonary aspergillosis. *Mycoses*, 63(6), 528–534.
4. Wang, E. S. (2017). Common fungal infections in patients with leukemia. *Clinical advances in hematology & oncology: H&O*, 15(5), 352–354.
5. Dismukes, W. E., Pappas, P. G., & Sobel, J. D. (Eds.). (2003). *Clinical mycology*.
6. Morgan, J., Wannemuehler, K. A., Marr, K. A., Hadley, S., Kontoyiannis, D. P., Walsh, T. J., ... & Warnock, D. W. (2005). Incidence of invasive aspergillosis following hematopoietic stem cell and solid organ transplantation: interim results of a prospective multicenter surveillance program. *Medical mycology*, 43(Supplement_1), S49–S58.

7. Garnacho–Montero, J., Olaechea, P., Alvarez–Lerma, F., Alvarez–Rocha, L., Blanquer, J., Galván, B., ... & Barberan, J. (2013). Epidemiology, diagnosis and treatment of fungal respiratory infections in the critically ill patient. *Rev Esp Quimioter*, 26(2), 173–188.
8. Sutton, D. A., Fothergill, A. W., & Rinaldi, M. G. (1997). *Guide to clinically significant fungi*. Baltimore: Williams & Wilkins.
9. Klich, M. A. (2002). *Identification of common Aspergillus species*. CBS.
10. Camplesi, M., Silva, H. M., Arantes, A. M., Costa, C. R., Ataide, F. S., Silva, T. C., ... & Silva, M. D. R. R. (2017). Invasive fungal infection in patients with hematologic disorders in a Brazilian tertiary care hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 50, 80–85.
11. Athanassiadou, Fani; Tragiannidis, Athanassios; Kourti, Maria; Papageorgiou, Theodotis; Velegraki, Aristeia; Drevelengas, Antonios (2006). INVASIVE FUNGAL INFECTIONS IN CHILDREN WITH HEMATOLOGICAL MALIGNANCIES: A 5–Year Study. *Pediatric Hematology–Oncology*, 23(2), 163–166.
12. Montagna, M. T., Giglio, O. D., Napoli, C., Lovero, G., Caggiano, G., Delia, M., ... & Specchia, G. (2012). Invasive fungal infections in patients with hematologic malignancies (aurora project): lights and shadows during 18–months surveillance. *International journal of molecular sciences*, 13(1), 774–787.
13. Sheikhabaei, S., Mohammadi, A., Sherkat, R., Naeini, A. E., Yaran, M., & Najafi, S. (2019). Invasive fungal infection in febrile patients with hematologic malignancies undergoing chemotherapy in Iran. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders–Drug Targets (Formerly Current Drug Targets–Immune, Endocrine & Metabolic Disorders)*, 19(3), 302–307.
14. Chen, C. Y., Sheng, W. H., Cheng, A., Chen, Y. C., Tsay, W., Tang, J. L., ... & Tien, H. F. (2011). Invasive fungal sinusitis in patients with hematological malignancy: 15 years experience in a single university hospital in Taiwan. *BMC infectious diseases*, 11(1), 1–9.
15. Pourbaix, A., Lafont Rapnouil, B., Guéry, R., Lanternier, F., Lortholary, O., & Cohen, J. F. (2020). Smoking as a risk factor of invasive fungal disease: systematic review and meta–analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 71(4), 1106–1119.
16. Kurosawa, M., Yonezumi, M., Hashino, S., Tanaka, J., Nishio, M., Kaneda, M., ... & Fukuhara, T. (2012). Epidemiology and treatment outcome of invasive fungal infections in patients with hematological malignancies. *International journal of hematology*, 96(6), 748–757.

العلاقة بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لهيئة التمريض

*د بثينة داؤد الكردي

(الإيداع: 20 تموز 2022، القبول: 25 آب 2022)

الملخص:

يعتبر العنصر البشري من أهم عناصر الإنتاج في المؤسسة ومعيار التفريق بين المؤسسات الناجحة والفاشلة، مما شجع المنظمات باختلاف أنواعها على التركيز على الموظف وصولاً لتحقيق رضاه الوظيفي مما ينعكس إيجاباً على أدائه وأداء المنظمة ككل.

كان الهدف من الدراسة الحالية هو تحديد العلاقة بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لهيئة التمريض في مستشفى تشرين الجامعي في محافظة اللاذقية.

تم إجراء دراسة وصفية كمية ارتباطية على عينة ملامة قوامها 300 ممرض وممرضة من هيئة التمريض في مستشفى تشرين الجامعي بمحافظة اللاذقية. تم استخدام استبيان منظم تم تطويره من قبل الباحثة كأداة لجمع البيانات بحيث تضمنت الأداة ثلاثة محاور: البيانات الديموغرافية، مقياس تقييم الرضا الوظيفي، ومقياس تقييم الأداء الوظيفي ذاتياً من قبل أفراد العينة باستخدام مقياس ليكرت الخماسي

أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود مستوى متوسط للرضا الوظيفي الكلي، ومستوى مرتفع للأداء الوظيفي، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية موجبة وقوية بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي.

وخلص البحث إلى بعض التوصيات أهمها متابعة التدابير والممارسات التي تدعم الرضا الوظيفي، والقيام بكل ما من شأنه تحسين مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض، ومتابعة أدائهم وتحليله لتحديد نقاط القوة وتحديد نقاط الضعف ودراسة أسبابها لضمان استمرار الارتقاء بمستوى أدائهم.

الكلمات المفتاحية: الرضا الوظيفي، الأداء الوظيفي، هيئة التمريض.

* مدرس، قسم الإدارة في التمريض، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية.

The Relationship between Job Satisfaction and Job Performance among Nursing Staff

Dr. Buthaina Daoud Alkourdi*

(Received: 20 July 2022, Accepted: 25 August 2022)

Abstract:

The human element considers one of the most important production in the organization and the criterion for distinguishing between successful and failed institutions, which encouraged organizations of all kinds to focus on this element in order to achieve job satisfaction, which reflects positively on its performance and the whole performance of the organization.

Aim: – the aim of this study was to determine the relationship between job satisfaction and job performance among nursing staff at Tishreen University Hospital in Latakia city.

Methods: a descriptive correlation quantitative study was performed using a convenience sample of (300) nurses from Tishreen University Hospital in Lattakia city. A structured questionnaire which developed by the researcher was used to collect data, it consisted of three dimensions: demographic variables, job satisfaction scale, and self- assessment of job performance scale using five-likert scale. the findings of this study showed that the average level of job satisfaction, a high level of job performance, and strong positive statistical significant relationship between job satisfaction and job performance.the research concluded with some recommendations, the most important following up on procedures and practices that support job satisfaction, doing everything that would improve the level of job satisfaction with the nursing staff, following up their performance and analyzing it to determine strengths, identify weaknesses and study their causes to ensure the continued improvement of nursing staff' performance level.

Key words: job satisfaction, job performance, nursing staff.

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

1. المقدمة:

يدل الرضا الوظيفي على مستوى القناعة التي يشعر بها الفرد تجاه وظيفته، والتي يمكن أن تتأثر بقدرة الفرد لإكمال المهام المطلوبة منه أو أدائها. يمكن تمييز نوعين للرضا الوظيفي هما الرضا الوظيفي العاطفي والذي يشير لرضا العامل حول كل ما يخص الوظيفة، والرضا الوظيفي الإدراكي ويشير لمدى رضا العاملين حول بعض جوانب العمل أو الوظيفة كالأجور وساعات العمل. وبما أن العاملين في أيّة منظّمة من مختلف المستويات والتخصّصات والفئات هم الدعامّة الحقيقية التي تستند إليها المنظّمة والوسيلة الجوهرية لتحقيق أهدافها، كونها تتميز بقدرتها على تشغيل المنظّمة وتشغيل وتوظيف باقي الموارد المتاحة فيها، لذا أصبح التخطيط لدى الإدارات ينظر بعين الجدية لرفع مستوى رضا العاملين بسبب العلاقة المباشرة للموارد البشرية بالإنتاج، فعندما يكون العاملون غير راضين عن عملهم ويشعرون بالتوتر في الوظيفة، لن يكملوا أداء أعمالهم بطريقة مثالية، مما يؤثر سلبا على حسن سير أداء المنظمة ككل.

يُعتبر الرضا الوظيفي مفهوم شديد الالتصاق بالأداء الوظيفي والانتاجية، إذ إنّ الأداء الوظيفي الفردي هو الحلقة الأساسية الفاعلة لأيّ منظّمة، والفرد هو المحرك الأول والأخير لها، ويؤثر في الأداء الإجمالي للمنظمة. [1]

اجتهد الباحثون لإيجاد تعريف محدّد لمفهوم الأداء الوظيفي: ترى (الخانق، 2005) أنّه السلوك الذي يقوم فيه الفرد بالتعبير عن إسهاماته في تحقيق أهداف المنظمة، على أن يُدعم هذا السلوك ويُعزّز من قبل إدارة المنظمة. وعرفه (Robert, 2013) بأنه القيمة الإجمالية المتوقعة من سلوكيات العاملين المُنفذة خلال فترة زمنية محددة. [2]

يشكل أداء العاملين فيها وبخاصة عمل الأطباء والمرضى أهم التحديات للمنظمة في بيئة مثقلة بالهموم والأعباء الوظيفية والإجراءات العملية والتوتر مثل بيئة خدمات الرعاية الصحية، والسبب هو أن الأداء كظاهرة شديد التماس مع مفاهيم كثيرة مثل الفعالية وإدارة المعرفة والجودة من جانب، ومع الإدارة والميزانية والنفقات وتطوير المستشفى أو المنظمة من ناحية أخرى. حيث أن أداء مقدمي الرعاية الصحية وغالبيتهم من المرضى والمرضى المرتبط بشكل واضح بسلامة المريض.

بينت الأدبيات العالمية ذات الصلة العديد من العوامل التي تؤثر بأداء العاملين مثل الرضا عن الوظيفة بيئة العمل وسياسات الأجور والتعويضات وغيرها. وتم رصد عدة عوامل تؤثر على أداء المرضى والمرضى في العمل مثل: الأمن الوظيفي، الحوافز، عبء العمل، الهيكل التنظيمي، العلاقة مع الأقران ورؤساء العمل وغيرها من العوامل التي اشتركت أيضاً في تأثيرها على مستوى الرضا الوظيفي لهم، وبمراجعة سريعة للأدبيات ذات الصلة يمكن تصنيف وجهات النظر وفق اتجاهين أساسيين: يشمل الاتجاه الأول وجهات النظر التي تبنت فكرة أن الأداء الوظيفي يؤثر بالرضا الوظيفي ويرفع مستواه و يرجح الاتجاه الثاني فكرة أن الرضا الوظيفي يحسن مستوى الأداء الوظيفي ويرفع سويته، بحيث أن العمال الأكثر رضا وقناعة وارتياحا في وظائفهم سيؤدون بشكل أفضل، ولكن من أجل أن يكونوا راضين، ينبغي عليهم أولاً أداء عملهم للحصول على الرضا.

كما نرى أنه من الصعب تحديد ما إذا كان حسن الأداء يؤدي الى الرضا أو الرضا يؤدي لتحسين الأداء. [1, 2]

تناولت الكثير من الدراسات حول العالم متغيري الرضا والأداء الوظيفي لدى هيئة التمريض كالدراصة التي قام بها كل من (Gilani et al , 2018) والتي هدفت لدراسة تأثير الرضا الوظيفي بالأداء الوظيفي لدى هيئة التمريض في مستشفيات لاهور في باكستان وتوصلت لنتائج أهمها أن أغلبية العينة هم من الإناث وأغلبهم تتراوح أعمارهم بين 21 و30 عام و93% من العينة راضين عن أدائهم و 71% راضين عن أجورهم و 51% غير راضين عن الحوافز و73% غير راضين عن الخدمات ووجود علاقة قوية بين الرضا والأداء الوظيفي لعينة الدراصة [3]، ودراسة (Abdul Manaf et al, 2016) التي هدفت لتقييم العلاقة بين الأداء الوظيفي لمدراء التمريض ورضاهم الوظيفي وضغوط العمل في المستشفيات العامة الماليزية وتوصلت لوجود مستوى مرتفع من الأداء الوظيفي ومتوسط من الرضا الوظيفي ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية لكن ضعيفة بين الأداء والرضا، بينما أجرى الباحث (Shakeri et al , 2014) دراسة هدفت إلى تحليل العلاقة بين الرضا

الوظيفي والأداء الوظيفي للقبالات في مراكز الرعاية الصحية في مشهد في إيران وتوصلت لوجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الرضا والأداء الوظيفي لعينة الدراسة [4, 5].

أجريت العديد من الدراسات في المجال التمريضي على الصعيد العربي كالدراسة التي أجراها (AL-Banna,2018) و التي هدفت لإيجاد العلاقة بين الرضا الوظيفي لهيئة التمريض وأدائهم في مستشفى هاولر ورزكري في إربيل في العراق وتوصلت لوجود علاقة إيجابية قوية بين الرضا الوظيفي والأداء لدى عينة الدراسة [6]، ودراسة (خوجة، 2017) التي هدفت لدراسة أثر الرضا الوظيفي على الأداء لدى عملي القطاع الصحي في الجزائر وتوصلت لجملة من النتائج أهمها وجود ارتباط وثيق بين الحوافز بمختلف أنواعها والأداء ومستوى منخفض من الأداء ووجود علاقة طردية بين الرضا والأداء [3]، ودراسة (Abbas,2017) التي هدفت لقياس كل من مستوى الرضا والأداء الوظيفي لهيئة التمريض في العراق وإيجاد العلاقة بينهما وتوصلت لوجود مستوى منخفض لكل من الرضا والأداء ووجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بينهما [7]، ودراسة (برياح ومساوي، 2016) حيث قاما بدراسة تأثير الرضا الوظيفي في الأداء الوظيفي لدى الكوادر الطبية في مستشفيات الجزائر وتوصلت لوجود علاقة موجبة بين الرضا والأداء ووجود علاقة بين كل من المكافآت والأجور والترقيات والاستقرار الوظيفي وظروف وبيئة العمل بالأداء وبالتالي علاقة طردية موجبة بين الرضا والأداء الوظيفي. [4]

2. أهمية البحث وأهدافه:

• أهمية البحث:

نظراً لأنَّ القطاعَ الصحيَّ من القطاعاتِ الأكثرِ حساسيةً والتي تتضمنُ خدماتِ الوقايةِ والعلاجِ والتأهيلِ للفردِ والمجتمعِ كان لا بُدَّ من شعور أفرادِ هذا القطاعِ بالرِّضا الذي يكفلُ تقديمَ خدماتِ رعايةٍ صحيَّةٍ ذاتِ نوعيَّةٍ مرتفعةٍ وأداءٍ متميزٍ، وكون مهنة التمريضِ تمثلُ ركناً أساسياً في المنظَّماتِ الصحيَّةِ وجب تقديرِ الدورِ الذي يقومُ به الممرِّضُ، فهو بحاجةٌ لإشباعِ حاجاته شأنه شأنُ باقي العاملين ليعطي أفضلَ ما عنده ويؤدِّي دوره على أتمِّ وجهٍ ممَّا قد ينعكسُ على مستوى أدائه، لذلك فإنَّ مهنة التمريضِ تستدعي توفيرَ العواملِ التي تسهِّلُ أداءَ الممرِّضِ لواجباته المهنيَّةِ بطريقةٍ ملائمةٍ.

تظهر أهمية الدراسة الحالية من أهمية الموضوع الذي تتناوله ومن أهمية وحساسية الفئة المدروسة وأهمية عملها في الوقت نفسه كونها ركيزة للقطاع الصحي وتمثل النسبة الأكبر فيه، ويُعوَّل على هذه الدراسة من الناحية التطبيقية: استثمار نتائجها في وضع اللبنة الأساسية للبدء بتحقيق الرضا لدى هيئة التمريض لضمان مستوى متميز من أدائهم، وذلك من خلال تحديد مستوى الرضا الوظيفي و تحديد مستوى الأداء الوظيفي و طبيعة العلاقة بينهما كنتاج مأمولة من هذه الدراسة، وزيادة المعرفة حول مفهومي الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لهيئة التمريض من الناحية النظرية كونها الدراسة الأولى محلّياً التي تتناول موضوع الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي والعلاقة بينهما لدى الممرضين والممرضات في مستشفى تشرين الجامعي.

• أهداف البحث

يهدف البحث إلى تحديد العلاقة بين الرضا الوظيفي والأداء والوظيفي لهيئة التمريض في مستشفى تشرين الجامعي، وتحديد مستوى كلٍ من الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لهيئة التمريض في مستشفى تشرين الجامعي.

• أسئلة البحث

-هل توجد علاقة بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لهيئة التمريض؟

ويتفرع عن هذا السؤال السؤالين الآتيين:

-ما مستوى الرضا الوظيفي لهيئة التمريض؟

- ما مستوى الأداء الوظيفي لهيئة التمريض؟

تعريف المصطلحات:

1. الرضا الوظيفي: تم حصر عوامل الرضا الوظيفي لغاية تحقيق هدف الدراسة الحالية بالعوامل التالية: (الرضا عن الأجور والمكافآت، الرضا عن ظروف العمل، الرضا عن الأمن والاستقرار الوظيفي، والرضا عن فرص الترقيات)
2. الأداء الوظيفي: هو الخطوات والأنشطة الإجرائية (المطلوب من الممرض القيام بها خلال أدائه لعمله التمريضي)
3. تقييم الأداء الوظيفي: يقيّم المشاركون درجة ممارستهم للإجراءات والأنشطة التمريضية ذاتياً، وتمّ حصرها في (17 عبارة إجرائية) في الدراسة الحالية.

3- مواد وطرائق البحث

تصميم البحث: استخدم المنهج الوصفي الكمي الارتباطي.

مكان البحث: أجري هذا البحث في جميع أقسام مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية في الفترة الزمنية الممتدة بين 2021/2/1 حتى 2021/4/18

مجتمع وعينة البحث: تكون مجتمع البحث من جميع الممرضين والممرضات في مستشفى تشرين الجامعي وعددهم الإجمالي (400) ممرضة. أما عينة البحث فشملت (300) ممرض و ممرضة باختلاف مسمياتهم الوظيفية (رئيس تمريض، رئيس وحدة وممرض) من كل الأقسام في مستشفى تشرين الجامعي وبلغ حجم العينة %75 من مجتمع الدراسة الأصلي، وتمّ اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة حيث تم حصر أسماء أفراد هيئة التمريض ضمن قوائم مرقمة واختيار أفراد العينة ضمن السلسلة الرقمية من (1-400) ذوو التسلسل الرقمي الفردي (1، 3، 5...301) عن طريق الحاسب، وتمّ إجراء دراسة استطلاعية على (10%) من ضمن العينة بعدد قوامه (30) ممرض وممرضة بتسليمهم الاستبيان واسترداده بعد الإجابة عن فقراته بنسبة تامة لاسترداد الاستمارات وصلاحياتها بالكامل للتحليل الاحصائي، وتم الاستبقاء عليهم ضمن عينة الدراسة نفسها لعدم الحاجة لإجراء أي تعديل على أداة الدراسة بنتيجة الدراسة الاستطلاعية.

أدوات البحث: تم لغرض إجراء البحث الحالي تطوير أداة لجمع بيانات البحث وذلك اعتماداً على الأدبيات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة (10-6) وهي عبارة عن استبيان مكون من ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: هو جزء خاص بالمعلومات الديموغرافية مثل: (العمر، الجنس، المسمى الوظيفي ...)

الجزء الثاني: يتألف من عبارات خاصة بتقييم مستوى الرضا الوظيفي موزعة على أربعة محاور وفق التفصيل التالي:

1- المحور الأول: يتألف من (11) عبارة تقيس مستوى رضا المشاركين عن الأجور والحوافز والمكافآت مثل " يتناسب الأجر الذي أتقاضاه مع طبيعة العمل.

2- المحور الثاني: يتألف من (5) عبارات تقيس مستوى رضا المشاركين عن فرص الترقيات مثل " يوجد تكافؤ بفرص الترقيات".

3- المحور الثالث: يتألف من (5) عبارات تقيس مستوى رضا المشاركين عن الأمن والاستقرار الوظيفي مثل " تحقق لي مهنتي الاستقرار المادي".

4- المحور الرابع: يتألف من (12) عبارات تقيس مستوى رضا المشاركين عن بيئة وظروف العمل مثل " مكان العمل نظيف ويشعرنني بارتياح كبير"، وتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي في اختيار الإجابات وفق الجدول (1)

الجزء الثالث: هو جزء خاص بتقييم الأداء الوظيفي ويشمل عبارات تهدف لقياس الأداء ذاتياً ويتألف هذا الجزء من (17) عبارة تقيس الإجراءات والأنشطة التي يقوم بها الممرضون والممرضات مثل " ألتزم بالحضور إلى العمل في الوقت المحدد"، و " ألتزم بتنفيذ الواجبات والتعليمات المنظمة لعملتي". تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي في اختيار الإجابات: وفق الجدول

(1)، وتمّ إجراء اختبار كرونباخ ألفا للتأكد من ثبات وصدق عبارات أداة البحث، وابدئ درجة موثوقية عالية لأداة الدراسة 0.88 وفق التقصيل في الجدول (2)

الجدول رقم (1): المقياس المستخدم وخيارات الإجابة للمشاركين

| مقياس ليكرت الخماسي/ خيارات الإجابات | | | | | المتغير/ المقياس |
|--------------------------------------|------------|-------------|---------------|--------------------|------------------|
| موافق بشدة (5) | موافق (4) | محايد (3) | غير موافق (2) | غير موافق بشدة (1) | الرضا الوظيفي |
| دائماً (5) | غالباً (4) | أحياناً (3) | نادراً (2) | أبداً (1) | الأداء الوظيفي |

الجدول رقم (2): قيمة اختبار كرونباخ ألفا لأداة الدراسة

| المحور | الأجور و الحوافز | و الترقية | الأمن و الاستقرار الوظيفي | ظروف بيئة العمل | الرضا الوظيفي الكلي | الأداء الوظيفي | القيمة الكلية للأداة |
|-------------------|------------------|-----------|---------------------------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|
| قيمة الفا كرونباخ | 0.80 | 0.82 | 0.60 | 0.88 | 0.93 | 0.62 | 0.88 |

ثانياً: طرائق البحث

- 1- تم الحصول على الموافقات اللازمة لإجراء البحث من إدارة كلية التمريض ورئاسة جامعة تشرين وإدارة مستشفى تشرين الجامعي.
- 2- تم تطوير أداة الدراسة من قبل الباحثة بعد استعراض المراجع ذات الصلة بموضوع البحث.
- 3- تمّ عرض الأداة على عدد من الخبراء في مجال الاختصاص وأعضاء الهيئة التدريسية في كلية التمريض في جامعة تشرين لاختبار مصداقيتها، وللتأكد من شموليتها وصحة محتوياتها ووضوح بنودها وصياغتها اللغوية ومدى مناسبتها للمجال التمريضي الذي تنتمي إليه ولموضوع الدراسة، تمت الموافقة على بنود الاستبيان بعد استبعاد بعضها مثل: "سياسة الأجور المتبعة عادلة"، "أنال الاعتراف بالمجهود الذي أبدله من رئيسي المباشر، "لا يتيح العمل الذي أقوم به فرصاً للترقية".
- 4- تمّ إجراء دراسة استطلاعية على (10%) من ضمن عينة الدراسة، وبنتيجة الدراسة لم تظهر حاجة لأي تعديل في الأداة، وعليه لم يتم استبعاد المشاركين في الدراسة الاستطلاعية من العينة الأساسية للدراسة.
- 5- تم الحصول على موافقة أفراد العينة بعد شرح الهدف من البحث والفائدة منه وتأكيد السرية وحقهم بالمشاركة أو الانسحاب.
- 6- تمت مقابلة أفراد العينة بشكل فردي وتوزيع الاستبيان على (300) ممرض وممرضة خلال الدوام الرسمي والإجابة عن أي استفسار وتوضيح النقاط المبهمة لديهم واسترجاعه، واستغرق زمن الإجابة 10 إلى 15 دقيقة وسطياً، وتم استرجاع (292) استمارة (279) منها فقط صالحة للتحليل.

التحليل الإحصائي:

تم تفرغ البيانات وجدولتها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة عبر برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS للحصول على نتائج البحث، حيث أستخدمت الاختبارات الإحصائية التالية: التكرار (N)، المتوسط الحسابي (M)، الانحراف المعياري (SD) والنسبة المئوية (%).

- معامل الارتباط (R) لـ"بيرسون" Pearson لدراسة الارتباط بين الرضا الوظيفي ومحاورة وبين الأداء الوظيفي، واعتبر الارتباط طردياً في حال كانت إشارة R إيجابية، وعكسياً في حال كانت إشارة R سلبية، واعتبر الارتباط ضعيفاً إذا كانت قيمته أقل من 0.25 ومتوسطاً بين 0.25 و 0.50 وقوياً بين 0.51 و 0.75، وقوياً جداً إذا كان أعلى من 0.75.
- الفروق عند عتبة الدلالة ($p \leq 0.05$) اعتبرت هامة إحصائياً، والفروق عند عتبة الدلالة ($p \leq 0.01$) value اعتبرت هامة جداً إحصائياً.

تم تصنيف مستويات الرضا الوظيفي العام وفي كل بعد من أبعاده كالآتي:

تم قياس استجابة هيئة التمريض على عبارات محاور الرضا الوظيفي على سلم ليكرت الخماسي فكان مجال المتوسط الحسابي للاستجابات بين 1 و 5 فيكون المدى $5 - 1 = 4$ وينقسم المدى إلى ثلاثة فئات تكون طول الفئة الواحدة هي $4/3 = 1.33$ ، وبناءً عليه تنقسم المستويات كالآتي: مستوى منخفض للرضا الوظيفي إذا كان متوسط الدرجات بين 1 - 2.32، ومستوى متوسط إذا كان متوسط الدرجات بين 2.33 - 3.66، ومستوى مرتفع إذا كان متوسط الدرجات 3.67 - 5 درجة.

❖ تم تصنيف مستويات الأداء الوظيفي كالآتي:

تم قياس استجابة هيئة التمريض على عبارات محور الأداء الوظيفي على سلم ليكرت الخماسي وبناءً عليه تنقسم المستويات كالآتي: مستوى مرتفع للأداء الوظيفي إذا كان متوسط الدرجات بين 1 - 2.32، مستوى متوسط إذا كان متوسط الدرجات بين 2.33 - 3.66، ومستوى منخفض إذا كان متوسط الدرجات 3.67 - 5.

4-النتائج:

الجدول رقم (3): توزيع عينة الدراسة حسب بياناتهم الديموغرافية

| عدد العينة = 279 | | فئات المتغير | المتغيرات |
|------------------|-----------|---------------------|-------------------|
| النسبة المئوية % | N التكرار | | |
| 35.5 | 99 | ذكر | الجنس |
| 64.5 | 180 | أنثى | |
| 17.6 | 49 | عازب/ة | الحالة الاجتماعية |
| 73.5 | 205 | متزوج/ة | |
| 7.5 | 21 | أرمل/ة | |
| 1.4 | 4 | مطلق/ة | |
| 21.1 | 59 | 20-30 سنة | العمر |
| 38.4 | 107 | سنة 30-40 أكبر من | |
| 34.8 | 97 | سنة 40 - 50 أكبر من | |
| 5.7 | 16 | سنة 50 أكبر من | |
| 88.9 | 248 | دبلوم تمريض | المؤهل العلمي |
| 11.1 | 31 | بكالوريوس تمريض | |
| 9.0 | 25 | رئيس/ة تمريض | المسمى الوظيفي |
| 12.5 | 35 | رئيس/ة وحدة | |
| 78.5 | 219 | ممرض/ة | |

يبين الجدول (3) توزع هيئة التمريض في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية، حيث شكلت الإناث النسبة الأعلى 64.5% والذكور نسبة 35.5%. ومن الناحية الاجتماعية كان المتزوجون هم النسبة الأعلى في العينة بنسبة 73.5%، تلاها العازبون 17.6%، تلاها الأرمال 7,5% وأقلها المطلقون 1.4%. أما العمر فقد شكل أفراد هيئة التمريض من الفئة العمرية (31-40 سنة) النسبة الأعلى 38.4%، تلاها 34.8% من الفئة العمرية (41-50 سنة)، ثم 21.1% من الفئة العمرية (20 - 30 سنة)، وأقلها فئة 51 سنة فما فوق بنسبة 5.7%. وبخصوص مؤهلهم العلمي كانت غالبيتهم 88.9% دبلوم تمريض، والنسبة المتبقية 11.1% بكالوريوس تمريض. وفيما يخص المسمى الوظيفي فقد شكل الممرضون النسبة الأعلى 78.5% من العينة، تلاها رؤساء الوحدات 12.5%، ورئيس التمريض 9%.

الجدول رقم (4): علاقة الارتباط بين محاور الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لدى هيئة التمريض.

| محاو الرضا الوظيفي | الأجور والحوافز والمكافآت | فرص الترقية | الأمن والاستقرار الوظيفي | ظروف العمل | الرضا العام |
|--------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------|
| الأداء الوظيفي | R: 0.729 P: 0.000** | R: 0.405 P: 0.000** | 274R:0. P: 0.000** | R: 0.328 P: 0.000** | 1 R: P: 0.015* |

R: قيمة معامل الارتباط بيرسون، P Value: الأهمية الإحصائية، * P < 0.05، ** P < 0.01

يبين الجدول (4) وجود علاقة طردية وقوية (R=0.729, P= 0.000) بين الأداء الوظيفي والرضا الوظيفي بمعنى أنه كلما زاد الرضا الوظيفي لدى أفراد هيئة التمريض يزداد أداؤهم الوظيفي، ووجود علاقة ارتباط طردية (إشارة R موجبة) ومهمة جداً إحصائياً بين الأداء الوظيفي و الرضا الوظيفي فكانت العلاقة طردية وقوية بشكل تام (R=1, P= 0.015) مع محور الأجور والحوافز والمكافآت، وطردية متوسطة (R=0.328, P= 0.000) مع محور فرص الترقية، وطردية متوسطة (R=0.274, P= 0.000) مع محور الأمن والاستقرار الوظيفي، وطردية متوسطة (R=0.405, P= 0.000) مع محور ظروف العمل.

الجدول رقم (5): متوسط ومستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض

| المحاور | M | SD | المستوى |
|---------------------------|------|-------|---------|
| الأجور والحوافز والمكافآت | 2.56 | 0.363 | متوسط |
| فرص الترقية | 2.92 | 0.687 | متوسط |
| الأمن والاستقرار الوظيفي | 2.65 | 0.592 | متوسط |
| ظروف العمل | 2.90 | 0.492 | متوسط |
| درجة الرضا الوظيفي الكلية | 2.75 | 0.345 | متوسط |

يبين الجدول رقم (5) متوسط ومستوى الرضا الوظيفي ومحاوره لدى هيئة التمريض، حيث أظهر أن مستوى الرضا الوظيفي الكلي متوسطاً حيث (M=2.75).

الجدول رقم (6): متوسط ومستوى الأداء الوظيفي لدى هيئة التمريض

| المتغير | M | SD | المستوى |
|----------------------|------|-------|---------|
| الأداء الوظيفي العام | 3.87 | 0.307 | مرتفع |

يبين الجدول رقم (6) متوسط ومستوى الأداء الوظيفي وعباراته لدى هيئة التمريض، حيث أظهر أن مستوى الأداء الوظيفي العام مرتفعاً بمتوسط حسابي قدره 3.87.

الجدول رقم (7): الفروق في درجة الرضا الوظيفي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لهيئة التمريض

| P. Value | قيمة F/T | الرضا الوظيفي | | | المتغيرات الديموغرافية | |
|----------|----------|---------------|------|-----|------------------------|-------------------|
| | | SD | M | N | | |
| 0.426 | .0798 | 0.339 | 2.77 | 99 | ذكر | الجنس |
| | | 0.350 | 2.74 | 180 | أنثى | |
| 0.877 | 0.227 | 0.419 | 2.75 | 49 | عازبة/ة | الحالة الاجتماعية |
| | | 0.329 | 2.74 | 205 | متزوجة/ة | |
| | | 0.348 | 2.77 | 21 | أرملة/ة | |
| | | 0.233 | 2.88 | 4 | مطلق/ة | |
| 0.124 | 1.935 | 0.336 | 2.65 | 59 | 20-30 سنة | العمر |
| | | 0.318 | 2.79 | 107 | أكبر من 30-40 سنة | |
| | | 0.361 | 2.76 | 97 | أكبر من 40-50 سنة | |
| | | 0.433 | 2.75 | 16 | أكبر من 50 سنة | |
| 0.056 | 1.918 | 0.344 | 2.73 | 248 | دبلوم تمريض | المؤهل العلمي |
| | | 0.349 | 2.86 | 31 | بكالوريوس تمريض | |
| 0.409 | 0.897 | 0.302 | 2.82 | 25 | رئيس/ة تمريض | المسمى الوظيفي |
| | | 0.303 | 2.78 | 35 | رئيس/ة شعبة | |
| | | 0.357 | 2.73 | 219 | ممرض/ة | |

T: يشير إلى اختبار t. test للعينات المستقلة خاص بالمتغيرات ثنائية الفئة. F: يشير إلى اختبار التباين الأحادي One Way Anova خاص بالمتغيرات ثلاثية الفئة وأكثر من ثلاثية.

يظهر الجدول رقم (7) الفروق في درجة الرضا الوظيفي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لهيئة التمريض، ويبين عدم وجود فروق احصائية مهمة في درجة الرضا الوظيفي تعزى للمتغيرات الديموغرافية لأفراد هيئة التمريض لأن مستوى المعنوية أقل من 0.05.

الجدول رقم (8): الفروق في درجة الأداء الوظيفي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لهيئة التمريض

| P. Value | قيمة F/T | الأداء الوظيفي | | | المتغيرات الديموغرافية | |
|----------|----------|----------------|------|-----|------------------------|-------------------|
| | | SD | M | N | | |
| 0.662 | 0.438 | 0.303 | 3.86 | 99 | ذكر | الجنس |
| | | 0.310 | 3.87 | 180 | أنثى | |
| 0.001** | 5.667 | 0.368 | 4.03 | 49 | عازب/ة | الحالة الاجتماعية |
| | | 0.278 | 3.83 | 205 | متزوج/ة | |
| | | 0.285 | 3.83 | 21 | أرمل/ة | |
| | | 0.541 | 3.92 | 4 | مطلق/ة | |
| **0.000 | 8.186 | 0.340 | 4.03 | 59 | 20-30 سنة | العمر |
| | | 0.308 | 3.82 | 107 | 30-40 أكبر من سنة | |
| | | 0.263 | 3.84 | 97 | 40-50 أكبر من سنة | |
| | | 0.221 | 3.77 | 16 | 50 سنة أكبر من | |
| 0.246 | 1.164 | 0.305 | 3.86 | 248 | دبلوم تمريض | المؤهل العلمي |
| | | 0.324 | 3.93 | 31 | بكالوريوس تمريض | |
| 0.341 | 1.081 | 0.283 | 3.78 | 25 | رئيس/ة تمريض | المسمى الوظيفي |
| | | 0.266 | 3.89 | 35 | رئيس/ة شعبة | |
| | | 0.315 | 3.87 | 219 | ممرض/ة | |

T: يشير إلى اختبار t. test للعينات المستقلة خاص بالمتغيرات ثنائية الفئة. F: يشير إلى اختبار التباين الأحادي One Way Anova خاص بالمتغيرات ثلاثية الفئة وأكثر من ثلاثية. $P \leq 0.05$:** $0.01 \geq P \text{ Value}$:*

يظهر الجدول رقم (8) الفروق في درجة الأداء الوظيفي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لهيئة التمريض، حيث لوحظ وجود فروق احصائية مهمة في الأداء الوظيفي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ($P= 0.001$)، و متغير العمر ($P= 0.000$)، إذ كان الأداء الوظيفي أفضل لدى هيئة التمريض العازبون ومن الفئة العمرية الأصغر، كما يظهر الجدول عدم وجود فروق احصائية مهمة في الأداء الوظيفي تعزى لباقي المتغيرات الديموغرافية، لأن مستوى المعنوية أقل من 0.05.

5- المناقشة:

يعتبر الرضا الوظيفي من أهم الموضوعات التي عكف على دراستها الباحثون حيث أكدت أغلب الدراسات أن رضا الفرد عن عمله من أهم العوامل الأساسية التي تؤدي لرفع مستوى أدائه وتحقق له توافقاً نفسياً واجتماعياً، ولقد بينت الدراسة الحالية وجود علاقة طردية قوية بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي وهذا ما يؤكد على أهمية الرضا الوظيفي في رفع مستوى الأداء، ويتوافق مع عدة دراسات كدراسة (AL-Banna,2018) التي أجريت لتقييم الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض وعلاقته بالأداء بعينة بلغت 116 فرداً من هيئة التمريض في مستشفى هاولر ورزكاري في كردستان العراق حيث توصلت

لوجود علاقة قوية وموجبة بين الرضا والأداء للعينة المدروسة، ودراسة (خوجة، 2017) التي أجريت أيضاً في الجزائر لتحري مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة التمريض وعلاقته بأدائهم بعينة قوامها 45 فرداً وتوصلت لوجود علاقة ارتباط موجبة بين المتغيرين، ودراسة (Shakeri et al., 2014) والتي تهدف لتحليل العلاقة بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي للقبالات في مراكز الرعاية الصحية في مشهد في إيران وتوصلت لوجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الرضا والأداء الوظيفي لعينة الدراسة، وتوصل (برياح وموساوي، 2017) في دراستهما التي أجريت في الجزائر لتقييم مستوى الرضا الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي الجزائري بعينة 190 فرداً لوجود علاقة موجبة بين الرضا والأداء الوظيفي، بينما كانت العلاقة ضعيفة في دراسة (Abdul Manaf et al., 2016) التي أجريت لتقييم الأداء الوظيفي لمدرء التمريض وعلاقته بالرضا الوظيفي لديهم في المستشفيات الماليزية بعينة 283 فرداً وتوصلت لوجود علاقة إحصائية ضعيفة بين الرضا والأداء لدى العينة المدروسة مما قد يدل على ان للرضا الوظيفي أهمية أكبر لدى الممرضين والممرضات وتأثير أقوى في الأداء لدى الممرضين والممرضات مما هو عليه لدى المدرء في التمريض [4 - 7].

ومن النتائج التي توصلت لها الدراسة الحالية وجود مستوى متوسط للرضا الوظيفي العام لدى هيئة التمريض وهذا ما يتفق مع دراسة (Al-Banna, 2018) التي أجريت لتقييم الرضا الوظيفي لدى 116 فرداً من هيئة التمريض في مستشفى هاولر ورزكاري في كردستان العراق حيث توصلت لوجود مستوى متوسط للرضا لدى هيئة التمريض، في حين لا تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Abbas, 2017) التي أجريت لقياس مستوى كل من الرضا والأداء الوظيفي وإيجاد العلاقة بينهما لدى 100 فرداً من هيئة التمريض في مستشفى الصويرة وتوصلت لوجود مستوى منخفض للرضا الوظيفي مرتبط بالأداء المنخفض لديهم، الأمر الذي قد يعزى للاختلاف بتوزع العينة في الدراستين واختلاف في خصائصهم الديموغرافية [6, 7].

أما فيما يتعلق بمحور الأداء الوظيفي كان مستوى الأداء لدى العينة مرتفعاً وقد يعزى ذلك إلى أن معظم أفراد العينة هم من الفئات العمرية الأصغر نسبياً (أقل من 41 عاماً) مما يؤهلهم لإنجاز مهام أكثر وتحمل العمل لساعات أطول تبعاً لقدراتهم المدعومة بصغر سنهم الأمر الذي أشار إليه (Mrayyan M. and AL Fouri I. 2008) خاصة وأن مهنة التمريض تلامس حياة الإنسان بشكل مباشر ما يفسر بأن الأغلبية في هيئة التمريض يلتزمون بالأداء الجيد في الوقت المحدد ودون تأخير وهو ما توصلت له دراسات كل من (Abdul Manaf et al, 2016) التي أجريت لتقييم الأداء الوظيفي لمدرء التمريض وعلاقته بالرضا الوظيفي لديهم في المستشفيات الماليزية بعينة 283 فرداً وتوصلت لوجود مستوى مرتفع للأداء، و دراسة (حاج محمد، 2016) التي هدفت لتقييم مستوى أداء العاملين في مستشفيات التعليم العالي في مدينة دمشق بعينة 181 فرداً وتوصلت أيضاً لمستوى مرتفع للأداء لدى العينة المدروسة [4, 5, 10].

في حين تختلف نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (Shakeri et al., 2014) التي هدفت لتحليل العلاقة بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي للقبالات في مراكز الرعاية الصحية في مشهد في إيران حيث كان مستوى الأداء متوسطاً، في حين كان مستوى الأداء منخفضاً في دراسة (AL-Banna, 2018) التي أجريت لتقييم الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي لدى 116 فرداً من هيئة التمريض في مستشفى هاولر ورزكاري في كردستان العراق حيث تم تقييمه من قبل رؤساء الوحدات [5, 6] وهو ما قد يعزى لاختلاف توزع العينات المدروسة في كلتا الدراستين عن الدراسة الحالية وللإختلاف في مكان الدراسة وأدواتها.

7- الاستنتاجات:

خُلصت الدراسة الحالية لوجود علاقة طردية قوية بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي، ووجود مستوى متوسط للرضا بشكل عام، ومستوى مرتفع من الأداء الوظيفي لدى هيئة التمريض في مستشفى تشرين الجامعي.

محددات الدراسة: على الرغم من أن الدراسة الحالية وصفت نتائج مهمة، إلا أنه لا توجد دراسة بدون محددات لها. أولاً، أجريت هذه الدراسة في مستشفى تعليمي واحد هو مستشفى تشرين الجامعي، فمن الممكن أن تكون نتائج الدراسة الحالية محدودة بمكان وزمان الدراسة فقط، ثانيًا، ركزت هذه الدراسة على الممرضين والممرضات الذين يعملون في المستشفى فقط مع العلم أن عمل التمريض لا يقتصر على المستشفيات وإنما يتخطاها الى العمل في أنواع أخرى من مؤسسات الرعاية الصحية إضافة إلى المستشفيات مثل: دور رعاية المسنين والعيادات الصحية ومراكز رعاية الطفولة والأمومة وغيرها من أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية. إن تصميم الدراسة بماقيه من الطريقة العشوائية البسيطة في اختيار العينة، واعتماد الاستبيان كطريقة لجمع البيانات قد تؤثر على موضوعية النتائج وتحد من قابلية تعميمها.

8-التوصيات:

- ❖ متابعة التدابير والممارسات التي تدعم الرضا الوظيفي (بعد تحديدها بشكل دقيق) لضمان المستوى المرتفع لأداء هيئة التمريض.
- ❖ متابعة أداء الكادر التمريضي وتحليله. لتحديد نقاط القوة وتحديد نقاط الضعف ودراسة اسبابها لإعادة النظر فيها.
- ❖ أن تنظر الدراسات المستقبلية التي قد تبحث بالرباط بين الأداء الوظيفي والرضا الوظيفي بعين الاهتمام لمتغيرات إضافية سواء على المستوى الفردي والتنظيمي (ضغوط العمل، الذكاء العاطفي، الاحتراق الوظيفي، الثقافة التنظيمية، النمط الإداري، توفر برامج تدريبية وحضور مؤتمرات تمريضية).
- ❖ يمكن أن تشمل الدراسات المستقبلية ممرضين وممرضات من مجموعة متنوعة من مؤسسات الرعاية الصحية في أماكن مختلفة، وتعتمد طرقاً أكثر موضوعية في تقييم مستوى الأداء الوظيفي.

9-المراجع:

- 1- كنعان، سلسل. 2016. أثر الحوافز على الرضا الوظيفي. رسالة ماجستير منشورة. مجلة جامعة البعث. مجلد38. عدد1. جامعة طرطوس. سوريا.
- 2- الخناق، سناء. 2005. مظاهر الأداء الاستراتيجي والميزة التنافسية. مطبوعات الملئقى العلمي الدولي -الأداء المتميز والحكومات - جامعة ورقلة. الجزائر
- 3- خوجة، إكرام 2017أثر الرضا الوظيفي في أداء الأفراد الشبه طبيين. رسالة ماجستير. جامعة مستغانم. الجزائر.
- 4- برياح، محمد الأمين وموساوي، يحيى. 2016.تأثير الرضا الوظيفي على أداء الموارد البشرية. رسالة ماجستير. جامعة تلمسان. الجزائر-حابس، بشرى
- 5- حاج محمد، فراس. 2016. أثر ضغوط العمل في مستوى أداء العاملين في القطاع الصحي، دراسة ميدانية في مشافي وزارة التعليم المرتفع في دمشق. رسالة ماجستير. الجامعة الافتراضية. سوريا

- 1- Defining Job Satisfaction, Drivers of Behavior, Boundless Management, 2017
- 2- Robert B.; "Definition of job performance", 2013.
- 3- Gilani, Amir& Afzal, Muhammad& Hussain, Muhammad & Sameera, Kousar. 2018. Impact of Job Satisfaction on Nurses' Performance. Saudi Journal of Nursing and Healthcare.

- 4– Abdul Manaf.R, Samiei.v, Ismail.A and Kandasamy. Ch. 2016. Job Performance of Clinical Nurse Managers and its Relationship with their Job Satisfaction and Job Stress. Community Health Department. University of Kebangsaan. Malaysia. International Journal of Medical Research and Health Sciences. Vol 5. Issue 5.
- 5– Shakeri, Muhammad & Talasaz, Zahra & Saadoldin, Shahla. 2014. The Relationship between Job Satisfaction and Job Performance among Midwives Working in Healthcare Centers of Mashhad. Iran. Journal of Midwifery and Reproductive Health.
- 6– AL–Banna Dara. 2018. Impact of Nurses' Satisfaction on Work Performance. Hawler Medical University. Erbil. Iraq. Erbil Journal of Nursing and Midwifery. Vol 1.no 1.
- 7– Abbas, Ammar. 2017. Impact of Job Satisfaction on Job Performance of Nurses at AL–Suwaira Hospital. The Iraqi National Journal of Nursing Specialties. Vol 30. No 2.
- 8– Habib Ahmad & Khursheed Ahmad & Idrees Ali Shah. 2011. Relationship between Job Satisfaction; Job Performance Attitude towards Work and Organizational Commitment. European Journal of Social Sciences. Vol 18. No 2.
- 9– Gross, E., & Etzioni, A. (1985). Organizations in society. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.
- 10– Mrayyan T. M and Al–Faouri I. Nurses' Career Commitment and Job Performance: Differences across Hospitals Nursing Leadership Volume 21 Number 2 • Online Exclusive • 2008

تقييم معلومات الكادر التمريضي في مستشفى حماة الوطني حول ضبط العدوى

عبد الكريم علي العزق *

(الإيداع: 20 تموز 2022 ، القبول: 25 أيلول 2022)

الملخص:

تعد العدوى من أهم المخاطر التي تواجه الفريق الصحي والمرضى في المستشفيات لما تسببه من مضاعفات متعددة ينتج عنها تأخر الشفاء أو الإصابة بعجز أو أمراض قد تزيد من فترة الإقامة في المستشفى، وبالتالي يزيد استهلاك الأدوية، وزيادة الحاجة إلى الفحوصات التشخيصية، وتعد تلك الأمراض من أهم أسباب الوفاة، لذلك فإن تطبيق الممارسات الصحية لمكافحة عدوى المنشآت الصحية من أهم سبل ضمان جودة الخدمات الصحية.

تقييم معلومات الكادر التمريضي في مستشفى حماة الوطني حول ضبط العدوى.

تم إجراء دراسة وصفية كمية مستعرضة على عينة ملائمة مكونة من 100 ممرض/ة من جميع أقسام مستشفى حماة الوطني، وتم جمع البيانات من خلال استمارة استبianaة طورها الباحث.

أظهرت النتائج أن النسبة الأعلى للكادر التمريضي 60% لديهم مستوى معلومات متوسط حول ضبط العدوى، و38% لديهم مستوى معلومات جيد حول غسيل اليدين، و60% مستوى معلوماتهم متوسط حول إجراءات حماية المكان، و76% مستوى معلوماتهم متوسط حول إجراءات الحماية الشخصية.

وضع تعليمات مصورة في مكان العمل توضح إجراءات ضبط العدوى، والتثقيف المستمر للكادر التمريضي حولها، ومراقبة الالتزام بها وإجراء أبحاث مشابهة على عينة أكبر.

الكلمات المفتاحية: الكادر التمريضي، معلومات، ضبط العدوى.

Assessment of nursing staff information about infection control at Hama national Hospital

Abdalkareem alazak*

(Received: 20 July 2022, Accepted: 25 September 2022)

Abstract:

Infection is one of the most important risks facing the health team and patients in hospitals, as it causes multiple complications, resulting in a delay in the recovery of patients, disability or diseases that may increase the length of stay in the hospital, Consequently the consumption of medicines increases, and the need for diagnostic tests increases, and these diseases are considered among the most important causes of death, Therefore, the application of correct practices to combat infection in health facilities is one of the most important ways to ensure the quality of health services.

Evaluation of the information of the nursing staff at Hama national Hospital about infection control.

A descriptive cross-sectional study was performed on convenience sample of 100 nurses from all departments of Hama National Hospital; the data was collected through a questionnaire form developed by the researcher.

The results showed that the highest percentage of nursing staff 60% have a medium level of information about infection control, 38% have a good level of information about hand washing, 60% have an average level of information about place protection measures, and 76% have an average level of information about personal protection measures.

The current study recommends setting pictorial instructions in the workplace explaining infection control procedures, continuous education of the nursing staff about them, monitoring compliance with them and conducting similar research on a larger sample.

Key words: Nursing Staff, Information, And Infection Control.

*Assistance in faculty nursing/ Hama uni/master in Community Health Nursing.

1- المقدمة:

يتعرّض الإنسان في حياته اليومية لانتقال الميكروبات التي قد تسبّب المرض و الخمج والعدوى التي تعتبر من أهم الأخطار التي تواجه الفريق الصحي و المرضى في المستشفيات، تعد العدوى المكتسبة داخل المنشآت الصحية من أهم الأسباب التي تؤدي إلى المرض أو الوفاة في كافة دول العالم، كما أنها تؤدي إلى مضاعفة الفترات الزمنية لإقامة المرضى في المستشفيات وبالتالي زيادة تكاليف العلاج داخل منشآت الرعاية الصحية، وتسبب عدوى المنشآت الصحية تزايد الضغط على موارد الرعاية الصحية، كزيادة استهلاك الأدوية والمستلزمات الطبية، وزيادة الحاجة إلى الفحوصات التشخيصية، وإلى زيادة فترة العلاج في المستشفيات فضلاً عن أثرها البالغ على حياة المريض، لذلك فإن تطبيق الممارسات السليمة لمكافحة عدوى المنشآت الصحية من أهم سبل ضمان جودة الخدمات الصحية، وذلك من خلال الوقاية من العدوى التي قد تنشأ عن تقديم الخدمات الصحية والأمور المتعلقة بها بالإضافة إلى تقليل المخاطر المهنية التي يتعرّض لها مقدمو الرعاية الصحية. [1]

من العوامل التي ساعدت على انتشار العدوى في المنشآت الصحية والتعرف عليها التقدم التكنولوجي وزيادة اللجوء للتدخلات الطبية و الجراحية وزيادة أعداد المرضى المصابين بضعف أجهزتهم المناعية سواء كان ذلك نتيجة الإصابة ببعض الأمراض أو غير ذلك وكذلك زيادة أعداد المرضى كبار السن أو الذين يعانون من أمراض مزمنة ، وكذلك زيادة استخدام المضادات الحيوية وخاصة الاستخدام المفرط أو غير الصحيح لها قد يؤدي الى زيادة أعداد المكروبات المقاومة لهذه المضادات، وكذلك هناك أسباب تؤدي إلى الإصابة بهذه الأمراض، منها عدم الاهتمام بمبادئ الصحة العامة، الازدحام الشديد، وعدم وجود برنامج فعال لمكافحة العدوى وعدم تدريب القائمين على الرعاية الصحية وتوعيتهم بوسائل مكافحة العدوى. [2]

تُعد مكافحة العدوى جزء من البنية الأساسية التحتية للرعاية الصحية على الرغم من قلة المعرفة بها وانخفاض الدعم المخصص لها، تهتم مشكلة مكافحة العدوى بالعوامل المرتبطة بانتشار العدوى داخل أماكن تقديم الرعاية الصحية سواء من مريض لآخر، أو من المرضى لطواقم العمل بالمستشفيات أو العكس، وأيضاً بإجراءات الوقاية سواء من خلال التدابير الصحية لنظافة اليدين، التنظيف والتطهير والتعقيم، التطعيم والمراقبة، بالإضافة إلى إجراءات الرقابة والتحقق من انتشار العدوى المشتبه بها داخل مناطق تقديم الرعاية الصحية. [3،4]

أجرت العديد من الأبحاث لتحري معرفة الكادر التمريضي في المستشفى حول ضبط العدوى منها دراسة (Randa et al, 2014) في مصر حول توافق الممرضين مع معايير ضبط العدوى، والتي بينت أن نسبة قليلة منهم لديهم معلومات جيدة حول ضبط العدوى وإجراءاتها. كما بينت دراسة (Sadeghi,et al,2009) حول معلومات الكادر التمريضي عن عدوى المستشفيات في إيران أن النسبة الأعلى منهم لديهم معلومات جيدة حول غسيل اليدين. بينما أظهرت دراسة (Rajakumari et al ,2018) في الأردن بأن معظم الكادر التمريضي العامل في العناية المشددة لديه معلومات متوسطة حول إجراءات ضبط العدوى [5,6,7].

2- مشكلة البحث:

يلاحظ من خلال عمل الباحث في مستشفى حماة الوطني وجود إصابات لدى العديد من المرضى يكتسبونها خلال إقامتهم في المستشفى ولم تكن لديهم قبل قبولهم فيها، وذلك من خلال العدوى المكتسبة التي تؤدي إلى المرض أو الوفاة، وكما أنها قد تؤدي إلى مضاعفة الفترة الزمنية لإقامة المرضى بالمستشفى وما ينتج عن ذلك من مضاعفات يتبعه زيادة تكلفة العلاج داخل المستشفى، ويلعب التزام الكادر التمريضي بأسس ضبط العدوى ووعيهم حولها وكيفية السيطرة

عليها دوراً مهماً في منعها وبالتالي حماية المرضى منها، مما يطرح سؤالاً مهماً: ما هو مستوى معلومات الكادر التمريضي في مستشفى حماة الوطني حول ضبط العدوى.

3- أهمية البحث وأهدافه:

• الأهمية:

تأتي أهمية الدراسة الحالية من كونها تتناول موضوع مهم لجميع العاملين في الرعاية الصحية وللجهات الممولة للخدمات الصحية وللمرضى والمجتمع ألا وهو ضبط العدوى كونها تمثل تهديد حقيقي للمرضى وللكادر الصحي وللميزانيات الصحية، كما تأتي أهمية البحث من أهمية الفئة المستهدفة وهم الكادر التمريضي الذي تقع على عاتقه أعباء ضبط العدوى ورعاية المرضى المصابين بالعدوى، وهم أنفسهم يمكن أن يصابوا بها، وبالتالي كانت معلوماتهم حول ضبط العدوى مهمة جداً للتعرف إلى أماكن النقص بها، وحاجتهم إلى الدعم والتثقيف حولها. من ناحية أخرى فإن هذه الدراسة تقدم مستنداً علمياً يمكن الاستفادة منه بتصميم برامج تثقيفية وتدريبية للكادر التمريضي وتمثل مرجعاً مهماً من الواقع السوري للمقارنة والاسترشاد في الأبحاث المستقبلية حول نفس الموضوع.

• هدف البحث:

تقييم معلومات الكادر التمريضي في مستشفى حماة الوطني حول ضبط العدوى.

4- مواد وطرق البحث:

التصميم: اتبع البحث منهج الدراسة الوصفية الكمية المستعرضة.

المكان: تم إنجاز هذا البحث في مستشفى حماة الوطني، وذلك في الفترة الواقعة بين 2022/1/10 ولغاية 2022/2/15.

العينة: أُجري هذا البحث على عينة متاحة قوامها (100) ممرض/ة قائمين على عملهم في مستشفى حماة الوطني.

الأدوات: استخدمت استمارة استبيان خاصة لجمع البيانات، تتضمن معلومات ديموغرافية، ومجموعة من الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة حول ضبط العدوى، وتم الجواب عليها بـ "نعم" أو "لا" أو "لا أعلم"، تم فهم وتحليل البيانات باعتماد درجة ثقة 95% وخطأ لا يتجاوز 5%. وبالاعتماد على نسبة المعلومات الصحيحة تم تصنيف مستويات المعلومات كالتالي:

- مستوى معلومات جيد (نسبة المعلومات > 75%) (

- مستوى معلومات متوسط (نسبة المعلومات من 50% إلى 75%) (

- مستوى معلومات منخفض (نسب المعلومات > 50%) (

طريقة البحث:

- تم الحصول على الموافقات الرسمية من إدارة كلية التمريض في جامعة حماة ومستشفى حماة الوطني لإجراء الدراسة.
- تم الحصول على الموافقة من الكادر التمريضي على المشاركة في الدراسة وذلك بعد شرح هدف الدراسة، وكان لهم حق الموافقة الطوعية أو رفض المشاركة في عينة الدراسة، والحفاظ على سرية المعلومات التي سوف تستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

- تم اختيار عينه من الكادر التمريضي وذلك بطريقة العينة العشوائية البسيطة.

- تم توزيع الاستبيان على المشاركين بحيث يعطى لكل مشارك مدة 15 دقيقة لملء البيانات بإشراف الباحث.

التحليل الإحصائي: تم ترميز البيانات ثم تفرغها ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.20) Statistical Package For Social Sciences. وتم عرض النتائج ضمن جداول باستخدام تقنيات الإحصاء الوصفي كالتكرار (N)، والنسبة المئوية (%).

5- النتائج :

الجدول رقم (1): توزيع أفراد العينة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية

| النسبة المئوية | العدد N:100 | المعلومات الديموغرافية | |
|----------------|-------------|------------------------|--|
| 45% | 54 | ذكور | الجنس |
| 64% | 46 | إناث | |
| 46% | 46 | 20-30 عام | العمر |
| 32% | 32 | 31-40 عام | |
| 22% | 22 | <40 عام | |
| 32% | 32 | معهد | المؤهل العلمي |
| 58% | 58 | مدرسة تمريض | |
| 10% | 10 | جامعي وما فوق | |
| 20% | 20 | اقل من سنة | مدة العمل في المشفى |
| 60% | 60 | 1-5 سنوات | |
| 20% | 20 | <5 سنوات | |
| 34% | 34 | نعم | الحصول على برنامج تدريبي عن ضبط العدوى |
| 66% | 66 | لا | |

يبين الجدول رقم (1): أن أكثر من نصف الكادر التمريضي في الدراسة 54% ذكور، والنسبة الأعلى منهم 46% من الفئة المرية 20-30 عام، و58% مؤهلهم العلمي مدرسة التمريض، و60% مدة عملهم بالمشفى تتراوح بين 1 - 5 سنوات، وثلاثهم 66% لم يحصلوا على أي برنامج تدريبي عن ضبط العدوى.

الجدول رقم (2): توزيع أفراد العينة تبعاً لإجاباتهم حول غسل اليدين

| خطأ | | صح | | العبارة |
|-----|----|----|----|---|
| % | N | % | N | |
| 10 | 10 | 90 | 90 | يشير غسل اليدين إلى غسل اليدين باستخدام الماء والصابون العادي. |
| 85 | 85 | 15 | 15 | الوقت الموصى به لغسيل اليدين قبل الدخول إلى المشفى هو من 10-25 ثانية. |
| 5 | 5 | 95 | 95 | بعد غسل اليدين وشطفها جيداً يتم غلق الصنابير بواسطة اليدين. |

يبين الجدول رقم (2): أن النسبة الأعلى للكادر التمريضي في الدراسة كانت إجابتهم صحيحة حول إجراءات غسل اليدين فأجابوا جميعاً بنسبة 90% بأن غسل اليدين يشير إلى غسل اليدين باستخدام الماء والصابون العادي، وكانت إجاباتهم خاطئة بنسبة 95% أن إغلاق الصنابير بعد غسل اليدين يتم بواسطة اليدين، كما بيّن الجدول أن النسبة الأعلى من الكادر التمريضي أجابوا إجابات خاطئة حول الوقت الموصى به لغسيل اليدين قبل دخول المستشفى.

الجدول رقم (3): توزيع أفراد العينة تبعاً لإجاباتهم حول إجراءات حماية المكان في القسم

| خطأ | | صح | | العبارة |
|-----|----|----|----|--|
| % | N | % | N | |
| 30 | 30 | 70 | 70 | يتم معاملة جميع المرضى على أنهم ناقلون للمرض. |
| 20 | 20 | 80 | 80 | بعد 7 أيام من استعمال المنفسة يتم تطهيرها ووضع لصاقه بذلك عليها. |
| 25 | 25 | 75 | 75 | تغير أوعية ترطيب الأوكسجين، أوعية أجهزة الشفط أكياس البلاستيك التي توضع فيها السماعة يومياً. |
| 3 | 3 | 97 | 97 | يستخدم الماء المغلي و الصابون في تعقيم أواني المريض فقط عندما يكون المريض مصاب بمرض معدي. |

يبين الجدول رقم (3): أن النسبة الأعلى من الكادر التمريضي في الدراسة كانت إجابتهم صحيحة حول إجراءات حماية المكان في أقسام المستشفى، حيث كانت نسبة الكادر التمريضي الذين كانوا يعاملون جميع المرضى على أنهم ناقلون للمرض، أما فيما يتعلق باستعمال المنفسة يتم تطهيرها ووضع لصاقه عليها بعد 7 أيام كانت نسبة 80% منهم يقوم بذلك، و أيضاً بالنسبة للكادر التمريضي الذين يقومون بتغيير أوعية ترطيب الأوكسجين، أوعية أجهزة الشفط، أكياس البلاستيك التي توضع فيها السماعة كانت نسبة 75% منهم يقوم بذلك. وأما فيما يتعلق باستخدام الماء المغلي و الصابون في تعقيم أواني المريض فقط عندما يكون المريض مصاب بمرض معدي كانت النسبة 97%.

الجدول رقم (4): توزيع أفراد العينة تبعاً لإجاباتهم حول إجراءات الحماية الشخصية

| خطأ | | صح | | العبارة |
|-----|----|----|----|---|
| % | N | % | N | |
| 35 | 35 | 65 | 65 | تتطلب الإجراءات الروتينية عدم ملامسة دم المريض أو سوائل جسمه أو المفرزات للمريض وذلك لمنع انتقال الميكروبات. |
| 20 | 20 | 80 | 80 | يتم ارتداء القفازات النظيفة أو العقيمة و اللباس الواقي الخاص وغطاء الرأس و الحذاء الخاص عند الدخول إلى قسم العناية. |
| 20 | 20 | 80 | 80 | اللباس الواقي المناسب هو اللباس الذي يغطي الجسم من الرقبة إلى الخصر. |
| 2 | 2 | 98 | 98 | من الضروري غسل اليدين بعد خلع اللباس الواقي. |

يظهر الجدول رقم (4): توزيع أفراد العينة تبعاً لإجاباتهم حول إجراءات حماية الشخصية، حيث كانت النسبة الأعلى من الكادر التمريضي يقوم بعدم ملامسة دم المريض أو سوائل جسمه أو المفرزات للمريض بنسبة 65%، أما بالنسبة لارتداء القفازات النظيفة أو العقيمة و اللباس الواقي الخاص وغطاء الرأس و الحذاء الخاص عند الدخول إلى قسم العناية كانت نسبة الكادر التمريضي الذين يقومون بذلك 80%، وأيضاً استخدام اللباس الواقي لأكثر من مرة لنفس المريض من قبل الكادر التمريضي كانت النسبة 66%، أما فيما يتعلق باللباس الواقي المناسب هو اللباس الذي يغطي الجسم من الرقبة إلى

الخصر كانت النسبة الأعلى 80% من الكادر التمريضي يقوم ذلك، أما بالنسبة لضرورة غسل اليدين بعد خلع اللباس الواقي كانت النسبة 98%.

الجدول رقم (5): توزيع أفراد العينة تبعاً لمستوى معلوماتهم حول إجراءات ضبط العدوى

| جيدة | | متوسطة | | منخفضة | | مستويات المعلومات |
|------|----|-----------|----|--------|----|---|
| <75% | | 50% - 75% | | >50% | | |
| % | N | % | N | % | N | |
| 38 | 38 | 36 | 36 | 26 | 26 | مستوى معلومات حول غسل اليدين |
| 30 | 30 | 60 | 60 | 10 | 10 | مستوى معلومات حول إجراءات حماية المكان في القسم |
| 24 | 24 | 76 | 76 | 0 | 0 | مستوى المعلومات حول إجراءات الحماية الشخصية |
| 30 | 30 | 60 | 60 | 10 | 10 | مستوى المعلومات الكلي |

يبين الجدول رقم (5): توزيع أفراد العينة تبعاً لمستوى معلوماتهم حول إجراءات ضبط العدوى فكانت لدى النسبة الأعلى منهم 60% مستوى معلومات كلي متوسط. وبالنسبة لمستوى المعلومات حول إجراءات حماية المكان في القسم نلاحظ أن النسبة الأعلى منهم 60% لديهم مستوى معلومات متوسط و30% لديهم مستوى معلومات جيد، و10% فقط لديهم مستوى معلومات ضعيف. وبخصوص مستوى معلومات الكادر التمريضي حول إجراءات الحماية الشخصية نلاحظ أن النسبة الأعلى منهم 76% لديهم مستوى معلومات متوسط، و24% لديهم مستوى معلومات جيد.

6- المناقشة:

إن الإصابة بأمراض مكتسبة في المنشآت الصحية مشكلة يعاني منها الكثيرون في جميع أنحاء العالم، إذ تتم الإصابة بها أثناء القيام بأنشطة الرعاية الصحية أو مرتبطة بها وتعتبر من أهم أسباب الوفاة، ونظراً للدور المهم للكادر التمريضي في منع تلك الأمراض فإن الدراسة الحالية هدفت إلى تقييم معلوماتهم حول ضبط العدوى في مستشفى حماه الوطني، وقد بينت أن أكثر من نصف الكادر التمريضي في الدراسة ذكور، وفي العقد الثاني من العمر، ومؤهلم العلمي مدرسة التمريض ومدة عملهم بالمشفى تتراوح بين 1 - 6 سنوات، ولم يخضعوا سابقاً على أي برنامج تدريبي عن ضبط العدوى.

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن معظم الكادر التمريضي يعلمون بأن غسل اليدين يشير إلى الغسل بالماء والصابون، وكان لدى أكثر من ثلثهم مستوى معلومات جيد حول غسل اليدين، بينما ربعهم معلوماتهم ضعيفة، ويمكن أن يُعزى ذلك إلى قلة الدورات التدريبية أو التثقيفية التي يخضع لها الكادر التمريضي في المستشفى، تتفق هذه النتيجة مع دراسة مصرية من قبل (Randa et al, 2014) التي هدف لتحسين توافق الممرضين مع معايير ضبط العدوى حيث بينت في التقييم الأول لمعلومات الكادر التمريضي حول غسل اليدين أن ثلثهم تقريباً كان لديهم مستوى معلومات جيد، ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة إيرانية أجريت من قبل (Sadeghi, et al, 2009) حول معلومات الكادر التمريضي عن عدوى المستشفيات وطرق تطهير اليدين والتجهيزات والأسطح في قسم حديثي الولادة، حيث بينت نتائجها بأن نصف الكادر التمريضي أكدوا على ضرورة استخدام الغسيل بالماء والصابون كطريقة فعالة لتطهير اليدين. [6،5]

أظهرت نتائج الدراسة الحالية في مجال إجراءات الحماية الشخصية في أقسام المستشفى أن جميع الكادر التمريضي تقريباً أجاب بأنه من الضروري غسل اليدين بعد خلع اللباس الواقي، وكان لدى ثلاثة أرباعهم مستوى معلومات متوسط، ولدى ربعهم تقريباً مستوى معلومات جيد، وقد يعود ذلك إلى أن الدراسة التي يتلقاها الممرضون سواءً في دراستهم الأكاديمية أو من خلال سياسات المستشفى تجعلهم على دراية نوعاً ما بإجراءات الحماية الشخصية، تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Randa et al,2014) والتي بينت أن ربع الممرضين فيها تقريباً كان لديهم مستوى معلومات جيد حول إجراءات الحماية الشخصية. ولم تتفق مع دراسة (Shauq et al ,2014) في العراق التي هدفت إلى تقييم معلومات الكادر التمريضي حول الاحتياطات العامة لضبط العدوى في وحدة العناية المركزة في مستشفيات بغداد التعليمية، وكان من أبرز نتائجها أن لدى النسبة الأعلى من الكادر التمريضي معلومات جيدة حول طرق الوقاية الشخصية من العدوى.[5,8]

بينت نتائج الدراسة الحالية أن لدى ثلثي الكادر التمريضي تقريباً مستوى معلومات كلي متوسط وشكلوا النسبة الأعلى في العينة، ولدى عشرهم مستوى معلومات جيد، قد يعود ذلك إلى أن الكادر التمريضي مازال في سنواته الأولى بالعمل حيث أن خبرتهم لم تتعدى 5 سنوات وفي العقد الثاني من عمرهم مما يجعل خبرتهم ليست بالمستوى الكافي لتحصيل معارف بمستوى جيد، بالمقابل فإن عدم اتباعهم لدورات بخصوص ضبط العدوى أثر في مستوى معلوماتهم مما جعل محصلة معرفتهم حول ضبط العدوى تظهر بمستوى متوسط. تتفق هذه النتيجة مع دراسة أجريت من قبل (Mohamed, 2011) والتي هدفت إلى تقييم معلومات الكادر التمريضي حول إجراءات ضبط العدوى في ثلاث مستشفيات باكستانية، فأظهرت نتائجها أن أغلب العينة لديهم مستوى معلومات متوسط حول إجراءات ضبط العدوى، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة أردنية من قبل (Rajakumari et al ,2018) هدفت إلى تقييم معلومات الكادر التمريضي في قسم العناية المشددة، حيث أظهرت أن معظم الكادر التمريضي لديه معلومات متوسطة حول إجراءات ضبط العدوى. بينما لم تتفق النتيجة الحالية مع نتائج دراسة أمريكية أجريت من قبل الباحثة (Saral, 2014) لتقييم معلومات الكادر التمريضي في قسم الحواضن وحديثي الولادة حول إجراءات ضبط العدوى، وكانت النتيجة بأن لدى جميع الممرضات تقريباً معلومات جيدة حول إجراءات ضبط العدوى، ونسبة ضئيلة جداً كانت لديهن مستوى متوسط من المعرفة والمعلومات [10,9,7].

7-الاستنتاجات والتوصيات:

• الاستنتاجات:

نستج من هذه الدراسة ما يلي:

1. لدى ثلثي الكادر التمريضي تقريباً مستوى معلومات متوسط حول إجراءات ضبط العدوى، وثلثهم مستوى معلومات جيد.
2. لدى ربع الكادر التمريضي مستوى معلومات منخفض حول إجراء غسل اليدين وثلثهم لديهم مستوى معلومات جيد.
3. لدى ثلثي الكادر التمريضي مستوى معلومات متوسط حول إجراءات حماية المكان، وعشرهم لديهم مستوى معلومات منخفض.
4. لدى ثلاثة أرباع الكادر التمريضي مستوى معلومات متوسط حول إجراءات الحماية الشخصية، ولدى ربعهم تقريباً مستوى معلومات جيد.

• التوصيات:

1. وضع صور وتعليمات مصورة في أماكن غسل اليدين توضح إجراءات حماية المكان والحماية الشخصية.
2. التقييم المستمر لمعلومات الكادر التمريضي حول إجراءات ضبط العدوى في أقسام المستشفى.
3. إجراء دورات تثقيفية بشكل دوري حول إجراءات ضبط العدوى في المستشفى.

4. تفعيل دور مشرفي أو مسؤولي ضبط العدوى لمتابعة ومراقبة التزام الكادر التمريضي بممارسات ضبط العدوى
5. إجراء دراسة مماثلة على عينة أكبر وتشمل عدة مستشفيات.

8-محددات الدراسة:

1. عدم الموافقة على المشاركة بالدراسة من قبل بعض أفراد مجتمع الدراسة.
2. الانشغال وضغط العمل لدى الكادر التمريضي.

9- المراجع

- 1- APIC, (1996). APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practice. St. Louis: Mosby–Year Book, Inc.
- 2- AVSC, (1999). Module 2: Importance and purpose of infect control. Infection control curriculum: A training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics: Trainers manual. New York: AVSC International, 27–39.
- 3- CDC. (2017). General Information on Hand. Hygiene.
- 4- According to p. 35 of the Redway/Fawdar presentation, "Note: this study has not been peer.
- 5- Randa, et al., (2014). Impact of an antibiotic restriction policy on hospital expenditures and bacterial susceptibilities: a lesson from a pediatric institution in a developing country. *Pediatr Infect Dis J* 19(3): 200–6.
- 6- Sadegi, et al., (2009). Feeding back surveillance data to prevent hospital acquired infection. *Emerg Infect Dis* 7: 295–8.
- 7- WHO, (2014). Prevention of hospital–acquired infections. A practical guide, 2nd edition.
- 8- Rajakumari, et al, (2018). To evaluate the information of the nursing staff in the intensive care department in Jordan a three year prospective study at the Jordan University Hospital, 2015–2018. *Am J Infect Control* 25: 322–9.
- 9- Mohamed, M.K., Strickland, G.T., et al, (2011). The role of parenteral antischistosomal therapy in the spread of hepatitis C virus in Egypt. *Lancet* 355 887 –91.
- 10- Saral, et al, (2014). Infectious waste surveys in a Saudi Arabian hospital: An important quality improvement tool. *Am J Infect Control* 29: 198–202.

الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة

فاطمه عباس* د. ليندا صالح**

(الإيداع: 13 آيار 2022، القبول: 30 تشرين الأول 2022)

الملخص:

تعد حالات البتر من الإعاقات الحركية التي تواجه مشاكل حساسة ومعقدة كظهور الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية. يعرف البتر بأنه إزالة جزء أو طرف من جسم الفرد وذلك للحفاظ على حياته، وبالتالي فقدان الفرد للوظيفة التي وجد من أجلها هذا الطرف، مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة. تقييم الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة. تم إجراء دراسة وصفية كمية مستعرضة على عينة هادفة مكونة من 100 مصاب من مستخدمي الأطراف البديلة السفلية بشكل جزئي أو كلي في مشفى زاهي أزرق العسكري في مدينة اللاذقية. تم جمع البيانات باستخدام استبيانين مطورين بالاعتماد على مقياس دراسة الهنداوي. تم الحصول على الموافقة الرسمية لإجراء الدراسة. تم الحصول على اسم وعنوان ورقم هاتف جميع العسكريين المبتورين واستخدموا طرفاً بديلاً في مدينة اللاذقية. قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب معامل ألفا كرونباخ. أجريت دراسة دلالية على 10% من أفراد العينة لتقييم وضوح الأدوات. تم جمع البيانات وتفرغها وتحليلها احصائياً. أظهرت نتائج الدراسة الحالية بأن مستوى الدعم الاجتماعي الكلي كان مرتفعاً وأن مستويات الرضا عن جودة الحياة جميعها كانت متوسطة لدى مستخدمي الأطراف البديلة. وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً في مستوى الدعم الاجتماعي بين مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع ومصادر الدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية. أوصت الدراسة الحالية بتزويد المستشفيات بمختصين في الصحة النفسية لعلاج حالات الإصابات الحربية وتقديم الدعم والخدمات النفسية والاجتماعية والطبية والمهنية في المراحل المبكرة للإصابة و تطوير برامج التأهيل وإجراء دراسات تجريبية كتأثير برنامج دعم مقدم على جودة الحياة لديهم.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، الدعم الاجتماعي، جرحى الحرب، البتر، أطراف بديلة.

*طالبة دراسات عليا(ماجستير)،قسم تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية،

**مدرس في قسم تمريض صحة مجتمع، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Social Support and Its Relationship To the Satisfaction Level of Life Quality among Users of Alternative Limbs

Fatima Ibrahim Abbas*

PhD. Linda Saleh**

(Received: 13 May 2022, Accepted: 30 October 2022)

Abstract:

Amputations are motor disabilities facing sensitive and complex problems such as the emergence of many psychological and social problems. Amputation is defined as the removal of a part or limb of an individual's body in order to preserve his life, thus the individual's loss of the function for which that limb existed, affecting his personal, social and professional life to varying degrees. the aim of this study was to assess social support and its relationship to the satisfaction level of life quality among users of alternative limbs.

A descriptive cross-sectional study was performed on purposive sample of 100 casualties in Zahi Azraq Military, Hospital Data were collected using a structured questionnaire developed based on the Al-Hindawi study scale. Official approval was obtained to conduct the study. The name, address and telephone number of all amputees are used a replacement party in the city of Latakia. – A pilot study was conducted on 10% of the sample members to assess the clarity and applicability of the tools. – The data were collected, discharged and analyzed statistically. The findings of this study showed that overall social support was high and that all levels of satisfaction with quality of life were moderate among alternative limbs users. The existence of a statistically significant positive relationship between the source of friends, the source of community institutions and the sources of social support as a whole and the overall degree of satisfaction with the quality of life of the members of the total sample.

This study recommended to provide hospitals with mental health specialists to treat war injuries, provide support and psychological, social, medical and occupational services in the early stages of injury, develop rehabilitation programs and alternative limbs for amputation. and experimental studies such as the impact of a support programme on their quality of life.

Keywords: Quality of life, social support, war wounded, amputations, alternative limbs.

*Postgraduate Student (Master), Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, University of Tishreen, Latakia, Syria.

**Teacher, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, University of Tishreen, Latakia, Syria .

1. المقدمة:

تعتبر الإعاقة من الظواهر المعاشية للإنسان منذ بدء الخليقة وهي في تزايد مستمر. يشير التقرير العالمي حول الإعاقة الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2011 أن هناك أكثر من مليار شخص من ذوي الإعاقة أي حوالي 15% من سكان العالم، وفي إقليم الشرق الأوسط نسبتها حوالي 12%. في سورية كانت نسبة الإعاقة حوالي مليوني شخص أي حوالي 10% من السكان[1]. فيما أشارت إحصائيات منظمة الصحة عام 2017 إلى وجود 1.5 مليون مصاب بإعاقة دائمة من أصل ثلاثة ملايين شخص أصيبوا جراء الحرب على سورية، وأدت إصابة 86 ألف شخص منهم إلى بتر طرفي. [18]

يعد البتر من أكثر الإصابات الحربية شيوعاً التي تصيب الجنود في المعارك والحروب بسبب تعرضهم للانفجارات ووسائل التعذيب. يحصل الفرد من خلال الوظائف التي تؤديها له أطرافه على إشباع معين مما يضي عليه شعوراً بالرضا، إلا أن المصاب بالبتر لا يستطيع الحصول على هذا الإشباع وبالتالي لا يستطيع أداء واجباته، فيجد نفسه أمام أحد الحلول التالية إما أن يتجنب القيام بالنشاط أو العمل أو أن يعوض العضو المبتور عن طريق استغلال الأطراف المتبقية لديه بأقصى طاقة بدنية ممكنة، أو يؤدي الوظيفة بالاستفادة من الطرف البديل الذي يحل محل الطرف المبتور. [2]

يعتبر الدعم الاجتماعي مصدراً هاماً يحتاجه كل فرد في حياته اليومية، بل هو حاجة ملحة يتمناها الفرد في أن تتحقق كلما احتاج إليها في المواقف الحياتية التي تواجهه، ولذلك فإن ذوي الأطراف البديلة كغيرهم من الذين يحتاجون إلى هذا الدعم من كافة المحيطين بهم، كالأُسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء، والمؤسسات الاجتماعية التأهيلية وغيرها من مصادر الدعم الأخرى. ويعرف فايد الدعم الاجتماعي بأنه إدراك الفرد بأن لديه عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه الرجوع إليهم عند الحاجة، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له[3].

بالرغم من وجود وجهات نظر مختلفة بين الباحثين حول مفهوم جودة الحياة إلا أنهم اتفقوا على أن مبادئها تتقاطع وتتشابك بين الأشخاص سواء كانوا معاقين أم أصحاء[4]. كذلك اعتبرت منظمة اليونسكو جودة الحياة مفهوم شامل يضم جوانب الحياة ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، و الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته. [5]

أجريت العديد من الدراسات السابقة لتقييم الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة منها دراسة (هشام وزملائه ، 2016) في باكستان بعنوان جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون بتر واحد للأطراف السفلية وأظهرت نتائجها أن البتر يؤثر سلباً على جودة الحياة ذات الصلة بالصحة بطرق متعددة لا سيما المجالات المادية للصحة[6]. كما أجرى (Solamon et al., 2015) دراسة بهدف تقييم نوعية الحياة لدى المصابين بالبتر السفلي وأقرانهم الطبيعيين حيث تبين أن لدى الأشخاص المصابين بالبتر السفلي نوعية حياة ضعيفة مقارنة بأقرانهم الطبيعيين وأن الخضوع لإعادة التأهيل لمدة 6 أشهر قد حقق تحسناً ملحوظاً في نوعية الحياة لديهم. (81)

وهدفت الدراسة التي قام بها (Bushnik et al, 2016) إلى تقييم دور الدعم الاجتماعي في التأثير على النتائج الوظيفية وجودة الحياة للمرضى المبتورين. تم جمع البيانات من خلال المقابلات، التقرير الذاتي للمريض، ومقاييس النتائج الوظيفية المسجلة ، كشفت نتائج الدراسة وجود فرق بين المشاركين مع دعم اجتماعي مرتفع مقارنة مع المشاركين مع دعم اجتماعي منخفض. كما أن الدعم الاجتماعي المرتفع يدل على زيادة احترام الذات والثقة ، وانخفاض مستويات الاكتئاب مقارنة بالمشاركين الذين يعانون من انخفاض الدعم الاجتماعي. [7]

2. هدف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة

3. أهمية الدراسة:

- نظراً لعدم وجود دراسة في البيئة المحلية تناولت الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى مبتوري الأطراف ظهرت الحاجة لإجراء هذه الدراسة.
- تأتي أهمية الدراسة الحالية من أهمية الفئة المستهدفة فهي شريحة مهمة من شرائح المجتمع السوري وهم العسكريين مستخدمي الأطراف البديلة الذين اكتسبوا إعاقتهن أثناء قيامهم بواجبهم الوطني المقدس .
- كما ستطلعنا الدراسة على مستوى الدعم المقدم لهم من قبل الأسرة والأصدقاء ومؤسسات المجتمع مما يسهم في التعرف على جوانب النقص في هذا الدعم كما تسهم هذه الدراسة بإلقاء الضوء على مستوى رضاهم عن جودة حياتهم بعد تركيب الطرف الاصطناعي.
- كما يمكن أن تكون مرجعاً مهماً و قاعدة بيانات لدراسات علمية لاحقة تهتم بالعسكريين المعاقين حركياً وتفتح الباب أمام المزيد من الأبحاث والدراسات العلمية في هذا المجال .
- كما قد تساعد المختصين في مجال الصحة العامة والنفسية لإعداد برامج تأهيل.

4. مواد وطرائق البحث:

تصميم الدراسة: وصفية كمية مستعرضة.

مواصفات افراد العينة :

- أن يكون عسكرياً في الجيش العربي السوري
- أن يستخدم أطراف بديلة سفلية بشكل جزئي أو كلي
- أن يكون مقيم بمدينة اللاذقية أو يراجع المشفى المذكور بغرض استكمال التأهيل على الطرف البديل.

أدوات الدراسة:

تم استخدام أداتين لجمع البيانات في هذه الدراسة ،الأداة الأولى: مكونة من جزأين:

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية والصحية :- استمارة تتضمن البيانات الديموغرافية : (العمر-المستوى التعليمي - الحالة الاقتصادية - الحالة الاجتماعية -...)2-استمارة تتضمن البيانات الصحية : (مدة البتر - مدة تركيب الطرف-...).

الجزء الثاني : مقياس الدعم الاجتماعي المطور بالاعتماد على مقياس دراسة الهنداوي (2011) ويتكون من 19 فقرة مكررة على ثلاث مصادر (الاسرة والاقارب ، الاصدقاء، مؤسسات المجتمع) ،وتتم الإجابة على كل فقرة من الفقرات باختيار

أحد البدائل التالية: (كثيراً= 4 درجات)؛ (الى حد ما = 3 درجات)؛ (نادراً=؛ درجتين)؛ (مطلقاً= درجة واحدة) تراوحت معاملات الثبات لمقياس الدعم الاجتماعي بمصادره ودرجته الكلية باستخدام معامل ألفا كرونباخ بين (0.959- 0.984)، وهي تدل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

الأداة الثانية: مقياس جودة الحياة المطور بالاعتماد على مقياس دراسة الهنداوي (2011) ويتألف من 72 بند موزعة حول ثمانية أبعاد لكل بعد منها 9 بنود وهي: جودة الحياة الأسرية يليه جودة الصحة العامة، ثم جودة الصحة النفسية، وجودة شغل الوقت وإدارته وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة المهنية ثم جودة الحياة الزوجية. وقد أعطيت خمس بدائل للإجابة متدرجة من درجة واحدة الى خمس درجات على طريقة مقياس ليكرت وهي كما يلي: (كثيراً جداً= 5درجات)، (كثيراً= 4 درجات)، (الى حد ما= 3 درجات)، (قليل جداً= درجتين)، (لا بالمرّة= درجة واحدة).

تم تقدير ثبات مقياس الرضا عن جودة الحياة باستخدام معامل ألفا كرونباخ وتراوحت بين (0.741-0.934)، وتدل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

الطرائق :

تم الحصول على الموافقة من جامعة تشرين وكلية التمريض و مشفى زاهي ازرق العسكري في محافظة اللاذقية لإجراء الدراسة والحصول على اسم وعنوان ورقم هاتف جميع العسكريين المبتورين واستخدموا طرفاً بديلاً في مدينة اللاذقية من سجلات المشفى المذكور .

- قام الباحث باعتماد مقياس جودة الحياة ومقياس الدعم الاجتماعي المطور من قبل الهنداوي عام 2011.

- أجريت دراسة استرشادية على 10% من العينة لتقييم وضوح الأدوات وإمكانية تطبيقها.

تم أخذ الموافقة الشخصية منهم للمشاركة بالدراسة بعد تعريف الباحث بنفسه والهدف من دراسته بوضوح مع ضمان سرية المعلومات والخصوصية وإمكانية الرفض. وتم اختيارهم بطريقة الاعتيان القصدي. وتم جمع البيانات باستخدام أدوات الدراسة من خلال مقابلة شخصية مع كل فرد مدتها (30- 45 د).

التحليل الإحصائي:

- تم تفرغ البيانات وتحليلها احصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار (24) . وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية : الإحصاءات الوصفية: التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، معامل ارتباط بيرسون : للتحقق من العلاقة بين المتغيرات، ومقياس One- Way ANOVA لتحديد العلاقة بين المتغيرات عند مستوى الدلالة الاحصائية كان عند 0.05 /0.01 .

5.النتائج:

الجدول رقم (1): توزع أفراد العينة وفق البيانات الديموغرافية والصحية:

| N=100 | | البيانات الصحية (معلومات البتر) | | N=100 | | البيانات الديموغرافية | |
|-------|-----|---------------------------------|---|-------|------------|-----------------------|-------------------|
| % | N | % | N | % | N | % | N |
| 76% | 76 | جانب واحد | البتر السفلي | 19% | 19 | من 18-26 | الفئة العمرية |
| 24% | 24 | جانبيين | | 50% | 50 | من 27-35 | |
| 100% | 100 | المجموع | 21% | 21 | من 36-44 | | |
| 22% | 22 | أقل من 6 أشهر | 10% | 10 | أكثر من 45 | | |
| 67% | 67 | 6-12 شهر | المدة منذ حدوث البتر حتى تركيب الطرف البديل | 100% | 100 | المجموع | |
| 7% | 7 | أكثر من سنة | | 41% | 41 | غير متزوج | الحالة الاجتماعية |
| 5% | 5 | أكثر من سنتين | | 59% | 59 | متزوج | |
| 100% | 100 | المجموع | 100% | 100 | المجموع | | |
| 20% | 20 | أقل من 6 أشهر | مدة استخدام الطرف البديل | 14% | 14 | ابتدائي ودون | المستوى التعليمي |
| 15% | 15 | 6-12 شهر | | 27% | 27 | إعدادي | |
| 17% | 17 | أكثر من سنة | | 35% | 35 | ثانوي | |
| 48% | 48 | أكثر من سنتين | | 24% | 24 | جامعي فأكثر | |
| 100% | 100 | المجموع | 100% | 100 | المجموع | | |
| 11% | 11 | عبر القدم | طبيعة البتر | 25% | 25 | سيء جداً | الوضع الاقتصادي |
| 1% | 1 | عبر الكاحل | | 45% | 45 | سيء | |
| 63% | 63 | تحت الركبة | | 23% | 23 | متوسط | |
| 13% | 13 | عبر الركبة | | 7% | 7 | جيد | |
| 12% | 12 | فوق الركبة | | 100% | 100 | المجموع | |
| 100% | 100 | المجموع | | | | | |

يبين الجدول إن نصف العينة من الفئة العمرية المتراوحة بين (27-35 سنة) ، كما يبين الجدول أن أكثر من ثلثي أفراد العينة متزوجين ،أما بالنسبة للمستوى التعليمي تبين أن (35%) من أفراد العينة من حملة الشهادة الثانوية، كما يبين الجدول توزع أفراد العينة حسب أطراف البتر ويظهر أن النسبة الأعلى من العينة بتروا من جانب سفلي واحد بنسبة (76%)، وكانت النسبة الأعلى للوضع الاقتصادي السيء بنسبة (45%)، كما يظهر أن حوالي نصف أفراد العينة يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنتين، كما يبين الجدول توزع أفراد العينة وفق طبيعة البتر ويظهر أن النسبة الأعلى كانت للمبتورين في مستوى تحت الركبة، كما أظهر أن المدة لحوالي ثلثي العينة تراوحت بين (6-12شهر) منذ حدوث البتر لغاية استخدام الطرف.

الجدول رقم (2): التوزع التكراري لأفراد العينة تبعاً لمستوى الدعم الاجتماعي:

| مستوى الدعم الاجتماعي | | | | | | مصادر الدعم الاجتماعي |
|-----------------------|----|---------|----|---------|----|-----------------------|
| مرتفع | | متوسط | | منخفض | | |
| 76 - 57 | | 56 - 38 | | 37 - 19 | | |
| % | N | % | N | % | N | |
| % | 69 | % | 21 | % | 10 | مصدر الأسرة والأقارب |
| % | 55 | % | 27 | % | 18 | مصدر الأصدقاء |
| % | 35 | % | 39 | % | 26 | مصدر مؤسسات المجتمع |
| 228-172 | | 171-115 | | 114-57 | | الدعم الاجتماعي الكلي |
| % | N | % | N | % | N | |
| % | 51 | % | 32 | % | 17 | |

يبين الجدول السابق مستويات الدعم الاجتماعي حيث كان مستوى الدعم الاجتماعي الكلي مرتفعاً بينما كان الدعم الاجتماعي لمصدر المؤسسات متوسطاً أما بالنسبة للدعم الاجتماعي لكل من مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء كان مرتفعاً أيضاً.

الجدول رقم (3): التوزع التكراري لأفراد العينة تبعاً لمستوى الرضا عن جودة الحياة:

| مستوى الرضا | | | | | | الرضا عن جودة الحياة |
|-------------|----|---------|----|--------|----|--|
| مرتفع | | متوسط | | منخفض | | |
| 45 - 35 | | 34 - 22 | | 21 - 9 | | |
| % | N | % | N | % | N | |
| % | 39 | % | 55 | % | 6 | جودة الحياة الأسرية |
| % | 8 | % | 74 | % | 18 | جودة الصحة العامة |
| % | 7 | % | 61 | % | 32 | جودة الصحة النفسية |
| % | 11 | % | 56 | % | 33 | جودة شغل الوقت وإدارته |
| % | 20 | % | 73 | % | 7 | جودة العلاقات الاجتماعية |
| % | 23 | % | 72 | % | 5 | جودة الدور الاجتماعي |
| %4.6 | 4 | %68.6 | 59 | %26.7 | 23 | جودة الحياة المهنية |
| %49.2 | 29 | %50.8 | 30 | - | - | جودة الحياة الزوجية |
| 270-198 | | 197-127 | | 126-54 | | جودة الحياة بدون الرضا عن جودة الحياة المهنية والزوجية |
| % | N | % | N | % | N | |
| % | 18 | % | 73 | % | 9 | |
| 360-265 | | 264-169 | | 168-72 | | جودة الحياة الكلية |
| % | N | % | N | % | N | |
| %6.6 | 3 | %88.8 | 40 | %4.5 | 2 | |

يبين الجدول السابق مستويات جودة الحياة بأبعادها حيث كانت جميع مستويات جودة الحياة متوسطة .

الجدول رقم (4): العلاقة بين مصادر الدعم الاجتماعي وأبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة:

| مصادر الدعم الاجتماعي | | | | أبعاد الرضا عن جودة الحياة |
|-----------------------|----------------|----------------|-----------------|----------------------------|
| الدعم ككل | مؤسسات المجتمع | الأصدقاء | الأسرة والأقارب | |
| 0.035 | 0.079 | 0.038 | 0.017 | جودة الحياة الأسرية |
| 0.130 | 0.140 | 0.161 | 0.055 | جودة الصحة العامة |
| 0.090 | 0.135 | 0.100 | 0.015 | جودة الصحة النفسية |
| 0.274** | 0.331** | 0.279** | 0.141 | جودة شغل الوقت وإدارته |
| 0.156 | 0.160 | 0.148 | 0.117 | جودة العلاقات الاجتماعية |
| 0.062 | 0.059 | 0.052 | 0.059 | جودة الدور الاجتماعي |
| 0.311* | 0.286* | 0.293* | 0.272 | جودة الحياة ككل |
| 0.078 | 0.030 | 0.104 | 0.079 | الجودة المهنية |
| 0.087 | 0.174 | 0.063 | 0.013 | جودة الحياة الزوجية |

• *مستوى الدلالة الإحصائية ($p \leq 0.05$)

• **مستوى الدلالة الإحصائية ($p \leq 0.01$)

- عدم وجود فروق ذات دلالات إحصائية هامة بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والمصادر ككل من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة الصحة النفسية وجودة الحياة الزوجية وجودة الحياة المهنية وجودة الدور الاجتماعي وجودة العلاقات الاجتماعية.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 بين مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والمصادر ككل من الدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية .
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والمصادر ككل من الدعم الاجتماعي وجودة شغل الوقت وإدارته لدى أفراد العينة الكلية .
- العلاقة بين البيانات الديموغرافية و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة.

الجدول رقم (5): العلاقة بين طبيعة البتر و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة:

| مستوى الدلالة | | F | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | طبيعة البتر | الدعم الاجتماعي |
|---------------|-------|-------|-------------------|---------------|-------------|----------------------|
| دالة إحصائياً | .020 | 3.054 | 4.781 | 69.36 | عبر القدم | مصدر الأسرة والأقارب |
| | | | . | 48.00 | عبر الكاحل | |
| | | | 17.779 | 58.13 | تحت الركبة | |
| | | | 5.377 | 71.08 | عبر الركبة | |
| | | | 12.300 | 63.25 | فوق الركبة | |
| دالة إحصائياً | 0.009 | 3.590 | 15.574 | 62.82 | عبر القدم | مصدر الأصدقاء |
| | | | . | 44.00 | عبر الكاحل | |
| | | | 15.136 | 52.44 | تحت الركبة | |
| | | | 3.990 | 66.62 | عبر الركبة | |
| | | | 14.884 | 55.58 | فوق الركبة | |
| دالة إحصائياً | 0.006 | 3.844 | 14.536 | 55.09 | عبر القدم | مصدر مؤسسات المجتمع |
| | | | . | 46.00 | عبر الكاحل | |
| | | | 13.946 | 43.17 | تحت الركبة | |
| | | | 11.435 | 56.62 | عبر الركبة | |
| | | | 14.128 | 44.17 | فوق الركبة | |
| دالة إحصائياً | 0.003 | 4.273 | 32.644 | 187.27 | عبر القدم | الدعم الاجتماعي ككل |
| | | | . | 138.00 | عبر الكاحل | |
| | | | 42.341 | 153.75 | تحت الركبة | |
| | | | 19.678 | 194.31 | عبر الركبة | |
| | | | 35.167 | 163.00 | فوق الركبة | |

يتبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير طبيعة البتر ومصادر الدعم الاجتماعي الثلاثة والدعم الاجتماعي ككل عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01 فيما كان الدعم الاجتماعي الأعلى لأفراد العينة الذين بتروا عبر الركبة يليهم أفراد العينة الذين بتروا على مستوى القدم.

الجدول رقم (6): العلاقة بين المدة منذ حدوث البتر حتى تركيب الطرف البديل و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة:

| مستوى الدلالة | | F | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | مدة منذ حدوث البتر | الدعم الاجتماعي |
|-------------------|-------|-------|-------------------|---------------|--------------------|----------------------|
| دالة إحصائياً | 0.001 | 6.241 | 8.698 | 69.19 | أقل من 6 أشهر | مصدر الأسرة والأقارب |
| | | | 15.339 | 60.66 | 6-12 شهر | |
| | | | 23.971 | 42.57 | أكثر من سنة | |
| | | | 5.762 | 68.20 | أكثر من سنتين | |
| غير دالة إحصائياً | 0.087 | 2.252 | 13.238 | 62.43 | أقل من 6 أشهر | مصدر الأصدقاء |
| | | | 15.783 | 53.22 | 6-12 شهر | |
| | | | 9.071 | 56.43 | أكثر من سنة | |
| | | | 8.216 | 60.00 | أكثر من سنتين | |
| غير دالة إحصائياً | 0.639 | 0.566 | 15.053 | 47.00 | أقل من 6 أشهر | مصدر مؤسسات المجتمع |
| | | | 14.715 | 45.33 | 6-12 شهر | |
| | | | 12.189 | 51.71 | أكثر من سنة | |
| | | | 13.813 | 50.40 | أكثر من سنتين | |
| غير دالة إحصائياً | 0.173 | 1.696 | 30.429 | 178.62 | أقل من 6 أشهر | الدعم الاجتماعي ككل |
| | | | 43.834 | 159.21 | 6-12 شهر | |
| | | | 39.161 | 150.71 | أكثر من سنة | |
| | | | 24.542 | 178.60 | أكثر من سنتين | |

يبين الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير مدة البتر ومصدر الأسرة والأقارب فقط عند مستوى دلالة أقل من 0.01

كان الدعم الاجتماعي الأعلى لأفراد العينة الذين بقوا أقل من 6 شهور حتى تركيب الطرف على مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء والدعم الاجتماعي ككل يليهم الأفراد الذين بقوا أكثر من سنتين ، فيما كان الدعم الاجتماعي على مصدر مؤسسات المجتمع أعلى للذين بقوا أكثر من سنة حتى تركيب الطرف يليهم الأفراد الذين بقوا أكثر من سنتين.

الجدول رقم (7): العلاقة بين مدة استخدام الطرف البديل و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة:

| مستوى الدلالة | | F | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | مدة استخدام الطرف | الدعم الاجتماعي |
|-------------------|-------|-------|-------------------|---------------|-------------------|----------------------|
| غير دالة إحصائياً | 0.421 | 0.947 | 8.685 | 65.20 | أقل من 6 أشهر | مصدر الأسرة والأقارب |
| | | | 11.274 | 64.60 | 6-12 شهر | |
| | | | 20.198 | 61.71 | أكثر من سنة | |
| | | | 17.379 | 59.04 | أكثر من سنتين | |
| دالة إحصائياً | 0.010 | 3.957 | 9.384 | 56.50 | أقل من 6 أشهر | مصدر الأصدقاء |
| | | | 12.380 | 59.60 | 6-12 شهر | |
| | | | 9.455 | 64.18 | أكثر من سنة | |
| | | | 17.552 | 51.19 | أكثر من سنتين | |
| دالة إحصائياً | 0.042 | 2.839 | 11 | 43.20 | أقل من 6 أشهر | مصدر مؤسسات المجتمع |
| | | | 9.038 | 49.60 | 6-12 شهر | |
| | | | 11.206 | 54.24 | أكثر من سنة | |
| | | | 17.067 | 43.92 | أكثر من سنتين | |
| غير دالة إحصائياً | 0.096 | 2.176 | 23.742 | 164.90 | أقل من 6 أشهر | الدعم الاجتماعي ككل |
| | | | 30.737 | 173.80 | 6-12 شهر | |
| | | | 33.143 | 180.12 | أكثر من سنة | |
| | | | 49.082 | 154.15 | أكثر من سنتين | |

يبين الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير مدة استخدام الطرف ومصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01

كان الدعم الاجتماعي أعلى للذين يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنة على كل من مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع يليهم الذين يستخدمون الطرف منذ 6-12 شهر، بينما كان الدعم أعلى للذين استخدموه أقل من 6 شهور على مصدر الأسرة والأقارب يليهم الذين يستخدمون الطرف منذ 6-12 شهر.

• العلاقة بين البيانات الديموغرافية وأبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة.

الجدول رقم (8): العلاقة بين العمر وأبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة:

| مستوى الدلالة | | F | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | العمر | أبعاد الرضا عن جودة الحياة |
|-------------------|-------|-------|-------------------|---------------|------------|--|
| غير دالة إحصائياً | 0.651 | 0.547 | 5.011 | 34.06 | 18-26 | الرضا عن جودة الحياة الأسرية |
| | | | 5.916 | 33.16 | من 27-35 | |
| | | | 5.818 | 32.62 | من 36-44 | |
| | | | 7.208 | 31.20 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.147 | 1.832 | 4.162 | 28.50 | 18-26 | الرضا عن جودة الصحة العامة |
| | | | 6.451 | 26.12 | من 27-35 | |
| | | | 5.656 | 26.76 | من 36-44 | |
| | | | 5.613 | 23.20 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.351 | 1.106 | 7.021 | 27.67 | 18-26 | الرضا عن جودة الصحة النفسية |
| | | | 6.557 | 24.54 | من 27-35 | |
| | | | 6.437 | 25.33 | من 36-44 | |
| | | | 4.326 | 24.40 | أكثر من 45 | |
| دالة إحصائياً | 0.056 | 2.607 | 5.466 | 28.67 | 18-26 | الرضا عن جودة الوقت |
| | | | 8.617 | 22.46 | من 27-35 | |
| | | | 9.033 | 24 | من 36-44 | |
| | | | 7.134 | 24.70 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.324 | 1.173 | 5.676 | 31.89 | 18-26 | الرضا عن جودة العلاقات |
| | | | 6.347 | 28.92 | من 27-35 | |
| | | | 6.302 | 29.29 | من 36-44 | |
| | | | 5.934 | 30.90 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.435 | 0.919 | 5.064 | 33 | 18-26 | الرضا عن جودة الدور الاجتماعي |
| | | | 5.166 | 30.96 | من 27-35 | |
| | | | 3.637 | 31.86 | من 36-44 | |
| | | | 5.379 | 30.60 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.387 | 1.023 | 5.024 | 28.08 | 18-26 | الرضا عن الجودة المهنية |
| | | | 7.374 | 24.62 | من 27-35 | |
| | | | 5.794 | 25.76 | من 36-44 | |
| | | | 2.261 | 25 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.668 | 0.523 | 7.565 | 32.833 | 18-26 | الرضا عن جودة الحياة الزوجية |
| | | | 5.826 | 35.407 | من 27-35 | |
| | | | 6.886 | 34.384 | من 36-44 | |
| | | | 4.633 | 33.333 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.647 | 0.556 | 31.824 | 237.90 | 18-26 | الرضا عن جودة الحياة ككل |
| | | | 45.085 | 222.125 | من 27-35 | |
| | | | 40.509 | 219.363 | من 36-44 | |
| | | | 33.510 | 235.166 | أكثر من 45 | |
| غير دالة إحصائياً | 0.178 | 1.671 | 26.510 | 183.78 | 18-26 | الرضا عن جودة الحياة الكلية بدون الحياة الزوجية والمهنية |
| | | | 30.985 | 166.16 | من 27-35 | |
| | | | 29.336 | 169.86 | من 36-44 | |
| | | | 28.367 | 165 | أكثر من 45 | |

يُتَبَيَّن من الجدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير الفئة العمرية على بعد جودة الوقت فقط عند مستوى دلالة 0.05 .

كان مستوى الرضا عن جودة الحياة الزوجية أعلى بالنسبة للفئة العمرية من 27-35 يليها فئة 36-44 سنة، فيما كان مستوى الرضا عن جودة الحياة في الأبعاد الأخرى أعلى على حساب الأفراد ذوي الفئة العمرية من 18-26 سنة يليها فئة 27-35 سنة بالنسبة لبعدها عن الحياة الأسرية، وأيضاً الذين أعمارهم فوق الـ 45 على بعد الرضا عن جودة الوقت وجودة العلاقات وجودة الحياة الكلية، بالإضافة إلى العمر من 36-44 بالنسبة للرضا عن جودة الحياة بدون الجودة المهنية والجودة الزوجية وأبعاد جودة الحياة المتبقية.

6. المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن حوالي نصف أفراد العينة من الفئة العمرية ما بين (27-35 سنة) ولا يعانون من أية أمراض مزمنة سابقة للإصابة، وهذا ما يتوافق مع قانون الخدمة العسكرية الإلزامية والذي ينص على أن التجنيد العام يشمل الذكور فقط من عمر 18 سنة وأكثر، إذ يجند المصابون بأمراض مزمنة بالخدمة الثابتة التي تشمل مهام غير قتالية وخدمات إدارية، أو يعفى من لديه إصابة سابقة من الخدمة العسكرية وفق لقانون التجنيد العام. وهذه النتيجة لا تتوافق مع نتائج دراسة (Oyeyemi et al.2013) حول جودة الحياة لدى النيجيريين مبتوري الأطراف الثنائية السفلية التي أظهرت أن حوالي نصف أفراد العينة تنتمي إلى الفئة العمرية ما بين (40-59)، يعزو الباحث هذه النتيجة لتعدد أسباب البتر التي تناولتها دراسته وبالتالي تنوعت الفئات العمرية. [8]

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من ثلثي أفراد العينة متزوجين وأن (35%) من أفراد العينة من حملة الشهادة الثانوية، هذه النتيجة لا تتوافق مع نتائج دراسة (صالح وآخرون، 2016) التي هدفت إلى تحديد احتياجات مصابي الحرب خلال الأزمة السورية في محافظة اللاذقية والتي وجدت أن غالبية المصابين العسكريين هم من العازبين و حملة الشهادة الإعدادية، يبرر الباحث ذلك لحدوث الزواج قبل الإصابة. [9]

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن حوالي نصف أفراد العينة يعيشون في واقع اقتصادي سيء. يعزو الباحث هذه النتيجة لأثر الإصابة وواقع الحرب التي تؤدي لتدهور لا مفر منه بكل نواحي الحياة ولاسيما الوضع الاقتصادي . أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من ثلث أفراد العينة بترتوا من جانب سفلي واحد، وأن حوالي نصف أفراد العينة يستخدمون الطرف البديل منذ أكثر من سنتين كما أن النسبة الأعلى منهم كانت للمبتورين على مستوى تحت الركبة، تتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Oyeyemi et al.2013) التي أظهرت أن 61.7% لديهم بتر تحت الركبة. يبرر الباحث ذلك لتنوع الأسباب التي أدت للإصابة. [8]

أما بالنسبة للمدة بين حدوث البتر وتركيب الطرف أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن المدة لدى ثلثي العينة تراوحت بين (6-12 شهر). بينما أظهرت نتائج دراسة (Oyeyemi et al.2013) أن أكثر من نصف العينة كانوا مبتورين لمدة 3-24 شهر قبل تركيب الطرف البديل. [8]

حسب الدراسة الحالية كان الدعم الاجتماعي الكلي و بالنسبة لمصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء مرتفعاً، مما يدل أن أفراد العينة يتلقون الدعم المناسب من المقربين. و أن الدعم الاجتماعي لمصدر المؤسسات كان متوسطاً، يفسر الباحث ذلك بنقص المؤسسات المعنية بدعم جرحى الجيش .

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الدعم الاجتماعي الأعلى لأفراد العينة الذين بترتوا عبر الركبة والذين بقوا أقل من 6 شهور حتى استخدموا الطرف البديل و يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنة. يعزو الباحث ذلك لتحديد الحركة الناتج عن البتر في مستوى الركبة وأثرها النفسي وحالة عدم التقبل لدى المصاب مما يدعو لتدخل الدعم الاجتماعي أكثر.

بالنسبة لمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة في دراستنا الحالية كان متوسطاً. يعزو الباحث ذلك لارتفاع مستوى التقبل والإيمان بالقضاء والقدر لدى المصابين ، واعتقادهم أن بتر الطرف السفلي قد لا يكون له تأثير خطير على مجالات حياتهم. تتوافق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Dajpratham et al,2011) الذي وجد أن الغالبية العظمى من عينة دراسته كان لديهم مستوى جيد في جودة الحياة.[10]

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن جودة الحياة أعلى لدى الفئة العمرية من 18-26، للذين بتروا عبر القدم، وأظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على بعد جودة الصحة النفسية وجودة العلاقات بالنسبة لمتغير طبيعة البتر. بينما لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة مع بتر أسفل وفوق الركبة وكانت درجات أعلى في الاستقلالية الوظيفية بين الذين يعانون من البتر تحت الركبة بالمقارنة مع البتر فوق الركبة في دراسة (Oyeyemi et al.2013).[8] حيث ذكر (Turney et al,2001) أيضاً أن هناك فرقاً كبيراً في البيئة بين الأفراد مع مستويات مختلفة من بتر الأطراف السفلية وأن المتبني الوحيد للتكيف البيئي لدى أولئك الذين يعانون من بتر الأطراف السفلية هو مستوى البتر.[13]

أظهرت الدراسة الحالية أن مستوى الرضا عن جودة الحياة أعلى بالنسبة للذين بقوا أكثر من سنة حتى استخدموا الطرف البديل والذين يستخدمون الأطراف البديلة منذ أكثر من سنتين، في حين لم تختلف درجات المشاركين في جميع مجالات جودة الحياة عبر فترات مختلفة من العيش مع البتر في دراسة (Oyeyemi et al.2013) هذا يشير إلى أن الوقت منذ البتر ليس له تأثير كبير على جودة الحياة بين الأفراد مع بتر الطرف السفلي[8]. ومع ذلك فقد رأى (Dajpratham et al,2011)[10] أن المدة الطويلة للبتر ترتبط بجودة حياة صحية أفضل بشكل ملحوظ ، والوقت منذ البتر قد أثر بشكل كبير على مجالات الصحة البدنية والصحة النفسية في جودة الحياة (Gallagher and MacLachlan, 2004; Nagarajan et al, 2003).[14][15]

أشارت نتائج دراستنا الحالية لوجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية من الدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (مجدي،2009) والتي بينت وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الدعم الاجتماعي وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى مرضى السكر[11]. وتتفق أيضاً مع ما أشار إليه (بطرس، 2005) أن للدعم المقدم من جانب الأسرة والأصدقاء دوراً كبيراً في توافق الفرد. وهذا يعني أن الدعم المقدم للمصابين له تأثير قوى وإيجابي تجاه رضاهم عن جودة الحياة.[12]

7. الاستنتاجات:

خلصت الدراسة إلى أن:

- نصف العينة تراوحت أعمارهم بين (27-35 سنة)، وأن أكثر من ثلثي أفراد العينة متزوجين، وثلثها من حملة الشهادة الثانوية و النسبة الأعلى منها يعيشون في واقع اقتصادي سيء، فيما كانت النسبة الأعلى من العينة للذين بتروا من جانب سفلي واحد و حوالي نصف أفراد العينة يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنتين، وكانت النسبة الأعلى لأفراد العينة المبتورين على مستوى تحت الركبة، كما أظهرت الدراسة بأن مستوى الدعم الاجتماعي كان مرتفعاً و أن مستويات الرضا عن جودة الحياة جميعها كانت متوسطة.
- مستوى الدعم الاجتماعي كان الأعلى لأفراد العينة الذين بتروا عبر الركبة و الذين بقوا أقل من 6 شهور حتى استخدموا الطرف البديل و يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الدعم الاجتماعي في جميع مصادره تعزى لمتغير طبيعة البتر.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الدعم الاجتماعي في مصدر الأسرة والأقارب تعزى لمتغير المدة منذ حدوث البتر.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الدعم الاجتماعي في مصدري الأصدقاء ومؤسسات المجتمع تعزى لمتغير مدة استخدام الطرف.
- مستوى الرضا الأعلى عن جودة الحياة كان لدى الفئة العمرية من 18-26 ، و الذين بتروا عبر القدم.
- مستوى الرضا الأعلى عن جودة الحياة كان لدى المبتورين الذين بقوا أكثر من سنة حتى استخدموا الطرف البديل ، والذين استخدموه منذ أكثر من سنتين.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الرضا عن جودة الحياة تعزى لمتغير الفئة العمرية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على بعد جودة الوقت فقط تعزى لمتغير الفئة العمرية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الرضا عن جودة الحياة تعزى لمتغير طبيعة البتر.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على بعد جودة الصحة النفسية وجودة العلاقات بالنسبة لمتغير طبيعة البتر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على أبعاد مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير مدة البتر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على أبعاد مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير مدة استخدام الطرف البديل.
- عدم وجود فروق ذات دلالات إحصائية هامة بين مستوى الدعم الاجتماعي في مصادره جميعها و مستوى الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة الصحة النفسية وجودة الحياة الزوجية وجودة الحياة المهنية وجودة الدور الاجتماعي وجودة العلاقات الاجتماعية.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مستوى الدعم الاجتماعي الكلي ومستوى الدعم الاجتماعي على مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مستوى الدعم الاجتماعي الكلي ومستوى الدعم الاجتماعي على مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع و الرضا عن جودة شغل الوقت وإدارته لدى أفراد العينة الكلية.

محددات الدراسة :

- ندرة المراجع والدراسات التي تطرقت لموضوع البحث وخاصة الدراسات المحلية والعربية.
 - نقص البيانات عن المصابين وجرحى الحرب بسبب استمرار الحرب لعدم وجود مؤسسة متخصصة بجرحى الحرب .
 - صعوبة جمع العينة بسبب عدم التزام المصابين بمراجعة المشفى بالإضافة لإعلان الحظر العام والالتزام بالحجر المنزلي لمنع تفشي وباء كوفيد19.
 - صعوبة جمع العينة بسبب انخفاض المستوى التعليمي لدى بعض أفراد العينة حيث استدعي الشرح والتفسير أثناء ملاء الاستمارات وبالتالي المزيد من الوقت.
 - محاولة إقناع البعض منهم بأن هذا البحث علمي وليس و راءه أي منافع مادية من الممكن تقديمها لهم .
- 8.التوصيات:**
- تزويد المستشفيات بمتخصصين في الصحة النفسية لعلاج حالات الإصابات الحربية قبل خروجهم من المشفى.

- تطوير برامج التأهيل والأطراف البديلة الخاصة بالبتير ومواكبة ما هو جديد في هذا المجال.
- تقديم الدعم والخدمات النفسية والاجتماعية والطبية والمهنية في المراحل المبكرة للإصابة.
- إجراء دراسة مقارنة بين حالات بتر الحروب والبتير الناجم عن الحالات المرضية.
- إجراء دراسات تجريبية على مستخدمي الأطراف البديلة مثل تأثير برنامج دعم مقدم على جودة الحياة لديهم

9.المراجع:

1. WHO(2011). World report on disability. World Health Organization ,Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1
2. QOUTA, S .(2000).trauma violence and mental health the Palestinian experience Stewart Michael coping with catastrophe, a hand book of disaster management.
3. فايد، حسين (2001) . دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى :المكتب الجامعي الحديث.
4. مصطفى، حسن (2005) . الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر (المؤتمر العلمي الثالث . الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة : كلية التربية بجامعة الزقازيق).
5. عزب، حسام الدين محمود (2003) : برنامج ارشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع، التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات 607- 29 مارس ص 575 - المهمشة في الوطن العربي، 2
6. Hisam;Ashraf; Nadeem ; Waqar; Karim and Irfan (2016). Health Related Quality of Life in Patients with Single Lower Limb Amputation. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2016, Vol. 26 (10)
7. Bushnik, T., Juszczak, M., Beattie, A., Smith, M., Neslon, L., & Maikos, J. (2016). A Descriptive Analysis of Pain and Psychosocial Characteristics of Civilian and Veteran Lower Extremity Amputees. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97(10), e61. www.archives-pmr.org
8. Oyeyemi AL, Adegoke BO, Kehinde AO, Akosile CO. Quality of life of Nigerians with unilateral lower limb amputation. Disability, CBR and Inclusive Development. 2013;23(4):14,76–89. doi:https://doi.org/10.5463/dcid.v23i4.192
9. جبيلي، ابتسام (2014) . تحديد احتياجات مصابي الحرب العسكريين ذوي الإعاقة الحركية .تمريض صحة مجتمع ،كلية التمريض جامعة تشرين : سوريا.
10. Dajpratham, P., Tantiniramai, S., & Lukkanapichonchut, P. (2011). Health related quality of life among the Thai people with unilateral lower limb amputation. Journal of the Medical Association of Thailand, 94(2), 250.
11. مجدي، حنان (2009) : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق

12. بطرس، حافظ بطرس (2005) : المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقلياً ذوي صعوبات القراءة. - المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي ، الإرشاد النفسي من اجل التنمية في عصر المعلومات ، المجلد الأول ، 27- 25 ديسمبر، ص ص (633- 575 جامعة عين شمس .
13. Nagarajan R, Neglia JP, Clohisy DR, Yasui Y, Greenberg M, Hudson M, Zevon MA, Tersak JM Ablin A, Robison LL (2003). Education, employment, insurance and marital status among 694 survivors of pediatric lower extremity bone tumours: A report from childhood cancer survivor study. *Cancer*; 97(10): 2554-2564. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.11363>. PMID:12733155.
14. Gallagher P, MacLachlan M. The trinity amputation and prosthesis experience scales and quality of life in people with lower-limb amputation. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:730-6.
15. Nagarajan R, Neglia JP, Clohisy DR, Yasui Y, Greenberg M, Hudson M, Zevon MA, Tersak JM, Ablin A, Robison LL (2003). Education, employment, insurance and marital status among 694 survivors of pediatric lower extremity bone tumours: A report from childhood cancer survivor study. *Cancer*; 97(10): 2554-2564. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.11363>. PMID:12733155.
16. الهنداوي، حامد(2011).الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً في غزة ، كلية التربية،جامعة الأزهر :فلسطين.
17. Handicap International. 2017. Syria. Accessed 02 March 2017 from: <https://www.handicap-international.org.uk/country/syria> Human Rights Watch. 2017. Human Rights Watch. Accessed 06 March 2017 from: <https://www.hrw.org/International> Medical Corps.

دراسة مقارنة بين استخدام الميتوتريكسات والسيكلوسبورين في التهاب الطريق العنبي عند مرضى داء بهجت

حيان العلواني*

(الإيداع: 10 آيلول 2022 ، القبول: 17 تشرين الثاني 2022)

الملخص:

نهدف في دراستنا هذه إلى مقارنة تأثير الميتوتريكسات والسيكلوسبورين في التخفيف من الاختلالات العينية لداء بهجت الذي يتميز بأنه مرض التهابي مزمن يمر بفترات هجوع وفترات نشاط التهابي ويتظاهر بتقرحات فموية وتناسلية وأفات جلدية والتهاب طريق عنبي في العين وإصابة أعضاء أخرى ويكثر شيوعه في منطقة الشرق الأوسط، حيث تعتبر الإصابة العينية هي الإصابة الأولية في 35% من الحالات، في دراستنا هذه استخدمنا السيكلوسبورين والميتوتريكسات لعلاج التهاب الطريق العنبي، أجريت الدراسة على 55 مريض 40 ذكور و 15 إناث بمعدل عمري متوسط 32.5 سنة، في المجموعة الأولى كانت القدرة البصرية المصححة 0.4 ± 0.6 بعد سنتين ونصف من المتابعة أما في المجموعة الثانية أصبحت بعد سنتين ونصف من المتابعة 0.2 ± 0.5 نرى في نهاية هذه الدراسة أن الميتوتريكسات أكثر فعالية في التقليل من شدة الهجمات والتقليل من فترة الهجوع.

كلمات مفتاحية: داء بهجت، التهاب الطريق العنبي.

*أستاذ مساعد- قسم العينية - كلية الطب البشري في جامعة حماة.

Comparative study in utilization of methotrexate and cyclosporine in uveitis in patients with Bechet s disease

Alalwani Haiyan*

(Received: 10 September 2022 , Accepted: 17 November 2022)

Abstract:

This study aims to compare effect of methotrexate and cyclosporine in decreasing the ocular complications of bechet s disease which is an chronic inflammatory disease characterized by a replapsing and remitting course .It manifests oral and genital ulcerations, skin lesions, uveitis and others organ involvement. Its prevalence is the highest in the middle east, uvietes is the premier effective in 35%, 55 patiants 40 meles 15 fememles. The moderate age was 32.5 years, The visual acuity corrected in the group of methotrexate after 2.5 years is 0.6 ± 0.4 . The viual acuity corrected in the group of cyclosporine is 0.5 ± 0.2 , metotrixate is plus effective in the decrease of the inflammatory and increase of remitting course.

key words: bechet s disease, uveitis.

*Assistant Professor– Ocular department– Faculty of Medicine at Hama University.

1- مقدمة :

يعرف داء بهجت بأنه إصابة جهازية متعددة ذاتية مناعية يتميز بفترات هجوع وفترات نشاط التهابي [1].

وصفه الطبيب التركي خلوصي بهجت لأول مرة ومنه اشتق اسم الداء [2].

يتميز داء بهجت بأن له توزيع جغرافي محدد حيث تعتبر المنطقة حول البحر الابيض المتوسط وطريق الحرير القديم باتجاه أواسط آسيا موبوءة به و يظهر أننا في بلدنا تقع في هذه الدائرة الجغرافية [3].

| النسبة المئوية | الانتشار في كل 100000 نسمة | البلد |
|----------------|----------------------------|----------------------------|
| 0.2-0.4 % | 200-400 | تركيا |
| 0.013-0.030 % | 13-30 | اليابان |
| 0.001-0.003 % | 1-3 | الولايات المتحدة الأمريكية |

بينما تقل نسبة الإصابة به في أوروبا ويظهر جليا ذلك من خلال الإحصائيات التي أجريت في ألمانيا حيث وجد بأن أغلب المصابين هم من الجالية التركية [4].

يصيب داء بهجت المرضى الشباب في العقد الثاني والثالث من العمر وهي نادرة عند الأطفال ونسبة حدوث التهاب طريق عنبى عند مرضى داء بهجت حوالي 75% وتعتبر الإصابة العينية هي الإصابة التدشينية الأولى لداء بهجت في 35% من الحالات وهي أكثر تواترا عند الرجال منها عند النساء وأثبتت الدراسات أن النمط النسيجي HLA B-51 هو الأكثر تواتراً [5].

تكون الإصابة النسيجية عبارة عن التهاب أوعية جهازية وارتشاح بالعدلات وإصابة الغشاء القاعدي وتخر فبريني وهي أكثر شيوعا في الأوردة ومرتبطة بالمعقد المناعي وبعض المواد مثل النتريك أسيد والعوامل المؤكسدة التي تظهر في حالة الشدة وبعض البروتينات التي تظهر بعد الصدمة الحرارية مثل HSP60 –HSP65 [6].

أسست مجموعة العمل العالمية المعايير التشخيصية لداء بهجت [7] وقالت بوجود توفر التقرحات الفموية بالإضافة لاثنتين من المعايير التالية:

1- التقرحات التتاسلية وتكون مؤلمة وتظهر على سطح القضيبي وحول المستقيم وتكون أكثر شيوعاً عند الذكور .

2- الإصابة العينية: التهاب طريق عنبى أمامي أو خلفي أو شامل.

التهاب الطريق العنبى الأمامي : التهاب عنبية أمامي غير حبيومي ذو طبيعة حادة فبرينية يتظاهر على شكل عين حمراء مؤلمة بشكل خفيف وأحيانا مع تقيح عقيم في البيت الأمامي، إن تكرر هجمات الالتهاب يؤدي إلى التصاقات ربما تؤدي إلى ارتفاع ضغط العين وحدوث زرق ثانوي مغلق الزاوية عندما تكون التصاقات على مدار 360° من محيط الحدقة.

تعتبر الإصابة الخلفية أشد خطورة لأنها تهدد القدرة البصرية وتظهر بعدة أشكال مثل التهاب أوعية انسدادية والتهاب شبكية ومشيمية ووذمة لخرة كيسية والتهاب زجاجي يؤدي إلى تعكر الزجاجي وربما تعضي زجاجي وإفقار شبكية يؤدي في النهاية إلى زرق خثري وأحيانا ضمور عصب بصري.

3-الإصابة الجلدية: حمامى تكون أشيع عند النساء على الوجه الأمامي للساق والذراع.

4- الاختبار الجلدي: وخز الوجه الأمامي للذراع بمحقن أنسولين وبعدها يظهر خلال 48 ساعة أفة جلدية تشبه الإصابة الجلدية المذكورة سلفاً وهو عبارة فرط حساسية جلدية وحساسيته 90%.

التقرحات الفموية تظهر على شكل هجمات على الأقل ثلاث هجمات في السنة التي بدورها تقسم إلى نوعين صغيرة قطرها أقل سم وعددها من 1 إلى 5 مؤلمة بشكل خفيف، وكبيرة عميقة مؤلمة بشدة وقطرها أكبر من 1 سم وتترك ندبات.

أما الاصابات الأخرى التي قد يترافق معها الداء فتتمثل ب:

- A- الإصابة المفصلية: التهاب مفاصل أحادي أو متعدد يصيب غالباً المفاصل الكبيرة مثل الركبة.
- B- إصابة الأوعية الدموية التهاب وريد خثري سطحي والعلامة المميزة للإصابة أنها تصيب الأوردة بشكل رئيسي أكثر من الأوعية الكبيرة والشرايين.
- C- الإصابة العصبية. التهاب البرانشيم الدماغي التهاب مفرد أو متعدد البؤر و يصيب الأعصاب الحسية والحركية والتهاب سحايا عقيم وخرثة جيب كهفي.
- D- الإصابة القلبية: التهاب الشرايين الاكليلية القلبية والتهاب شغاف القلب وأحيانا احتشاء عضلة القلب.
- E- الإصابة الكلوية: بيلة دموية مجهرية وبيلة بروتينية.
- F- الإصابة الهضمية: تقرحات على مسار الأنبوب الهضمي تتظاهر بنوبات امساك واسهال تقلد التهاب القولون القرصي وداء كرون.

الميتوتريكسات: يتعلق تركيبها بحمض الفوليك ويعمل كمضاد له، وله بعض التأثيرات الجانبية مثل التهاب الفم وتقرحاته والغثيان ويجب مراقبة الوظائف الكبدية عند استخدامه بشكل دوري نظراً لكونه يؤدي لتليف كبد عند الاستعمال المديد أما الأذية الكلوية فهي غير شائعة ويجب تجنب استخدامه عند الحامل كونه يؤدي لتشوه الأجنة، أما السيكلوسبورين: هو دواء مثبط للمناعة يؤخذ بالطريق الفموي يلعب دوراً في تثبيط الفوسفاتاز الخلوية وتحرير الانترالوكين C من للمفاويات التائية وتثبيطها دون التأثير على وظيفة البالعات الكبيرة، يستخدم لتثبيط المناعة ضد الأعضاء المزروعة كالكلية.

2- هدف البحث:

دراسة مقارنة بين فعالية تطبيق الميتوتريكسات والسيكلوسبورين عند مرضى داء بهجت على المدى البعيد من ناحية التقليل من شدة وتواتر الهجمات والاختلاطات الناجمة عن تلك الهجمات لمنع حصول ضرر غير عكوس في العين والحد من تدهور القدرة البصرية.

3- مواد وطرائق البحث:

أجريت الدراسة على 55 مريض داء بهجت مثبتين حسب المعايير التشخيصية المذكورة في بطن الدراسة في مشفى حماة الوطني بعد أخذ الموافقة من المرضى ومن إدارة المشفى في قسم الأمراض المزمنة بين عامي 2019 وحتى 2022، 30 مريض تم إعطاءهم الميتوتريكسات و25 مريض تم اعطاءهم السيكلوسبورين لفترة زمنية تمتد لأكثر ثلاثة اعوام وتم توزيع المرضى بشكل عشوائي على المجموعتين بعد استبعاد المرضى المصابين بقصور كلوي أو كبدي وكانت المتابعة كل 3 أشهر إلا في حالة الهجمات فكانت كل 3 أيام.

الجرعة المعتمدة من الميتوتريكسات هي 10 ملغ أسبوعياً وهي جرعة وسطية.

الجرعة المعتمدة من السيكلوسبورين هي 150 يومياً وهي جرعة وسطية .

يتم تطبيق الميتوتريكسات بشكل فموي أو عضلي أو وريدي ولعلنا في دراستنا هذه طبقناه بشكل فموي.

الجرعة المعتمدة هي 0.1 ملغ حتى 0.5 ملغ لكل واحد كلغ من وزن المريض كل أسبوع لكن في دراستنا هذه تم تطبيق جرعة 10 ملغ أسبوعياً وهذه جرعة وسطية يتم من خلالها ضبط المرض ولكن بداية تأثيره الأعظمي تبدأ بعد 15 يوم من بدء المعالجة، تم مراقبة وظائف الكبد SGPT –SGOT والخضاب والهيماتوكريت كل 6 أشهر .

أما السيكلوسبورين فيؤخذ صباحاً بعد الفطور مرة واحدة باليوم وتبلغ الجرعة المعتمدة منه هي 2-16 ملغ لكل واحد كلغ من وزن المريض باليوم لكن في دراستنا هذه تم تطبيق جرعة 150 ملغ يومياً أي بمعدل 2 ملغ /كلغ من وزن المريض تقريباً وهذه جرعة وسطية يتم من خلالها ضبط المرض وتأثيره يبدأ مباشرة بعد التطبيق بعكس الميتوتريكسات الذي يحتاج

15 يوماً حتى يصل إلى مستواه المصلي العلاجي ويتميز بضعف الفاعلية مع مرور الوقت وهناك خطورة عودة الالتهاب بشكل صاعق بعد إيقافه.

له تأثيرات جانبية كثيرة منها الغثيان والشعرانية وزيادة التوتر الشرياني وتغير لون البول ولكن الأهم هو السمية الكلوية حيث يجب مراقبة وظائف الكلية بشكل دوري البولة والكرياتينين، والخضاب كل 3 أشهر وقياس الضغط الشرياني في كل زيارة. الهدف من العلاج في داء بهجت هو:

1- ضبط الالتهاب العيني.

2- التقليل من شدة وتواتر الهجمات.

3- الحد من الاختلاطات الناجمة عن الالتهاب التي تؤثر على نوعية الحياة عند المريض.

لا بد من التنويه بأننا قد استخدمنا شوطاً من الكورتيوزون في حالة الهجمات الحادة في التهاب الطريق العيني الخلفي لمدة لا تقل عن أسبوع وعلاج التهاب الطريق العيني الأمامي بقطرات موسعات الحدقة وقطرات الكورتيوزون بالإضافة لمتابعة العلاج بالدوائين المذكورين في الدراسة.

تم تقييم المرضى بعدة اعتبارات:

1- حساب عدد هجمات الالتهاب خلال فترة الدراسة.

2- التأثير على القدرة البصرية عند كلتا المجموعتين.

3- طول الفترة الزمنية للهجمة وفترات الهجوم بين الهجمات.

4- شدة الهجمة الواحدة.

ففي التهاب البيت الامامي تم حساب شدة الهجمة من حيث:

أ- عدد الخلايا الالتهابية في البيت الامامي وتقسيمها إلى خمس درجات، تكون الدرجة الأولى عدد الخلايا الالتهابية من 1-5 والدرجة الثانية عدد الخلايا الالتهابية من 5-10 والدرجة الثالثة 10-20 والدرجة الرابعة 20-50 والدرجة الخامسة

أكثر من 50 خلية في الساحة علماً بأن عرض الحزمة الضوئية اللازمة للساحة المذكورة هو 1 ملم مع طول 3 ملم.

ب- السطوع أو التوهج الناجم عن زيادة نفوذية الأوعية الدموية القرنية حيث يجب أن تمر الحزمة بشكل مائل على مستوى القرنية حتى يتمكن من استخدام درجة ظلامية لكشف تفاصيل القرنية كإشارة لشدة التوهج وتم تقسيم السطوع إلى أربع درجات ففي الدرجة الأولى غياب كامل للتوهج والدرجة الثانية يكون خفيف بالكاد يمكن تحريه وفي الدرجة الثالثة متوسط تكون العدسة والقرنية واضحة وفي الدرجة الرابعة يكون التوهج ملحوظ حيث تفاصيل القرنية ضبابية والدرجة الخامسة يكون التوهج شديد غياب لتفاصيل القرنية مع خيوط فيبرينية في البيت الامامي وأحياناً سوية عقيمة.

بالنسبة لشدة الهجمات، تم إعطاء 50% علامات لالتهاب البيت الامامي 50% و لالتهاب البيت الخلفي.

وتم تقسيم هذه العلامات على 25 علامة لوجود الخلايا في البيت الامامي وذلك حسب عدد الخلايا كما ذكر سالفاً في طرائق البحث و25 علامة للتوهج والسطوع بينما قسمت 50 علامة الأخرى لالتهاب البيت الخلفي على كل من الكثافات في الزجاجي 25 علامة والباقي على مساحة القطاع المصاب بالشبكية حسب ما ذكر سالفاً.

التهاب الطريق العيني الخلفي يتم فحص المريض بواسطة المصباح الشقي بمساعدة عدسة لتتظير قعر العين حيث نلاحظ تألق الزجاجي والكثافات ويتم تقسيم الالتهاب إلى درجات ففي الدرجة الأولى يوجد بعض الكثافات المنتشرة في الزجاجي وفي الدرجة الثانية نلاحظ كثافات متوسطة مبعثرة وتفاصيل القعر محجوبة نوعاً ما أما الدرجة الثالثة فنلاحظ كثافات عديدة وتشوش واضح في القعر أما الدرجة الرابعة نلاحظ كثافات غزيرة وقعر العين غير مرئي وأيضاً نأخذ بعين الاعتبار التهاب الشبكية والتهاب المشيمية وعدد البؤر الالتهابية.

تم تقسيم قعر العين إلى أربع قطاعات وحساب شدة الهجمة على حسب القطاعات المصابة، علوي أنسي وعلوي وحشي وسفلي أنسي وسفلي وحشي.

5- حدوث الاختلاطات: ففي التهاب الطريق العنبي الأمامي نتحرى وجود الالتصاقات على 360 درجة من محيط القرنية وحدث ارتفاع في ضغط العين (الزرق الثانوي) وحدث كثافات على الوجه الخلفي للقرنية نتيجة الترسبات والساد الثانوي أما في التهاب الطريق العنبي الخلفي فتحرى حدوث وذمة لطخة وانسداد أوعية الشبكية وتليفات الشبكية وحدث ضمور في النسيج الشبكي وتوعي شاذ وإقفار شبكي وحدث انفصال شبكية شدي أو نتحي .

6- تأثير هجمات التهاب على الحالة النفسية للمريض ومستوى الحياة لديه ومدى التزام المريض بالدواء، وذلك تبعاً للمقياس العالمي للأداء ومراقبة الاستجابة للعلاج **Honos**.

تم استخدام نظام **SPSS 2021** الإحصائي لمقارن النتائج.

بالنسبة للحالة النفسية للمريض تم اعطاء علامات 25 علامة لرضى المريض بالواقع الاجتماعي والتعايش مع المرض و25 علامة لممارسة النشاط اليومي من عمل ورياضة و25 علامة للانطباع الشخصي للطبيب عن المريض خلال الزيارات المتتابعة و25 علامة للالتزام اليومي بالدواء من قبل المريض.

4- النتائج:

أجريت الدراسة على 55 مريض 40 ذكور بواقع 72.72 % و 15 اناث بواقع 27.27 % تراوحت أعمار المرضى بين 17 - 47 سنة بمعدل 32.5 سنة.

مدة المتابعة كانت بمعدل 40 شهر (38-42) شهراً، وقسم المرضى إلى مجموعتين بشكل عشوائي، المجموعة الأولى التي تم تطبيق الميتوتريكسات لديهم 30 مريض والمجموعة الثانية تم تطبيق السيكلوسبورين 25 مريض. في المجموعة الأولى كان عدد الهجمات بمعدل 4 هجمات بينما كان معدل الهجمات لدى المجموعة الثانية 6 هجمات خلال فترة الدراسة.

أما بالنسبة لطول الفترة الزمنية للهجمات ففي المجموعة الأولى كانت تتراوح بين 0.5 ± 7 يوم أما في المجموعة الثانية فكانت الفترة الزمنية للهجمات تتراوح بين 0.1 ± 8 يوم.

بالنسبة للفترة الزمنية بين الهجمات أي فترة الهجوم فكانت في المجموعة الأولى كانت بمعدل 0.2 ± 7.5 شهر أما بالنسبة للمجموعة الثانية فكان 0.2 ± 5 شهر.

بالنسبة للتأثير على القدرة البصرية، في المجموعة الأولى كانت القدرة البصرية المصححة قبل بدء تطبيق الميتوتريكسات 0.2 ± 0.7 وبعد سنتين ونصف من المتابعة كانت القدرة البصرية المصححة 0.4 ± 0.6 أما في المجموعة الثانية فكانت القدرة البصرية المصححة قبل بدء تطبيق السيكلوسبورين 0.4 ± 0.7 وأصبحت بعد سنتين ونصف من المتابعة 0.2 ± 0.5 ولا بد من التنويه هنا أننا قمنا بفرز المرضى بشكل عشوائي لكلا المجموعتين.

في المجموعة الأولى كانت شدة الهجمات تتراوح بين $58\% \pm 6.3$ علامة بينما كانت شدة الهجمات في المجموعة الثانية تتراوح بين $67\% \pm 5.5$ علامة.

بالنسبة للاختلاطات في المجموعة الأولى كان هناك مريض لديه ساد ثانوي ومريض لديه التصاقات شديدة أدت لارتفاع ضغط العين ومريض كان لديه تليف خفيف في الشبكية في آخر زيارة للمريض.

أما في المجموعة الثانية فكان لدينا مريضين ساد ثانوي ومريضين لديهما وذمة لطخة وتليف على الشبكية وذلك في آخر زيارة لم تكن في بداية البحث.

تم استبعاد مريض من المجموعة الثانية بسبب ارتفاع الكرياتينين عنده وتبين من خلال القصة السريرية أنه يتناول الكثير من شراب الكريفون (عامل في محل للعصير) ولدى البحث في المراجع الدوائية تبين أن الكريفون يحتوي على نسبة عالية من البوتاسيوم تداخل دوائياً مع السكلوسبورين الذي بدوره يزيد خطر ارتفاع البوتاسيوم وأثر على وظائف الكلية ولذلك تم إيقافه واستبعاد المريض من الدراسة.

في المجموعة الأولى كانت الحالة النفسية 80% بينما كانت في المجموعة الثانية 50% في آخر زيارة ولوحظ فرق واضح في مدى التزام المريض بالدواء بين المجموعتين حيث حازت المجموعة الأولى على 25 علامة كاملة من أصل 25 للالتزام اليومي بالدواء بينما حازت المجموعة الثانية على 10 علامة من أصل 25 علامة. قمنا بتسجيل التأثيرات الجانبية لكلا الدوائين فكانت على الشكل الموضح بالجدول التالي:

(جدول رقم 1)

| الميتوتريكسات | السيكلوسبورين | |
|---------------|---------------|------------------------|
| - | + | الصداع |
| + | - | فقدان الشهية |
| - | + | الشعرانية |
| - | + | ارتفاع التوتر الشرياني |
| - | + | غثيان |
| + | + | جفاف الفم |

لكننا لم نوقف الدواء عند أي مريض بسبب احتمال الدواء الجيد عند كل المرضى.

5- مناقشة النتائج :

يتضح جلياً من خلال الدراسة سيادة هذا الداء عند الذكور بنسبة 72.72% وذلك يتوافق مع الدراسات العالمية التي تبرهن بأن نسبة إصابة الذكور تفوق نسبة إصابة الإناث بمرتين [8]. أما بالنسبة للفئة العمرية فكان معدل الإصابة بالداء 32.5 سنة متماشياً مع المعدلات العالمية التي تقول بروج الداء بين العقد الثاني والثالث [8].

كان معدل الهجمات في المجموعة الأولى 1.6 هجمة خلال سنة بينما كان 2.4 هجمة في المجموعة الثانية وهنا يتبين أن هناك فرق مهم بالنسبة لهجوع الداء في المجموعة الأولى التي كانت أطول عمراً من المجموعة الثانية. أما فيما يتعلق بالقدرة البصرية فنلاحظ فرقا بين المجموعتين حيث لم تتغير النتائج في مجموعة الميتوتريكسات بشكل واضح وحافظ المرضى على قدرة بصرية قريبة لما كانت عليه في بداية الدراسة بينما لاحظنا أن هناك فرقا في مجموعة السيكلوسبورين وذلك عند قيامنا بإجراء الإحصائيات في نهاية الدراسة ويبدو بأننا بحاجة لجرعة أعلى من السيكلوسبورين وذلك يبدو من خلال بعض الدراسات المرجعية حيث أنه في دراسة فارس الذي استخدم جرعة 5 ملغ /كغ من وزن الجسم للحصول على نتائج جيدة [9].

بالنسبة لشدة الهجمات كان هناك فرق واضح بين المجموعة الأولى والمجموعة الثانية حيث بلغت في المجموعة الأولى 58% ± 6.3 بينما كانت في المجموعة الثانية 67% ± 5.5 وهذا الامر يجعلنا نعتقد أن الميتوتريكسات أكثر فعالية على المدى الطويل من السيكلوسبورين في الحد من شدة الهجمات.

أما بالنسبة للاختلاطات التي تؤدي لتدهور القدرة البصرية عند المصابين بداء بهجت لوحظ أن مريضاً في مجموعة السيكلوسبورين تطور لديه تليف شبكية واسع أدى لتدهور القدرة البصرية هذا الذي جعل الفارق بين كلا المجموعتين وذكرت بعض المراجع أن فعاليته تنقص تدريجياً مع مرور الوقت [10].

لا بد من التذكير بأن الميتوتركسات له سمية كبدية حيث أننا قمنا بدراسة وظائف الكبد كل 6 أشهر بينما السيكلوسبورين له سمية كلوية وقد قمنا بدراسة وظائف الكلية كل 3 أشهر وقمنا ببناء على ما قد سلف باستبعاد أحد المرضى من الدراسة من مجموعة السيكلوسبورين .

فيما يتعلق بالتأثيرات الجانبية لم نلاحظ فرقا كبيرا بل وجب فقط مراقبة التوتر الشرياني في مجموعة السيكلوسبورين [11] ولاحظنا أن السيكلوسبورين يؤدي إلى ظهور أشعار في بعض مناطق الجسم غير المرغوبة بعكس الميتوتركسات حيث أن بعض المرضى شكوا من تساقط الأشعار .

وهناك الكثير من الدراسات التي بينت أن أثر السيكلوسبورين يتضاءل مع مرور الوقت حيث بين موسودا ان التأثير لا يبقى نفسه بعد مرور سنتين من بداية العلاج بالسيكلوسبورين [12] لكن يبقى له دور جيد في الحالات المعقدة لكن بجرعة أكبر من التي استخدمناها في بحثنا كما وضع حاتمي في دراسته [13].

ولا ننسى التأثير على الروح المعنوية والحالة النفسية للمريض حيث وجدنا أن المرضى في المجموعة الأولى أكثر تفاعلاً وأحسن حالاً من المجموعة الثانية فهناك فرق واضح في مدى التزام المريض بالدواء بين المجموعتين وذلك يرجع حتماً لكون المريض الذي يتناول الميتوتركسات مرة واحدة أسبوعياً بينما يضطر المريض في المجموعة الثانية لتناول السيكلوسبورين يومياً هذا الذي يجعل الأمر صعباً نوعاً ما .

يشجعنا هذا البحث على وضع المريض على جرعات منخفضة من الميتوتركسات لتفادي هجمات شديدة ومتعددة وتجنب الآثار الجانبية للاستيروئيدات قدر الامكان التي تجعل المريض يدخل في دوامة ليس لها نهاية على اعتبار أن الداء مزمن لا يمكن الشفاء منه بشكل نهائي.

6- الاستنتاج

نرى في نهاية هذه الدراسة أن الميتوتركسات أكثر فعالية بالجرعات الصغيرة التي ذكرت في البحث في التقليل من شدة الهجمات وزيادة فترات الهجوع بسبب سهولة أخذ الدواء ومتابعته بشكل منتظم أكثر من السيكلوسبورين مع الأخذ بعين الاعتبار وضع كل مريض على الدواء المناسب كون كل من الدوائين له سمية على الكلية أو الكبد.

7- التوصيات:

لا ننسى أن نذكر أننا لا زلنا نتابع أولئك المرضى ونحن بحاجة لدراسة لفترة زمنية أطول حتى تكون النتائج أكثر شمولية ودقة على المدى البعيد باعتبار أن هذا الداء يصيب الفئة الشابة المنتجة من المجتمع وأننا من المناطق الموبوءة به.

References

- 1- kural-seyhi E et al he long –term mortality and morbidity of bechet syndrome medicine Baltimore 2003 , 82:60–76.
- 2- Azizlerli G et al. prevalence of bechet disease in Istanbul. Turkey. Int J Dermatol 2003,42:803–806.
- 3- Ondor M,G urer MA. Bechet disease: an enigmatic vasculitis Clin Dermatol 1999,17:571–576.

- 4- Zouboutis CC et al. current epidemiological features from the german registry of Adamantiades Bechet diseases data. *Adv Exp Med Biol* 2003,528:43–48.
- 5- Pirim I et al HLA class I and II genotyping in patients with Bechet disease , *Tissue antigens* 2004,64:293–297.
- 6- Chambers JC, Haskerd et al, vascular endothelial functions and oxidative stress in patients with Bechet disease, *Ocul Immunol inflamm* 200,8:293–301.
- 7- Mizusima Y Bechet disease. *Curr Opin Rheumatol* 1991,3:32–35.
- 8- Ben Esra D,Clinical and diagnostic guidelines of ocular Bechet disease. *Dev Ophthalmol* 1999,31:373–380.
- 9- Jde Vries et al, cyclosporine in the treatment of severe chronicuveitis ,*BJO*,1999,74:344–349.
- 10- Sakane T, Takeno M. Current therapy in Bechet disease. *Skin therapy Lett* 2000,5:3–5.
- 11- SulluY et al Cyclosporine A in treatment of severe uveitis of Bechet disease. *Acta Ophthalmol Scand* 1998,76:96–99.
- 12- Masuda et al , Double –masked trial of cyclosporine in Bechet disease, ,1989*Lancet*,1 :1093–1096
- 13- Hatemi et al, management of Bechet disease, *Ann Rheum Dis*, 2009 ,68:1528–1534.

Journal of Hama University

Editorial Board and Advisory Board of Hama University Journal

Managing Director: Prof. Dr. Abdul Razzaq Salem

Chairman of the Editorial Board: Asst. Prof. Dr. Maha Al Saloom

Secretary of the Editorial Board (Director of the Journal): Wafaa AlFeel

Members of the Editorial Board:

- **Prof. Dr. Hassan Al Halabiah**
- **Prof. Dr. Muhammad Zuher Al Ahmad**
- **Asst. Prof. Rawad Khabbaz**
- **Dr. Nasser Al Kassem**
- **Dr. Othman Nakkar**
- **Dr.Samer Tomeh**
- **Dr.Mahmoud Alfattama.**
- **Dr. Abdel Hamid Al Molki**
- **Dr. Noura Hakmi**

Advisory Body:

- **Prof. Dr. Hazza Moufleh**
- **Prof. Dr. Muhammad Fadel**
- **Prof. Dr. Rabab Al Sabbagh**
- **Prof. Dr. Abdul Fattah mohammad**
- **Asst. Prof. Dr. Muhammad Ayman Sabbagh**
- **Asst. Prof. Dr. Jamil Hazzouri**
- **Dr. Mauri Gadanfar**
- **Dr. Beshr Sultan**
- **Dr. Mohammad Merza**

Language Supervision:

- **Prof. Dr. Waleed Al Sarakibi**
- **Asst. Prof. Dr. Maha Al Saloom**

Journal of Hama University

Objectives of the Journal

Hama University Journal is a scientific, coherent, periodical journal issued annually by the University of Hama; aims at:

- 1- publishing the original scientific research in Arabic or English which has the advantages of human cultural knowledge and advanced applied sciences, and contributes to developing it, and achieves the highest quality, innovation and distinction in various fields of medicine, engineering, technology, veterinary medicine, sciences, economics, literature and humanities, after assessing them by academic specialists.
- 2- publishing the distinguished applied researches in the fields of the journal interests.
- 3- publishing the research notes, disease conditions reports and small articles in the fields of the journal interests.

Purpose of the Journal:

- Encouraging Syrian and Arab academic specialists and researchers to carry out their innovative researches.
- It controls the mechanism of scientific research, and distinguishes the originals from the plagiarized, by assessing the researches of the journal by specialists and experts.
- The journal seeks the enrichment of the scientific research and scientific methods, and the commitment to quality standards of original scientific research.
- Aiming to publish knowledge and popularize it in the fields of the journal interests and specialties, and to develop the service fields in society.
- Motivating researchers to provide research on the development and renewal of scientific research methods.
- It receives the suggestions of researchers and scientists about everything that helps in the advancement of academic research and in developing the journal.
- popularization of the aimed benefit through publishing its scientific contents and putting its editions in the hands of readers and researchers on the journal website and developing and updating the site.

Publishing Rules in Hama University Journal:

1. The material sent for publication have to be authentic, of original scientific and knowledge value, and should be characterized by language integrity and documentation accuracy

2. It should not be published or accepted for publication in other journals, or rejected by others. The researcher guarantees this by filling out a special entrusting form for the journal.

3- The research has to be evaluated by competent specialists before it is accepted for publication and becomes its property. The researcher will not be entitled to withdraw research in case of refusal to publish it.

4. The language of publication is either Arabic or English, and the administration of the journal is provided with a summary of the material submitted for publication in half a page (250 words) in a language other than the language in which the research has been written, and each summary should be appended with key words.

Deposit of scientific research for publication:

Firstly, the publication material should be submitted to the editor of the journal in four paper copies (one copy includes the name of the researcher or researchers, the addresses, telephone numbers. The names of the researchers or any reference to their identity should not be included in the other copies). Electronic copy should be submitted, printed in Simplified Arabic, 12 font on one side of paper measuring 297 x 210 mm (A4). A white space of 2.5 cm should be left from the four sides, but the number of search pages are not more than fifteen pages (pagination in the middle bottom of the page), and be compatible with (Microsoft Word 2007 systems) at least, and in single spaces including tables, figures and sources , saved on CD, or electronically sent to the e-mail of the journal.

Secondly, The publication material shall be accompanied by a written declaration confirming that the research has not been published before, published in another journal or rejected by another journal.

Thirdly, the editorial board of the journal has the right to return the research to improve the wording or make any changes, such as deletion or addition, in proportion to the scientific regulations and conditions of publication in the journal.

Fourthly, The journal shall notify the researcher of the receiving of his research no later than two weeks from the date of receipt. The journal shall also notify the researcher of the acceptance of the research for publication or refusal of it immediately upon completion of the assessment procedures.

Fifthly, the submitted research shall be sent confidentially to three referees specialized in its scientific content. The concerned parties shall be notified of the referee's

observations and proposals to be undertaken by the candidate in accordance with the conditions of publication in the journal and in order to reach the required scientific level.

Sixthly. The research is considered acceptable for publication in the journal if the three referees (or at least two of them) accept it, after making the required amendments and acknowledging the referees.

- If the third referee refuses the research by giving rational scientific justifications which the editorial board found fundamental and substantial, the research will not be accepted for publication even if approved by the other two referees.

Rules for preparing research manuscript for publication in applied colleges

researches:

First, The submitted research should be in the following order: Title, Abstract in Arabic and English, Introduction, Research Objective, Research Material and Methods, Results and Discussion, Conclusions and Recommendations, and finally Scientific References.

- Title:

It should be brief, clear and expressive of the content of the research. The title font in the publishing writing is bold, (font 14), under which, in a single – spaced line, the name of the researcher (s) is placed, (bold font 12), his address, his scientific status, the scientific institution in which he works, the email address of the first researcher, mobile number, (normal/ font 12). The title of the research should be repeated again in English on the page containing the Abstract. The font of secondary headings should be (bold/ font 12), and the style of text should be (normal/ font 12).

- Abstract or Summary:

The abstract should not exceed 250 words, be preceded by the title, placed on a separate page in Arabic, and written in a separate second page in English. It should include the objectives of the study, a brief description of the method of work, the results obtained, its importance from the researcher's point of view, and the conclusion reached by the researcher.

- Introduction :

It includes a summary of the reference study of the subject of the research, incorporating the latest information, and the purpose for which the research was conducted.

- Materials and methods of research:

Adequate information about work materials and methods is mentioned, adequate modern resources are included, metric and global measurement units are used in the research. The statistical program and the statistical method used in the analysis of the data are mentioned, as well as, the identification of symbols, abbreviations and statistical signs approved for comparison.

- Results and discussion :

They should be presented accurately, all results must be supported by numbers, and the figures, tables and graphs should give adequate information. The information should not be repeated in the research text. It should be numbered as it appears on the research text. The scientific importance of the results should be referred to, discussed and supported by up-to-date resources. The discussion includes the interpretation of the results obtained through the relevant facts and principles, and the degree of agreement or disagreement with the previous studies should be shown with the researchers' opinion and personal interpretation of the outcome.

- Conclusions:

The researcher mentions the conclusions he reached briefly at the end of the discussion, adding his recommendations and proposals when necessary.

- Thanks and acknowledgement:

The researcher can mention the support agencies that provided the financial and scientific assistance, and the persons who helped in the research but were not listed as researchers.

Second- Tables:

Each table, however small, is placed in its own place. The tables take serial numbers, each with its own title, written at the top of the table, the symbols *, ** and *** are used to denote the significance of statistical analysis at levels 0.05, 0.01, or 0.001 respectively, and do not use these symbols to refer to any footnote or note in any of the search margins. The journal recommends using Arabic numerals (1, 2, 3) in the tables and in the body of the text wherever they appear.

Third- Figures, illustration and maps:

It is necessary to avoid the repetition of the figures derived from the data contained in the approved tables, either insert the numerical data in tables, or graphically, with emphasis on preparing the figures, graphs and pictures in their final shapes, and in appropriate scale and be scanned accurately at 300 pixels / inch. Figures or images must be black and white with enough color contrast, and the journal can publish color pictures if necessary, and give a special title for each shape or picture or figure at the bottom and they can take serial numbers.

- Fourth- References:

The journal follows the method of writing the name of the author - the researcher - and the year of publication, within the text from right to left, whatever the reference is, for example: Waged Nageh and Abdul Karim (1990), Basem and Samer (1998). Many studies indicate (Sing, 2008; Hunter and John, 2000; Sabaa et al., 2003). There is no need to give the references serial numbers. But, when writing the Arabic references, write the researcher's (surname), and then, the first name completely. If the reference is more than one researcher, the names of all researchers should be written in the above mentioned manner. If the reference is non-Arabic, first write the surname, then mention the first letter or the first letters of its name, followed by the year of publication in brackets, then the full title of the reference, the title of the journal (journal, author, publisher), the volume, number and page numbers (from - to), taking into account the provisions of the punctuation according to the following examples:

العوف، عبد الرحمن و الكزبري، أحمد (1999). التنوع الحيوي في جبل البشري. مجلة جامعة دمشق للعلوم الزراعية، 12(3):35-45.

Smith, J., Merilan, M.R., and Fakher, N.S., (1996). *Factors affecting milk production in Awassi sheep*. J. Animal Production, 12(3):35-46.

If the reference is a book: the surname of the author and then the first letters of his name, the year in brackets, the title of the book, the edition, the place of publication, the publisher and the number of pages shall be included as in the following example:

Ingrkam, J.L., and Ingrahan, C.A., (2000). Introduction In: Text of Microbiology. 2nd ed. Anstratia, Brooks Co. Thompson Learning, PP: 55.

If the research or chapter of a specialized book (as well as the case of Proceedings), scientific seminars and conferences), the name of the researcher or author (researchers or authors) and the year in brackets, the title of the chapter, the title of the book, the name(s) of editor (s), publisher and place of publication and page number as follows:

Anderson, R.M., (1998). Epidemiology of parasitic Infections. In : Topley and Wilsons Infections. Collier, L., Balows, A., and Jassman, M., (Eds.), Vol. 5, 9th ed. Arnold a Member of the Hodder Group, London, PP: 39-55.

If the reference is a master's dissertation or a doctoral thesis, it is written like the following example:

Kashifalkitaa, H.F., (2008). Effect of bromocriptine and dexamethasone administration on semen characteristics and certain hormones in local male goats. PhD Thesis, College of veterinary Medecine, University of Baghdad, PP: 87-105.

• The following points are noted:

- The Arabic and foreign references are listed separately according to the sequence of the alphabets (أ، ب، ج) or (A, B, C).
- If more than one reference of one author is found, it is used in chronological order; the newest and then the earliest. If the name is repeated more than once in the same year, it is referred to after the year in letters a, b, c as (1998)^a or (1998)^b... etc.
- Full references must be made to all that is indicated in the text, and no reference should be mentioned in case it is not mentioned in the body of the text.
- Reliance, to a minimum extent, on references which are not well-known, or direct personal communication, or works that are unpublished in the text in brackets.
- The researcher must be committed to the ethics of academic publishing, and preserve the intellectual property rights of others.

Rules for the preparation of the research manuscript for publication in the researches of Arts and Humanities:

- The research should be original, novel, academic and has a cognitive value, has language integrity and accuracy of documentation.
- It should not be published, or accepted for publication in other publication media.
- The researcher must submit a written declaration that the research is not published or sent to another periodical for publication.
- The research should be written in Arabic or in one of the languages approved in the journal.
- Two abstracts, one in Arabic and the other in English or French, should be provided with no more than 250 words.
- Four copies of the research should be printed on one side of A4 paper with an electronic copy (CD) according to the following technical conditions:

The list (sources and references) shall be placed on separate pages and listed in accordance with the rules based on one of the following two methods:

(A) The surname of the author, his first name, the title of the book, the name of the editor (if any), the publisher, the place of publication, the edition number, the date of publication.

(B) The title of the book: the name of the author, the title of the editor (if any), the publisher, the place of publication, the edition number, the date of the edition.

- Footnotes are numbered at the bottom of each page according to one of the following documentation ways

A - Author's surname, his first name: book title, volume, page.

B - The title of the book, volume number, page.

- Avoid shorthand unless indicated.
- Each figure, picture or map in the research is presented on a clear independent sheet of paper.
- The research should include the foreign equivalents of the Arabic terms used in the research.

For postgraduate students (MA / PhD), the following conditions are required:

(A) Signing declaration that the research relates to his or her dissertation.

(B) The approval of the supervisor in accordance with the model adopted in the journal.

C – The Arabic abstract about the student's dissertation does not exceed one page.

- The journal publishes the researches translated into Arabic, provided that the foreign text is accompanied by the translation text. The translated research is subject to editing the translation only and thus is not subject to the publication conditions mentioned previously. If the research is not assessed, the publishing conditions shall be considered and applied on it.
- The journal publishes reports on academic conferences, seminars, and reviews of important Arab and foreign books and periodicals, provided that the number of pages does not exceed ten.

Number of pages of the manuscript Search:

The accepted research shall be published free of charge for educational board members at the University of Hama without the researcher having any expenses or fees if he complies with the publishing conditions related to the number of pages of research that should not exceed 15 pages of the aforementioned measures, including figures, tables, references and sources. The publication is free in the journal up to date.

Review and Amendment of researches:

The researcher is given a period of one month to reconsider what the referees referred to, or what the Editorial Office requires. If the manuscript does not return within this period or the researcher does not respond to the request, it will be disregarded and not accepted for publication, yet there is a possibility of its re-submission to the journal as a new research.

Important Notes:

- The research published in the journal expresses the opinion of the author and does not necessarily reflect the opinion of the editorial board of the journal.
- The research listing in the journal and its successive numbers are subject to the scientific and technical basis of the journal.
- A research that is not accepted for publication in the journal should not be returned to its owners.
- The journal pays nominal wages for the assessors, 2000 SP.
- Publishing and assessment wages are granted when the articles are published in the journal.
- The researches received from graduation projects, master's and doctoral dissertations do not grant any financial reward; they only grant the researcher the approval to publish.
- In case the research is published in another journal, the Journal of the University of Hama is entitled to take the legal procedures for intellectual property protection and to punish the violator according to regulating laws.

Subscription to the Journal:

Individuals, and public and private institutions can subscribe to the journal

Journal Address:

- The required copies of the scientific material can be delivered directly to the Editorial Department of the journal at the following address: Syria - Hama - Alamein Street - The Faculty of Veterinary Medicine - Editorial Department of the Journal.

Email: hama.journal@gmail.com

magazine@hama-univ.edu.sy

website: : www.hama-univ.edu.sy/newssites/magazine/

Tel: 00963 33 2245135

| contents | | |
|---|--|--------------------|
| Title | Resarcher Name | Page number |
| Assessment of job satisfaction among nursing staff | Dr. Buthaina Daoud Alkourdi | 2 |
| Quality of Life in Diabetic Patients | Dima Sabouh Almohamad Dr. Fatima Kuriet | 15 |
| Assessment of the level of emotional intelligence among nursing students at Tishreen University | Nour Ghanem Abboud Dr. Lobna Yahia Dawood Dr. Nisreen Daoud | 29 |
| Assessment of Breast Self-Examination Practice among Female Employees in Tishreen University | Sanaa Abduhamid Aji Suzan Zeen Zamzam Walaa Hashem Sbeira | 52 |
| Addiction of social networking sites among nursing college students at the University of Hama | Abdalkareem.alazak | 67 |
| Study of The Prevalence of Opportunistic Mycoses in Pulmonary Tuberculosis Patients in Homs City | Dana Al-ShaeeKh Asad Waleed Khaddam Sundus Yassin | 79 |
| Investigation of Aspergillosis among Patients with Hematological Malignancies in Homs City – Syria | Rafah Alali Walid Khaddam Sundus Yaseen | 91 |
| The Relationship between Job Satisfaction and Job Performance among Nursing Staff | Dr. Buthaina Daoud Alkourdi | 102 |
| Assessment of nursing staff information about infection control at Hama national Hospital | Abdalkareem alazak | 115 |
| Social Support and Its Relationship To the Satisfaction Level of Life Quality among Users of Alternative Limbs | Fatima Ibrahim Abbas PhD. Linda Saleh | 124 |
| Comparative study in utilization of methotrexate and cyclosporine in uveitis in patients with Bechet s disease | Alalwani Haiyan | 139 |



Volum : 5
Number : 16



Journal Of Hama University

ISSN Online (2706-9214)