

المجلد: 5
العدد: 4



مجلة جامعة حماة



2022 ميلادي / 1444 هجري

ISSN Online(2706-9214)

المجلد: الخامس

العدد: الرابع



مجلة جامعة حماة

2021 / ميلادي

1442 / 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:

د. نصر القاسم.

أ. د. حسان الحلبية.

د. إيهاب الضمان.

أ. د. محمود الفطامه.

د. عبد الحميد الملقى.

أ. د. محمد زهير الأحمد.

د. نورا حاكمة.

أ.م. د. رود خباز.

د. عثمان نقار.

الهيئة الاستشارية:

أ.م. د. محمد أيمن الصباغ.

أ.د. هزاع مفلح.

أ.م. د. جميل حزوري.

أ.د. محمد فاضل.

د. مرعي غضنفر

أ.د. عبد الفتاح المحمد.

د. بشر سلطان

أ.د. رباب الصباغ.

د. محمد مرزا

الإشراف اللغوي:

أ.م.د. مها السلوم.

أ.د. وليد سراقبي.

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 المقدمة 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.
- تحفز الباحثين على تقديم البحوث التي تُعنى بتطوير مناهج البحث العلمي وتجديدها.
- تستقبل اقتراحات الباحثين والعلماء حول كل ما يسهم في تقدم 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، ويتمتع بسلامة اللغة، ودقة التوثيق.
- ب- ألا تكون منشورة أو مقبولة للنشر في مجلات 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 297×210 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 بسرّية 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 بفصل 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 المتري والعالمي 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 يُشَرَّ إلى ذلك.

- يقدم كل شكل أو صورة أو خريطة في البحث على ورقة صقيلة مستقلة واضحة.

- أن يتضمن البحث المُعادِلات 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 فتسرى 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 النازمة.

الاشتراك في المجلة:

يمكن الاشتراك في المجلة للأفراد والمؤسسات والهيئات العامة والخاصة.

عنوان المجلة:

- يمكن تسليم النسخ المطلوبة من المادة العلمية مباشرة 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	عبد الله محمد زعتر د.رولى عبود	تأثير تطبيق محلول الكلورهيكسيدين مقابل البوفيدون في منع حدوث الانتانات المرتبطة بالقثطرة الوريدية المركزية (دراسة مقارنة)
16	ناديه محمود خزعل	تقييم مدى التزام الكادر الصحي في قسم العمليات في مشفى حماه الوطني بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي
25	ياسمين العبد د .علي مزيد زريق	تقييم معرفة وأداء الكادر التمريضي حول العناية التمريضية للمرضى الذين لديهم قثطرة بولية
40	زينب أديب حلوم أ.م.د. ولاء هاشم اصبيره	مستوى الثقة التنظيمية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي لدى هيئة التمريض
53	هشام دهام العلوش د . آنا أحمد	جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا
66	حسن بستان حسين أ.م.د . د. فريال نظاملي	تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القثطرة القلبية
77	سهى نصر السقر أ. د. مروان عيسى	فعالية برنامج تثقيفي حول الفحوص الطبية ما قبل الزواج على معلومات واتجاهات طلاب الكليات الغير طبية
90	حسين زياد الهندي د بثينة داؤد الكردي	تقييم مستوى التمكين الإداري لدى هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة
103	مريم سليمان الحسين د . نسرين مصطفى	تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين
117	ايمان جابر عثمان أ.م.د. نسرين اسكندر داؤود	تأثير المناخ الجامعي على دافعية الإنجاز والتحصيل العلمي

تأثير تطبيق محلول الكلورهيكسيدين مقابل البوفيدون في منع حدوث الانتانات المرتبطة بالقثطرة الوريدية المركزية (دراسة مقارنة)

** د.رولى عبود

* عبد الله محمد زعتر

(الإيداع: 7 كانون الأول 2021 ، القبول: 16 كانون الثاني 2022)

الملخص:

تعتبر الانتانات المكتسبة في المستشفى السبب الرئيسي للوفاة والعجز للمرضى على الرغم من إمكانية الوقاية منها، ويسبب الانتان المرتبط بالرعاية الصحية العديد من العواقب للمرضى إذ يسبب مزيد من المعاناة والمضاعفات والعلاجات بالإضافة إلى زيادة في فترات الاستشفاء. هدفت الدراسة الى الكشف عن تأثير تطبيق محلول الكلورهيكسيدين مقابل البوفيدون في منع حدوث الانتانات المرتبطة بالقثطرة الوريدية المركزية. تم اجراء البحث في وحدات العناية المشددة (العناية الداخلية، العناية الجراحية، عناية جراحة القلب) في مشفى تشرين الجامعي مدينة اللاذقية في الفترة من 2020/7/15 الى 2021/6/29 حيث أجري البحث على عينة قوامها 40 مريضاً في وحدات العناية المشددة تم اخذ العينة بطريقة العينة المتاحة. و تم استخدام اداتان و هما (استمارة التقييم الصحي السريري) و (استمارة مراقبة الانتان المرتبط بالقثطرة الوريدية المركزية). أظهرت نتائج الدراسة وجود تفوق طفيف للكلورهيكسيدين على البوفيدون في منع الانتان المرتبط بالقثطرة الوريدية المركزية وأظهرت النتائج المخبرية للدراسة بوجود تفوق ليس ذا دلالة احصائية هامة للكلورهيكسيدين على البوفيدون. لم يكن هناك فروق ذات دلالة احصائية هامة بالنسبة لتأثير المحلولين بالنسبة للعلامات العامة. بينت نتائج الدراسة الحالية وجود تراجع في حدوث علامات الانتان الموضعي (النز، الألم، الاحمرار، التقرح) عند مرضى مجموعتين بالنسبة لليوم الثالث واليوم الخامس بنفس السوية تقريباً. تصميم برامج تدريبية للكوادر التمريضية حول طرق تدبير انتانات موقع ادخال القثطرة الوريدية المركزية والوقاية منها و توجيه المستشفيات لتفعيل بروتوكولات استخدام محلول الكلورهيكسيدين في التحضير لموقع ادخال القثطرة الوريدية المركزية وتبديل الضمادات.

الكلمات المفتاحية: محلول الكلورهيكسيدين ، البوفيدون ، الانتانات المرتبطة بالقثطرة الوريدية المركزية

* طالب دراسات عليا (ماجستير). قسم تمريض الحالات الحرجة(عام) . كلية التمريض. جامعة تشرين.

** مدرس في قسم تمريض الحالات الحرجة(عام) . كلية التمريض. جامعة تشرين. اللاذقية.

Effect of applying Chlorhexidine versus Povidone–Iodine for Prevention intravascular Central Catheter related infections (comparative study)

*Abdullah Mohammed Zaatar

**Dr. Rola Abboud

(Received:7 December 2021 , Accepted: 16 January 2022)

Abstract:

Hospital–acquired infections are the main cause of death and disability for patients, although they can be prevented. Healthcare –related infection causes many consequences for patients, causing more suffering, complications, and treatments, in addition to an increase in hospitalization periods .The study aimed to reveal the effect of applying chlorhexidine solution versus povidone in preventing infections associated with central venous.The research was conducted in intensive care units (internal care , surgical care , cardiac surgery care) at Tishreen University Hospital, city. Lattakia from 15/7/2020 to 29/6/2021Where the research was conducted on a sample of 40 patients in the intensive care units, the sample was taken using the available sample method . Two tools were used(Clinical Health Assessment Form) and (Central Venous Catheter–associated Sepsis Monitoring Form).The results of the study showed : There is a slight superiority of chlorhexidine over povidone in preventing infection associated with central venous catheterization. The laboratory results of the study showed that there is a statistically significant superiority of chlorhexidine over povidone . There were no significant statistically significant differences regarding the effect of the two solutions in relation to the general scores .The results of the current study showed a decrease in the incidence of local infection signs (oozing , pain , redness , ulceration) in patients of two groups for the third day and the fifth day with almost the same level .Designing training programs for nursing staff on methods of managing and preventing central venous catheter insertion site infections and directing hospitals to activate protocols for using chlorhexidine solution in preparation for the central venous catheter insertion site and changing dressings

Keywords: chlorhexidine solution, povidone, infections associated with a central venous catheter.

* Graduate student (Master). Critical care Nursing Department (general). College of Nursing. University of Tishreen. Latakia. Syria.

** Teacher in the Department of Critical care Nursing (General). College of Nursing. University of Tishreen. Latakia. Syria.

1- المقدمة:

تتعدد الاجراءات التي يقوم بها الكادر الطبي بالمشاركة مع الكادر التمريضي في وحدة العناية المركزة التي تتسم بأنها اجراءات باضعة ومن أهمها: تركيب القثطرة الوريدية المركزية، والقثطرة الشريانية، وتنظير القصبات، وفغر الرغامي عن طريق الجلد، وإدخال أنبوب في الصدر، وتركيب القثطرة البولية وإدخال منظم ضربات القلب عن طريق الجلد وتعد هذه الاجراءات من مصادر الخطورة لحدوث الانتان لدى المرضى(1).

تعتبر الانتانات المكتسبة في المستشفى السبب الرئيسي للوفاة والعجز للمرضى على الرغم من إمكانية الوقاية منها(2)، ويسبب الانتان المرتبط بالرعاية الصحية العديد من العواقب للمرضى إذ يسبب مزيد من المعاناة والمضاعفات والعلاجات بالإضافة إلى زيادة في فترات الاستشفاء، وعلى سبيل المثال قد زادت مدة الاستشفاء في أوروبا في السنة حوالي 16 مليون يوم إضافي وهذا في حد ذاته يعتبر عامل خطورة لحدوث العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية وهذا يعني زيادة في التكاليف و زيادة في العبء الاقتصادي على أنظمة الرعاية الصحية في البلدان فعلى سبيل المثال، بلغت في إنجلترا التكاليف المالية السنوية 1.3 مليار يورو، بينما في الولايات المتحدة الأمريكية بلغت التكاليف حوالي 3.5مليار يورو و 7 مليارات يورو في أوروبا(3,4). يعد انتان الدم هو أكثر المضاعفات الخطيرة شيوعاً المتعلقة باستخدام القثطرة الوريدية المركزية لذلك من الضروري اتباع أفضل الاستراتيجيات الوقائية لمنع او التقليل من استعمار المكروبات لموقع إدخال القثطرة المركزية والانتشار منه الى مجرى الدم لمنع المشاكل والمضاعفات و التي ستتسبب بدورها في تعقيد حالة المريض وزيادة مدة بقائه في قسم العناية المشددة مما يترتب عليه اعباء مادية وعملية باهظة(5,6).

يعرف مضاد الانتان أو المطهر بأنه مادة تستخدم للوقاية من العدوى عن طريق تثبيط نمو الكائنات الحية الدقيقة المسببة للانتان(7)، يجب أن يكون عامل التطهير المثالي مستمراً في مفعوله أثناء تطبيقه على الأنسجة الحية، ويجب أن يكون فعالاً ضد جميع البكتيريا المسببة للأمراض (الفيروسات ، الفطريات ، عصيات السل والجراثيم البكتيرية). وفي الوقت نفسه يجب أن يكون غير سام للأنسجة الحية أو مسبب للحساسية وآمن في الاستخدام المتكرر على جميع أجزاء الجسم(8,9).

أجريت العديد من الدراسات التي تركز على المقارنة بين المواد المطهرة وفعاليتها في الحد من حدوث الانتان المرتبط بوجود القثطرة الوريدية المركزية وتوزعت الدراسات بين التي قارنت محلول الكلورهيكسدين والبوفيدون من جهة، ومن جهة أخرى التي قارنت بين محلول الكلورهيكسدين والكحول أو المقارنة بين ثلاثة أنواع من المحاليل المطهرة (البوفيدون و الكلورهيكسدين والكحول)، إذ أجريت دراسة قام بها (Yasuda H et al, 2012) في اليابان و أظهرت نتائج الدراسة تفوق محلول الكلورهيكسدين على محلول البوفيدون في الحد من وقوع الانتان.(10)

أجريت دراسة من قبل (Ishizuka et al, 2008) و أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود اختلاف كبير عند استخدام الكلورهيكسدين مقارنة بتطبيق البوفيدون كمطهر جلدي.(11)

أهمية الدراسة:

ان دراسة فاعلية المحاليل اهمية كبيرة لانها توجه الكادر التمريضي الى استخدام المحلول الافضل للوقاية من الانتانات المرتبطة بالقثطرة الوريدية المركزية و ضرورة اتباع أفضل الاستراتيجيات الوقائية لمنع او التقليل من استعمار المكروبات لموقع إدخال القثطرة المركزية والانتشار منه الى مجرى الدم ليسبب المشاكل والمضاعفات و التي ستتسبب بدورها في تعقيد حالة المريض وزيادة مدة بقاءه في قسم العناية المشددة مما يترتب عليه اعباء مادية وعملية باهظة

2- الهدف من البحث:

دراسة تأثير تطبيق محلول الكلورهيكسيدين مقابل البوفيدون في منع حدوث الانتانات المرتبطة بالقثطرة الوريدية المركزية.

سؤال البحث:

ما هو تأثير تطبيق محلول الكلورهيكسيدين بتركيز 1% مقابل البوفيدون بتركيز 10% كمطهر جلدي في الحد من حدوث الانتان المرتبط بالقثطرة الوريدية المركزية؟

فرضيات البحث:

❖ تطبيق محلول الكلورهيكسيدين 1 % أكثر فعالية من تطبيق البوفيدون 10 % في الحد من حدوث الانتان المرتبط بالقثطرة الوريدية المركزية.

❖ تطبيق محلول البوفيدون 10 % أكثر فعالية من تطبيق محلول الكلورهيكسيدين 1 % في الحد من حدوث الانتان المرتبط بالقثطرة الوريدية المركزية.

3- أدوات البحث وطرائقه

- ❖ التصميم (Design) : البحث شبه تجريبي لتوفر المناورة والضبط وغياب العشوائية
- ❖ مكان الدراسة (Setting): تم إجراء البحث في وحدات العناية المشددة (العناية الداخلية، العناية الجراحية، عناية جراحة القلب) في مشفى تشرين الجامعي مدينة اللاذقية.
- ❖ العينة (Sample): يجرى البحث على عينة قوامها 40 مريض في وحدات العناية المشددة تم اخذ العينة بطريقة العينة المتاحة حيث تشمل المرضى الذين يحتاجون لتكيب قثطرة وريدية مركزية وفق العلاج الطبي المطبق اثناء فترة جمع البيانات ممن يحققون شروط اخذ العينة التالية :

- من كلا الجنسين .
- الذين تتراوح أعمارهم من 33 سنة و حتى السبعين .
- الذين لا يعانون من أي مشاكل إنتانية .
- المرضى الموضوعين على جهاز التهوية الآلية لفترات قصيرة مثل مرضى جراحة القلب بعد العمل الجراحي .
- المرضى الذين لا يعانون من أي مشاكل مناعية .

حيث سيتم توزيع أفراد العينة على مجموعتين:

المجموعة الأولى : تتكون من 20 مريض تم تحضير الجلد في موقع ادخال القثطرة الوريدية المركزية باستخدام محلول كلورهيكسيدين 1% قبل ادخال القثطرة الوريدية المركزية وعند اجراء الضمادات المتكررة.

المجموعة الثانية : تتكون من 20 مريض تم تحضير الجلد في موقع ادخال القنطرة الوريدية المركزية باستخدام محلول البوفيدون 10% قبل ادخال القنطرة الوريدية المركزية وعند اجراء الضمادات المتكررة .

❖ الأدوات (Tools):

❖ تم تطوير أدوات جمع البيانات من قبل الباحث بعد مراجعة الأدبيات السابقة وفقاً لما يلي (12,13):

الأداة الاولى:

استمارة التقييم الصحي السريري:

1. البيانات الديموغرافية: وتشمل العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، المهنة.
2. البيانات الصحية: الطول، الوزن، مؤشر كتلة الجسم BMI، العلامات الحيوية، التشخيص الطبي، قياس القنطرة الوريدية المركزية، موقع ادخال القنطرة الوريدية المركزية، المعالجة الدوائية المستخدمة حالياً

الأداة الثانية:

استمارة مراقبة الانتان المرتبط بالقنطرة الوريدية المركزية:

تم تطوير الأداة وفق مركز الوقاية من الامراض و السيطرة عليها (CDC) و توضح حدوث الانتان عند تحقق واحد أو أكثر من المعايير التالية (10) :

(المعيار الأول) النتائج المخبرية : تعداد كريات الدم البيضاء (WBC)، والبروتين الالتهابي الارتكاسي (CRP) حيث يشير ارتفاع القيم المخبرية على الشكل التالي ($WBC > 10000$) و ($CRP > 6$) إلى وجود الانتان.

(المعيار الثاني) علامات الانتان : وينقسم إلى

علامات عامة : ارتفاع درجة الحرارة أكثر من 38 درجة مئوية إبطية، حدوث الشعورية، تسرع النبض
علامات موضعية : النز، التورم، الاحمرار، تقرح مكان ادخال القنطرة، الألم.

طرائق البحث (Methods) :

1. تم الحصول على الموافقة من قبل إدارة كلية التمريض و رئاسة جامعة تشرين لإجراء الدراسة
2. تم الحصول على الموافقة من قبل مشفى تشرين الجامعي لإجراء الدراسة.
3. تم تطوير أدوات جمع البيانات من قبل الباحث اعتماداً على مراجعة الأدبيات السابقة (7,6).
4. تم عرض الأداة على لجنة من الخبراء من مجال التمريض للتأكد من صلاحيتها وموثوقيتها.
5. تم تطبيق دراسة دليلية (Pilot Study) على عينة مكونة من أربعة مرضى (مريضين من كل مجموعة) لتوضيح إمكانية تطبيق الدراسة وإجراء التعديلات اللازمة .
6. تم الحصول على الموافقة من قبل أفراد العينة قبل البدء بالدراسة للمشاركة في هذه الدراسة ، وذلك بعد شرح هدف الدراسة ولهم الحق في الموافقة الطوعية أو الرفض .
7. تم مساعدة الطبيب الاخصائي في تركيب القنطرة الوريدية المركزية أثناء الادخال مع ارتداء وسائل الحماية الشخصية (القفازات العقيمة و الرداء المعقم وغطاء الرأس).
8. تم الاجراء عند كل من المجموعتين التجريبيتين على الشكل التالي:
 - i. تم تحضير الجلد عند أفراد المجموعة الأولى بتطبيق محلول كلورهيكسيدين بتركيز 1% وتركه 30 ثانية حتى يجف قبل البدء بإدخال القنطرة الوريدية المركزية وسيتم تبديل الضماد كل 48 ساعة (بمعدل مرتين) باستخدام محلول كلورهيكسيدين بتركيز 1%.

- ii. تم تحضير الجلد عند أفراد المجموعة الثانية بتطبيق محلول البوفيدون 10% وتركه 30 ثانية حتى يجف قبل البدء بإدخال القثطرة الوريدية المركزية وتم تبديل الضماد كل 48 ساعة (بمعدل مرتين) باستخدام محلول البوفيدون 10%.
- iii. تم أخذ عينات الدم بعد ادخال القثطرة مباشرة وفي اليوم الخامس من ادخال القثطرة و اجراء تحليل (WBC و CRB) وفق المعيار الأول من الأداة الثانية.
- iv. تم مقارنة نتائج عينات الدم (CRP, WBC) بين أفراد المجموعتين في اليوم الأول والخامس بعد ادخال القثطرة.
- v. تم مراقبة علامات الانتان (العامة، الموضوعية) عند كلتا المجموعتين التجريبتين وفق المعيار الثاني من الأداة الثانية عند كل تغير للضماد .
9. تم حساب الثبات للأداة الثالثة من قبل الإحصائي .
10. تم في نهاية الدراسة تفريغ البيانات التي تم جمعها وتحليلها إحصائيا باستخدام الوسائل الإحصائية المناسبة

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية:

الجدول رقم (1): توزيع الخصائص الديموغرافية للمشاركين في مجموعتي الدراسة والعلاقة بينهما

P	X ²	مجموعة الكلور هيكسيدين N=15		مجموعة البوفيدون N=20		فئات المتغير	المتغير
		%	N	%	N		
0.677	0.173	0	0	0	0	40-30 سنة	العمر
		20	4	15	3	50-41 سنة	
		80	16	85	17	<50 سنة	
0.527	0.400	45	9	55	11	ذكر	الجنس
		55	11	45	9	أنثى	
0.580	1.069	0	0	0	0	عازبة/ة	الحالة الاجتماعية
		70	14	70	14	متزوج/ة	
		25	5	30	6	أرمل/ة	
		5	1	0	0	مطلق/ة	
0.752	0.100	50	10	45	9	يعمل	المهنة
		50	10	55	11	لا يعمل	

X²: يشير إلى اختبار كاي تربيع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يظهر الجدول رقم 1 توزيع الخصائص الديموغرافية للمشاركين في مجموعتي الدراسة، حيث أظهر أن النسبة الأعلى لأفراد المجموعتين (85% بوفيدون مقابل 80% كلور هيكسيدين) كانوا من الفئة العمرية [<50 سنة]، وكان 55% منهم في

مجموعة البوفيدون ذكور بينما 55% في مجموعة الكلورهيكسيدين إناث، ومن حيث الحالة الاجتماعية كانت النسبة الأعلى لأفراد المجموعتين (70% بوفيدون مقابل 70% كلور هيكسيدين) متزوجين، وكان (85% بوفيدون مقابل 50% كلور هيكسيدين) لا يعملون.

كما نلاحظ في الجدول عدم وجود علاقة معنوية ذات أهمية إحصائية (مستوى المعنوية $P > 0.05$) في توزع الخصائص المدروسة بين مجموعتي الدراسة.

الجزء الثاني مقارنة علامات الانتان بين مجموعتي الدراسة

❖ **المعيار الأول لحدوث الانتان:** مقارنة علامات الانتان المخبرية بين مجموعتي الدراسة

الجدول رقم (2): مقارنة تعداد WBC للمشاركين بين مجموعتي الدراسة بين اليوم الأول والخامس في كل مجموعه

P	X ²	مجموعة الكلور هيكسيدين N=20		مجموعة البوفيدون N=20		تعداد WBC	الأيام
		%	N	%	N		
-	-	100	20	100	20	أقل من 10 ألف	اليوم الاول
		0	0	0	0	أكثر من 10 ألف	
0.212	1.558	90	18	75	15	أقل من 10 ألف	اليوم الخامس
		10	2	25	5	أكثر من 10 ألف	
		-		-		P / X2	

X²: اختبار كاي سكوير (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يبين الجدول رقم 3 مقارنة تعداد WBC للمشاركين بين مجموعتي الدراسة و مقارنتها بين اليوم الاول والخامس في كل مجموعه، حيث أظهر أن تعداد WBC لجميع المشاركين في مجموعتي الدراسة كان أقل من 10 ألف في اليوم الأول، وفي اليوم الخامس كان تعداد WBC أكثر من 10 ألف عند 25% في مجموعة البوفيدون مقابل 10% في مجموعة الكلور هيكسيدين لديهم تعداد WBC أكثر من 10 ألف، مع عدم وجود أهمية إحصائية للاختلاف بين المجموعتين (مستوى المعنوية $P > 0.05$).

كما لم توجد أهمية إحصائية للاختلاف في تعداد WBC في اليوم الخامس في كل مجموعة من مجموعتي الدراسة.

الجدول رقم (3): مقارنة قيمة CRP للمشاركين بين مجموعتي الدراسة بين اليوم الأول والخامس في كل مجموعه

P	χ^2	مجموعة الكلور هيكسيدين N=20		مجموعة البوفيدون N=20		تعداد CRP	الأيام
		%	N	%	N		
-	-	100	20	100	20	طبيعي حتى 6	اليوم الاول
		0	0	0	0	مرتفع أكبر من 6	
-	-	0	0	0	0	طبيعي حتى 6	اليوم الخامس
		100	20	100	20	مرتفع أكبر من 6	
		-		-		P / χ^2	

χ^2 : اختبار كاي سكوير (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يبين الجدول رقم 3 مقارنة قيمة CRP للمشاركين بين مجموعتي الدراسة في كل يوم وبين اليوم الاول و الخامس في كل مجموعه، حيث أظهر أن قيمة CRP لجميع المشاركين في مجموعتي الدراسة كان أقل من 6 في اليوم الاول، وفي اليوم الخامس كانت قيمة CRP مرتفعة لأكثر من 6 لدى جميع المشاركين في المجموعتين أيضاً، مع عدم وجود أهمية احصائية للاختلاف بين المجموعتين (مستوى المعنوية $P > 0.05$).

الجدول رقم (4): مقارنة ارتفاع درجة الحرارة للمشاركين بين مجموعتي الدراسة في كل يوم وبين اليوم الثالث والخامس في كل مجموعة

P	χ^2	مجموعة الكلور هيكسيدين N=20		مجموعة البوفيدون N=20		درجة الحرارة	الأيام
		%	N	%	N		
0.407	1.558	90	18	75	15	طبيعي أقل من 38	اليوم الثالث
		10	2	25	5	مرتفع أكبر من 38	
0.151	2.057	95	19	80	16	طبيعي أقل من 38	اليوم الخامس
		5	1	20	4	مرتفع أكبر من 38	
		**0.002 / 9.474		**0.000 / 15.00		P / χ^2	

X^2 : اختبار كاي سكوير (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة. ** ذو دلالة إحصائية هامة جداً $P < 0.01$

يبين الجدول رقم 5 مقارنة ارتفاع درجة الحرارة للمشاركين بين مجموعتي الدراسة في اليوم الثالث والخامس في كل مجموعته، حيث أظهر أن ارتفاع درجة الحرارة في اليوم الثالث قد حدث لدى 25% من المرضى في مجموعة البوفيدون مقابل 10% من المرضى في مجموعة الكلورهيكسيدين، كما أظهر أن نسبة حدوث ارتفاع الحرارة قد انخفضت لتصبح 20% في اليوم الخامس في مجموعة البوفيدون، وكذلك انخفضت أيضاً لتصبح 5% في مجموعة الكلورهيكسيدين، مع عدم وجود أهمية إحصائية للاختلاف بين المجموعتين في كلا اليومين (مستوى المعنوية $P > 0.05$).

كما نلاحظ وجود اختلاف ذو دلالة إحصائية هامة جداً بين اليوم الثالث واليوم الخامس في كلا المجموعتين ($P = 0.000$). بشكل عام نلاحظ أن عدد حالات ارتفاع الحرارة كان أقل في مجموعة الكلور هيكسيدين منها في مجموعة البوفيدون في كلا اليومين، لكن هذا الاختلاف بين تأثير البوفيدون والكلور هيكسيدين لم يكن هام إحصائياً، لكنهما فعالان سوياً بدرجة هامة إحصائياً في خفض حالات ارتفاع الحرارة في اليوم الخامس من الدراسة.

الجدول رقم (5): مقارنة حدوث القشعريرة لدى المشاركين بين مجموعتي الدراسة في كل يوم وبين اليوم الثالث والخامس في كل مجموعة

P	X^2	مجموعة الكلور هيكسيدين N=20		مجموعة البوفيدون N=20		القشعريرة	الأيام
		%	N	%	N		
0.407	1.558	90	18	75	15	لا يوجد قشعريرة	اليوم الثالث
		10	2	25	5	يوجد قشعريرة	
0.151	2.057	95	19	80	16	لا يوجد قشعريرة	اليوم الخامس
		5	1	20	4	يوجد قشعريرة	
		**0.00 / 9.474		**0.000 / 15.00		P / X^2	

X^2 : اختبار كاي سكوير (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة. ** ذو دلالة إحصائية هامة جداً $P < 0.01$

يبين الجدول رقم 6 مقارنة حدوث القشعريرة للمشاركين بين مجموعتي الدراسة في كل يوم وبين اليوم الثالث والخامس في كل مجموعته، حيث أظهر أن القشعريرة في اليوم الثالث قد حدث لدى 25% من المرضى في مجموعة البوفيدون مقابل 10% من المرضى في مجموعة الكلورهيكسيدين، كما أظهر أن نسبة حدوث القشعريرة قد انخفضت لتصبح 20% في اليوم الخامس في مجموعة البوفيدون، وكذلك انخفضت أيضاً لتصبح 5% في مجموعة الكلورهيكسيدين مع عدم وجود أهمية إحصائية للاختلاف بين المجموعتين في كلا اليومين (مستوى المعنوية $P > 0.05$).

كما نلاحظ وجود اختلاف ذو دلالة احصائية هامة جداً بين اليوم الثالث واليوم الخامس في مجموعة البوفيدون ($P= 0.000$)، وفي مجموعة الكلورهيكسيدين ($P= 0.002$).

بشكل عام نلاحظ أن عدد حالات القشعرية كانت أقل في مجموعة الكلورهيكسيدين منها في مجموعة البوفيدون في كلا اليومين، لكن هذا الاختلاف بين تأثير البوفيدون والكلور هيكسيدين لم يكن هام احصائياً، لكنهما فعالان سوياً بدرجة هامة احصائياً في خفض حالات القشعرية في اليوم الخامس من الدراسة.

الجدول رقم (6) مقارنة حدوث الاحمرار مكان القثطرة لدى المشاركين بين مجموعتي الدراسة في اليوم الثالث والخامس في كل مجموعه

P	χ^2	مجموعة الكلور هيكسيدين N=20		مجموعة البوفيدون N=20		الاحمرار مكان القثطرة	الأيام
		%	N	%	N		
0.784	0.714	45	9	35	7	لا يوجد احمرار	اليوم الثالث
		55	11	65	13	يوجد احمرار	
0.527	0.400	55	11	45	9	لا يوجد احمرار	اليوم الخامس
		45	9	55	11	يوجد احمرار	
		**0.00 /13.388		**0.00 /13.162		P / χ^2	

χ^2 : اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة. * * ذو دلالة إحصائية هامة جداً $P<0.01$

يبين الجدول رقم 11 مقارنة حدوث الاحمرار مكان القثطرة للمشاركين بين مجموعتي الدراسة بين اليوم الثالث والخامس في كل مجموعه، حيث أظهر أن الاحمرار مكان القثطرة في اليوم الثالث قد حدث لدى 65% من المرضى في مجموعة البوفيدون مقابل 55% من المرضى في مجموعة الكلورهيكسيدين، كما أظهر أن نسبة حدوث القثطرة في اليوم الخامس قد انخفضت لتصبح 55% في مجموعة البوفيدون، وكذلك انخفضت أيضاً لتصبح 45% في مجموعة الكلورهيكسيدين مع عدم وجود أهمية احصائية للاختلاف بين المجموعتين في كلا اليومين (مستوى المعنوية $P> 0.05$).

كما نلاحظ وجود اختلاف ذو دلالة احصائية هامة جداً بين اليوم الثالث واليوم الخامس في مجموعة البوفيدون ($P= 0.000$)، وفي مجموعة الكلورهيكسيدين ($P= 0.000$).

بشكل عام نلاحظ أن عدد حالات الاحمرار كانت أقل في مجموعة الكلورهيكسيدين منها في مجموعة البوفيدون في كلا اليومين، لكن هذا الاختلاف بين تأثير البوفيدون والكلورهيكسيدين لم يكن هام احصائياً، لكنهما فعالان سوياً بدرجة هامة احصائياً في خفض حالات الاحمرار في اليوم الخامس من الدراسة.

الجدول رقم (7): نسبة حدوث علامات الانتان في اليوم الخامس

P	X ²	مجموعة الكلور هيكسيدين N=20		مجموعة البوفيدون N=20		معايير الانتان	
		%	N	%	N		
0.212	1.558	10	2	25	5	WBC < 10 الف	العلامات المخبرية
-	-	100	20	100	20	CRP < 6	
0.151	2.057	5	1	20	4	الحرارة < 38°	العلامات العامة
0.151	2.057	5	1	20	4	قشعريرة	
0.147	2.105	10	2	0	0	تسرع النبض	
-	-	0	0	0	0	النز	العلامات الموضعية
-	-	20	4	20	4	التورم	
-	-	5	1	5	1	التقرح	
0.527	0.400	45	9	55	11	الاحمرار	
0.752	0.100	45	9	50	10	الالم	

يبين الجدول رقم 2 مقارنة معايير حدوث الانتان لدى المشاركين بين مجموعتي الدراسة، حيث أظهر أن عدد حالات الانتان في مجموعة الكلور هيكسيدين كان أقل منها في مجموعة البوفيدون ماعدا حالة تسرع النبض التي كانت أعلى في مجموعة الكلور هيكسيدين، لكن لم يكن هذا الاختلاف هام بين المجموعتين في جميع معايير الانتان سواء المخبرية أو العلامات العامة للانتان أو العلامات الموضعية (مستوى المعنوية $P > 0.05$).

بالتالي نرفض الفرضية الأولى القائلة بأن محلول البوفيدون 10% أكثر فعالية من تطبيق محلول الكلور هيكسيدين 1% في الحد من حدث الانتان المرتبط بالقتطرة الوريدية المركزية. كما نرفض الفرضية الثانية القائلة بأن محلول الكلور هيكسيدين 1% أكثر فعالية من تطبيق محلول البوفيدون 10% في الحد من حدث الانتان المرتبط بالقتطرة الوريدية المركزية. ونقبل الفرضية الصفرية القائلة بأن: محلول البوفيدون 10% معادل بالفعالية لتطبيق محلول الكلور هيكسيدين 1% في الحد من حدث الانتان المرتبط بالقتطرة الوريدية المركزية.

5- المناقشة

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن غالبية أفراد العينة كانوا من الفئة العمرية [< 50 سنة] عند كل من المجموعتين (85% بوفيدون مقابل 80% كلورهيكسيدين)، وكان أكثر من النصف من أفراد العينة في مجموعة البوفيدون من الذكور بينما أكثر

من النصف في مجموعة الكلورهيكسيدين من الإناث، وبالنسبة للحالة الاجتماعية كانت النسبة الأعلى لأفراد المجموعتين (70% بوفيدون مقابل 70% كلورهيكسيدين) متزوجين، وكان غالبية أفراد العينة من مجموعة البوفيدون لا يعملون وبالنسبة لمجموعة الكلور هيكسيدين كان يشكلون نصف أفراد العينة لا يعملون.

أشارت نتائج الدراسة الحالية بالنسبة لمنع الانتان المرتبط بالقطرة الوريدية المركزية عند استخدام الكلورهيكسيدين والبوفيدون كل منهما على حدى ضمن مجموعتين تجريبيتين من المرضى وجود تفوق طفيف للكلورهيكسيدين على البوفيدون في منع الانتان المرتبط بالقطرة الوريدية المركزية خلال فترة الدراسة وتبديل الضمادات المتكرر ومن خلال مراقبة علامات الانتان في اليوم الثالث و الخامس من تركيب القطرة الوريدية لمركزية على الرغم من عدم وجود فوارق احصائية هامة بين المجموعتين التجريبتين بالنسبة لأيام المراقبة وتبديل الضمادات وبالتالي فان كل من المحلولين لهما نفس الأهمية في منع الانتانات المرتبطة بالقطرة الوريدية المركزية وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له الدراسة التي قام بها (Ishizuka et al, 2008) حيث تمت مقارنة بين المرضى الذين تم تطبيق الكلورهيكسيدين كمطهر قبل ادخال القطرة الوريدية المركزية وبين المرضى الذين طبق لهم محلول البوفيدون وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود اختلاف كبير عند استخدام الكلورهيكسيدين مقارنة بتطبيق البوفيدون كمطهر جلدي⁽¹¹⁾، ولم تتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسة التي قام بها (Yasuda H et al 2012)، في اليابان حيث أظهرت تفوق محاليل الكحول والكلورهيكسيدين على محلول البوفيدون في الحد من وقوع الانتان⁽¹⁰⁾. ويعزى ذلك إلى جودة محاليل الكلورهيكسيدين وفعاليتها ضد العوامل البكتيرية المتنوعة التي يقوم بالقضاء عليها بالمقابل عند تطبيق البوفيدون وبسبب التطبيق الخاطئ لمحلول البوفيدون من قبل الكادر التمريضي مما يزيد ذلك من نسب حدوث الانتانات المرتبطة بموقع ادخال القطرة الوريدية المركزية.

كما أظهرت النتائج المخبرية للدراسة بوجود تفوق ليس ذو دلالة احصائية هامة للكلورهيكسيدين على البوفيدون حيث بينت أن نسبة 10% من المرضى المستخدم لهم الكلورهيكسيدين حدث لديهم ارتفاع في الكريات البيض مقابل 25% من المرضى المستخدم لهم البوفيدون و هذا يتوافق مع دراسة قام بها (Humar A .et al , 2000) في المانيا حيث تم قياس نتائج التحاليل الدموية المخبرية (WBC) بعد تطبيق محلول الكلورهيكسيدين والبوفيدون عند استخدامه لتطهير الجلد قبل إدخال القطرة الوريدية المركزية والتي أظهرت أنه لم يكن هناك فرق واضح بين كل من المحلولين⁽¹⁴⁾.

5- الاستنتاجات:

من نتائج الدراسة الحالية نستنتج ما يلي :

1. وجود تفوق طفيف للكلورهيكسيدين على البوفيدون في منع الانتان المرتبط بالقطرة الوريدية المركزية.
2. أظهرت النتائج المخبرية للدراسة بوجود تفوق ليس ذو دلالة احصائية هامة للكلورهيكسيدين على البوفيدون.
3. بينت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى البروتين الالتهابي الارتكاسي (CRP) مرتفع جدا عند أفراد العينة من كلتا المجموعتين.
4. لم يكن هناك فروق ذات دلالة احصائية هامة بالنسبة لتأثير المحلولين بالنسبة للعلامات العامة.
5. بينت نتائج الدراسة الحالية وجود تراجع في حدوث علامات الانتان الموضعي (النز، الألم، الاحمرار، التقرح) عند مرضى مجموعتين بالنسبة لليوم الثالث واليوم الخامس بنفس السوية تقريباً.

6- التوصيات:

بالاعتماد على النتائج التي توصلت لها الدراسة الحالية يمكن اقتراح التوصيات التالية:

من أجل الممارسة السريرية:

- تصميم برامج تدريبية للكوادر التمريضية حول طرق تدبير انتانات موقع ادخال القطرة الوريدية المركزية والوقاية منها.

- توجيه أقسام العناية المشددة لإقامة ندوات حول فاعلية محلول الكلورهكسيدين في منع الإنتانات المرتبطة بالقطرة الوريدية المركزية.
- توجيه المستشفيات لتفعيل بروتوكولات استخدام محلول الكلورهكسيدين في التحضير لموقع ادخال القطرة الوريدية المركزية وتبديل الضمادات.
- من أجل البحث العلمي:**
- إجراء دراسة على عينة اكبر حول تأثير الكلورهكسيدين واليوفيدون كل منهما على حدى على منع الإنتانات المرتبطة بالقطرة الوريدية المركزية.
- إجراء دراسة لتقييم معلومات الكادر التمريضي حول سبل الوقاية من إنتانات القطرة الوريدية المركزي و كيفية تدبيرها.

8- المراجع

1. Worthington T, Elliott TS (2005). Diagnosis of central venous catheter related infection in adult patients. *Journal of Infection* ;51(4):267-280.
2. Agozzino. E, Di Palma. MA, Gimigliano. A, Piro. A.(2008). Economic impact of healthcare-associated infections . *Igiene Sanita Pubblica.* (64). :655–670
3. World health organization (WHO) .(2012). Health-care associated infection, fact sheet . Geneva Switzerland.
4. National and State Healthcare-Associated Infections progress report. 2016. Available at: <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf>. Accessed April 5, 2016.
5. Trieschmann U, Cate UT, Sreeram N (2007). Central venous catheters in children and neonates - what is important?. *Images in Pediatrics Cardiology* ;9(4):1-8.
6. Hardin W, Nichols R(1997). Hand washing and patient skin preparation. *Critical Issues in Operating Room Management.* Philadelphia: Lippincott-Raven,:133-149
7. Edwards JR, Peterson KD, Andrus ML, Dudeck MA, Pollock DA, Horan TC (2008). National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2006 through 2007, issued November 2008. *American Journal of Infection Control*;36(9):609-626
8. Raad II, Bodey GB. Infectious complications of indwelling vascular catheters(1992). *Clin Infect Dis*;15:197–210.
9. Mermel LA, McCormick RD, Springman SR, Maki DG.(1991). The pathogenesis and epidemiology of catheter-related infection with pulmonary artery Swan-Ganz catheters: a prospective study utilizing molecular subtyping. *Am J Med.*;91:197S–205S.
10. Yasuda H, Sanio M , Abe T, Shime N, Komuro T, Hatakeyama J (2017). Comparison of the efficacy of three topical antiseptic solutions for the prevention of catheter colonization: a multicenter randomized controlled study. *Critical Care* . 21:320
11. Ishizuka H. Nagata K. Takagi K. Kubota M. (2009). Comparison of 0.05% Chlorhexidine and 10%Povidone-Iodine as Cutaneous Disinfectant for Prevention of Central Venous Catheter-Related Bloodstream Infection: A Comparative Study. *Eur Surg Res* 43:286–290
12. Hunter, J. & Rawlings-Anderson. K. (2008). Respiratory assessment. *Nursing Standard* 22(41), 41–43. About I-gel. 2016. Accessed October 17, 2016. <http://v..ww.intersurgical.com/info/igel>
13. Hadaway LC (2003). Infusing without infecting. *Nursing*;33 (10):58–64.

14. Humar A, Ostromecki A, Direnfeld J, John C. Marshall L, Lazar N, Patricia C. Houston M , Boiteau P , John M (2000).Prospective Randomized Trial of 10% Povidone–Iodine versus 0.5% Tincture of Chlorhexidine as Cutaneous Antisepsis for Prevention of Central Venous Catheter Infection. *Clinical Infectious Diseases*;31:1001–1007.

تقييم مدى التزام الكادر الصحي في قسم العمليات في مشفى حماه الوطني بالخطوات الصحيحة لغسيل

اليدين الجراحي

*ناديه محمود خزعل

(الإيداع: 28 تشرين الثاني 2021 ، القبول: 18 كانون الثاني 2022)

الملخص:

يوجد العديد من الطرق التي تساعد في منع إصابة المرضى بالانتانات ضمن المشفى أثناء تلقي العلاج و وقايتهم من عوامل الخطورة وتسريع شفائهم . لذا كان لابد من تسليط الضوء على إحدى هذه العوامل التي تسبب حدوث إنتانات المشافي ألا وهي عدم تقيد عناصر العمليات في إتباع الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي حيث يجب على هذه العناصر أن تغسل يديها وفقاً للسياسات العالمية بمدة لا تقل عن 5 دقائق متبعين طريقة علمية صحيحة قبل أي عمل جراحي وذلك منعاً من انتقال العدوى وبالتالي الحفاظ على صحة المرضى. معرفة مدى التزام عناصر الكادر الصحي في قسم العمليات في مشفى حماه الوطني بتطبيق الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي. تم إجراء دراسة وصفية مستعرضة شملت عينة مؤلفة من 50 عنصر من مساعدي الجراحين في قسم العمليات من فئات مختلفة وهذه الفئات هم أطباء مقيمون في القسم وممرضون حملة شهادة الإجازة الجامعية وممرضون من حملة شهادة الدبلوم. استخدمت استمارة استبيان خاصة لجمع البيانات تضمنت معلومات ديموغرافية ومجموعة من أسئلة خاصة بموضوع الدراسة. أظهرت نتائج الدراسة ان 62 % من المشاركين لم يلتزموا بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي بسبب عدم معرفتهم بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي. من جانب آخر بينت الدراسة أن 74% من الأفراد يعتبرون أن غسيل اليدين الجراحي مهم في الوقاية من الانتان ،تفعيل دور منسقي برامج ضبط العدوى في المشافي وحثهم لمتابعة تقيد العناصر بسياسات ضبط العدوى ومن ضمنها الالتزام بتطبيق الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي.

الكلمات المفتاحية: غسيل اليدين الجراحي، التعقيم، انتانات المشافي ،الكادر الصحي.

*باحثة - اختصاص ماجستير تمريض البالغين -كلية التمريض/حماه

Assessment of health staff members commitment in the operations department of Hama National Hospital the correct steps for surgical hand washing.

Nadia Mahmoud Khazhel*

(Received:28 November 2021,Accepted:18 January 2022)

Abstract:

There are many ways which help to prevent patients from developing infections in the hospital during the treatment, thus protecting them from risk factors and accelerating their recovery, Therefore, it was necessary to shed light on one of these factors that cause hospital infections, which is the failure of the operating elements to follow the correct steps for surgical hand washing, as these elements must wash their hands in accordance with international policies for a period of no less than 5 minutes, following a correct scientific method before any surgical procedure in order to prevent the transmission of infection and thus preserve the health of patients. the aim of this studying was to know the extent of commitment of the health staff members in the Operations Department at Hama National Hospital to apply the correct steps for surgical hand washing. a descriptive cross sectional study was performed using a sample of 50 surgical assistants in operating department of different categories. These categories are resident doctors in the department, nurses holding a bachelor's degree, and nurses holding a diploma. A special questionnaire was used to collect data that includes demographic information and a set of closed questions that are answered with a yes or no answer. The findings of this study showed that 62% of participants didn't adhere to the correct steps for surgical hand washing due to their lack of knowledge of the correct steps for surgical hand washing. on the other side the study showed that 74% of participants consider surgical hand washing procedure is important to avoid infections ,this study suggest to activating the role of infection control program coordinators in hospitals and urging them to follow up on the elements' adherence to infection control policies, including commitment to apply the correct steps for surgical hand washing.

Key words surgical hand washing, sterilization, hospital infections ,health staff.

*searcher in faculty nursing/ Hama university/master in adult nursing.

1. المقدمة:

إن انتقال العدوى و الأخماج المكتسبة مشكلة تعاني منها معظم المشافي في العالم حيث تنتقل هذه الأخماج أثناء تقديم الرعاية الصحية وتعتبر من أهم أسباب زيادة مدة إقامة المرضى في المشافي وتغييبهم عن عملهم وأحياناً تسبب لهم مشاكل خطيرة. بما أنّ غرفة العمليات هي جزء لا يتجزأ من أي مشفى في العالم فكان لا بد من تسليط الضوء على بعض الأخطاء المتبعة فيها والتي تؤدي إلى انتشار الأخماج والإنتانات الجراحية التي يعاني منها نسبة كبيرة من مرضى المشافي^[1]. يعتبر عدم التزام معظم أعضاء الكادر الطبي و التمريضي بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي متجاهلين قواعد التعقيم والخطورة الكبيرة التي تؤدي إلى تركها والتهاون بهامن بين هذه الأخطاء^[2]. حيث أنّ من أولويات كل عناصر غرفة العمليات وقياية المريض من الاختلاطات في كل مراحل الجراحة بما في ذلك وقايتها من الخمج في إمكانية الخمج تنقص بشكل ملحوظ بالالتزام التام بمبادئ التعقيم الجراحي في فترة تحضير المريض حول الجراحة، وأثناء الجراحة وفي فترة شفاء الجرح^[3,4].

قبل اختيار أسلوب التعقيم و التطهير يجب أن نأخذ بعين الاعتبار القواعد الرئيسية للتعقيم الجراحي والتي تتضمن: تحافظ السطوح والأدوات العقيمة على تعقيمها طالما كان ما يلامسها عقيماً، أما إذا لامست أي شيء غير عقيم وفي أي وقت فهذا يعني أنها تلوثت، إذا شككت بتعقيم أي أداة أو منطقة فيجب أن تعتبرها غير عقيمة، كل الأدوات والمواد العقيمة التي تفتح لتستخدم عند مريض ما (مثل طاولة الأدوات العقيمة) تستخدم لهذا المريض فقط، والأدوات التي لا تستخدم في عملية يجب أن تلقى أو يعاد تعقيمها ثانية^[5,6,7].

يقوم الجراح (ومساعدوه) بتطهير يديه وساعديه ثم يرتدي قميصاً وقلنسوة وقناعاً وكلها معقمة بشكل جيد، وكذلك لبس القفازات المعقمة قبل المباشرة بالعمل الجراحي. ولقد تبين من عدة دراسات لمختلف الباحثين بأنه لا يمكن الحصول على أيدي معقمة تعقيماً تاماً مهما تنوعت الغسالات وأنواع المحاليل المطهرة ، إنما يمكن تطهيرها بصورة أقرب ما تكون للكمال إذا أجري غسلها وتطهيرها بصورة جيدة كما يلي: إزالة الأوساخ المتراكمة تحت الأظافر بالمظفرة ، وخير من ذلك هو الحفاظ عليها قصيرة، المغاسل : يجب أن تكون واسعة ومجهزة بصنبور يفتح ويغلق بقدم الجراح أو طرفه السفلي، الماء : يجب أن يكون نظيفاً وفاتراً، الصابون: العادي والأفضل منه الصابون السائل، والبعض يوصي باستعمال صوابين مضادة للتغفن (صابون مضاف إليه مشتقات يودية). المحاليل المطهرة: وأهمها الغول الإيتيلي 80 %، والأفضل اليود، غسل اليدين والساعدين بالماء والصابون ودلكها بالفرشاة لمدة 5- 7 دقائق ثم بكميات كبيرة من الماء، من اليدين وحتى المرفقين، واليدين مرفوعتين، غسل اليدين والذراعين بالكحول أو اليود بعد تنشيفهما برفادة معقمة، لبس القميص والقلنسوة والقناع المعقمة ويساعده في ذلك ممرضة العمليات ثم يلبس القفازات المعقمة، يجب الانتباه إلى عدم مس الأيدي للوجه الظاهر للباس العمليات أو القسم الظاهر للقفازات لأنها معقمة أما الأيدي فتكون مطهرة فقط^[8,9,10].

يعتبر عدم الالتزام بغسيل اليدين الجراحي من أهم أسباب حصول الإنتانات في مرحلة ما بعد العمل الجراحي ومن عوامل عدم الالتزام ما يلي: الاعتقاد بأن الجو في أقسام العمليات عقيم، كثرة العمليات الجراحية وعدم كفاية الوقت، تهيج الجلد أو تحسسه بسبب استخدام الصابون أو المواد المعقمة (البوفيدون)، التفكير بعدم احتمالية حدوث إنتان جراحي للمريض، الاعتقاد بأن ارتداء القفازات المعقمة يعني عن غسيل اليدين الجراحي في بعض العمليات، قلة المعرفة بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي، الاعتقاد بأن غسيل اليدين الجراحي أمر غير مهم، التصور بأن طريقة الجراحين الاختصاصيين هي الطريقة الصحيحة في غسيل اليدين الجراحي، البعض لا يلتزم بالخطوات الكاملة لغسيل اليدين الجراحي إلا إذا كان العمل الجراحي المجرى يبلغ مدة طويلة من الوقت^[11,21].

أهمية البحث: مما سبق نلاحظ الأهمية الكبيرة لتقنية غسيل اليدين الجراحي في عملية التعقيم المتبعة في غرف العمليات والأضرار الكبيرة التي من الممكن أن تحصل جراء ترك خطوة واحدة من خطوات غسيل اليدين الجراحي على مستوى المريض و المؤسسة (المشفى) و المجتمع المحيط بالمريض. لذلك فإن أولى المهام التي تلقى على عاتق فريق العمليات هو تقييم هذه القواعد السابقة ، فإن لم تكن ترقى إلى المستوى المطلوب فيلزم اتخاذ الخطوات اللازمة للقيام بهذه الاجراءات و تطبيقها⁽¹⁰⁻¹²⁻¹³⁾. من خلال الملاحظة اليومية للمساعدين في العمليات الجراحية لوحظ أن هناك إهمال شبه كامل لغسيل اليدين الجراحي في بعض العمليات الجراحية واستغناء البعض عن خطوات من هذا الغسيل أو أنّ البعض الآخر يستغني عن غسيل اليدين الجراحي باستعمال المعقمات التجارية، غير عالمين بأهمية هذا الأمر في منع حدوث الإنتان الجراحي ومنع انتقال العدوى . ومن هنا تأتي أهمية البحث من خلال نقطتين رئيسيتين:أولاً:أهمية الظاهرة المدروسة وما يمكن أن ينجم عنها من حدوث إنتان جراحي للمريض وبالتالي تأخر الشفاء وزيادة التكلفة المادية. ثانياً: أهمية الفئة المدروسة وهي مساعود الجراحين وضرورة التزامهم الأكاديمي من أجل شفاء المريض ومنع انتقال العدوى في القسم.

2.هدف البحث: معرفة مدى الالتزام بتطبيق الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي من قبل الكادر الصحي في أقسام العمليات في مشفى حماة الوطني.

● **مشكلة البحث:**قلة التزام الكادر الصحي بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي وتقليل مدى ادراك أهميته في مجال حماية المرضى وضبط العدوى.

3.مواد و أدوات وطرق البحث:

- **تصميم البحث:**الدراسة من النمط الوصفي الكمي المستعرض
- **مجتمع الدراسة:**أطباء مقيمون في قسم العمليات وممرضون وممرضات في القسم من حملة شهادة الإجازة والدبلوم.
- **العينة:**شملت العينة 50 مساعد من مساعدي الجراحين قائمين على رأس عملهم وتم انتقاء العينة على أساس الاعتيان العشوائي الملائم.
مواصفات أفراد العينة
1- العمر من 20-35 عاماً
2- من الموجودين بشكل دائم في قسم العمليات
3- الخبرة من 2-5 سنوات
- **أدوات البحث :** استخدمت استمارة استبيان خاصة لجمع البيانات تتضمن معلومات ديموغرافية ومجموعة من الأسئلة المغلقة المتعلقة بموضوع الدراسة حول ألية غسيل اليدين الجراحي و مدى الالتزام بالسياسة العالمية المتبعة في غسيل اليدين الجراحي يتم الجواب عليها بنعم أولاً،، تم فهم و تحليل هذه البيانات باعتماد درجة ثقة 95% و خطأ لا يتجاوز 5%.

● **طرائق البحث: Methods:**

- 1- تم الحصول على موافقة مدير مشفى حماة الوطني لتسهيل عمل البحث.
- 2- تم الحصول على موافقة رئيس قسم العمليات في المشفى وذلك للسماح بدخول القسم.
- 3- تم الحصول على موافقة الكادر الصحي للمشاركة في عملية البحث.
- 4- جمعت البيانات خلال فترة شهر وكان الدوام صباحي ومساءلي.

5- استخدمت استمارة استبيان خاصة لجمع البيانات تتضمن معلومات ديموغرافية ومجموعة من الأسئلة المغلقة يتم الجواب عليها بإجابة نعم أو لا.

• **التحليل الاحصائي: Anslysis:** تم تحليل هذه البيانات بالاعتماد على برنامج spss و استخدمنا خلالها التكرار و المتوسط الحسابي.

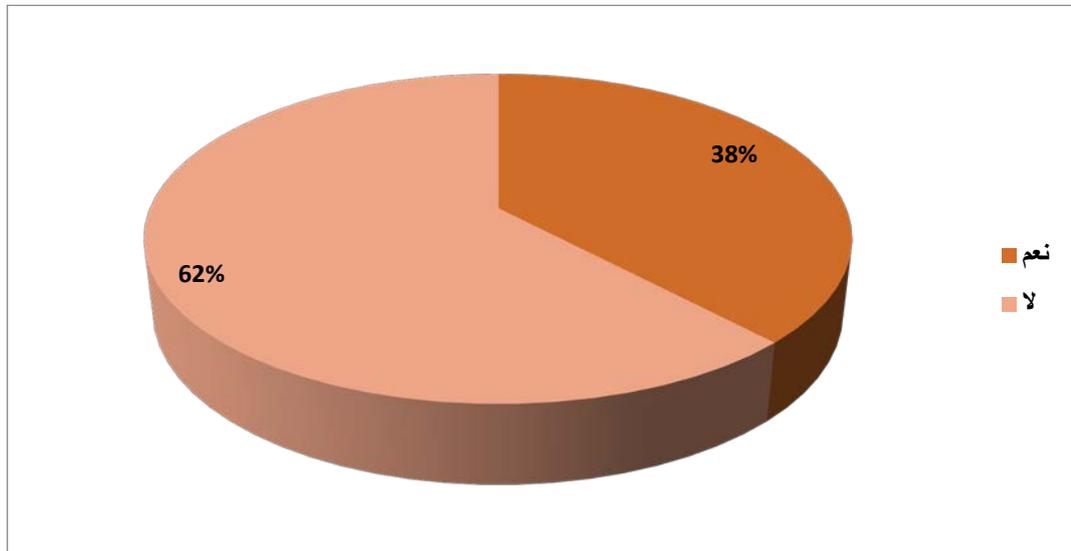
4. نتائج الدراسة:

في الإجابة على الأسئلة :أولاً : هل تعلم الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي ؟ كانت النتائج المبينة كما يلي:

الجدول رقم(1)

هل تعلم الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي	نعم	لا	المجموع
عدد الحالات	19	31	50
النسبة المئوية	38 %	62%	100 %

يبين الجدول (1): عدد أفراد العينة الذين يعلمون الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي هو 38%. بينما الذين لا يعلمون ما هي هذه الخطوات مشكلين نسبة قدرها 62 %.



الشكل رقم(1)

ثانياً : هل تعتبر أنّ الالتزام بتطبيق خطوات غسل اليدين الجراحي أمر مهم ؟ كانت النتائج المبينة كما يلي :

الجدول رقم(2)

المجموع	لا	نعم	هل تعتبر أن الالتزام بتطبيق خطوات غسيل اليدين الجراحي أمر مهم
50	13	37	عدد الحالات
% 100	%26	% 74	النسبة المئوية

يبين الجدول(2): 74% من أفراد العينة يعتبرون أن الالتزام بتطبيق خطوات غسيل اليدين الجراحي أمر مهم. بينما 26% يرون أن الالتزام بهذه الخطوات ليس له أهمية.

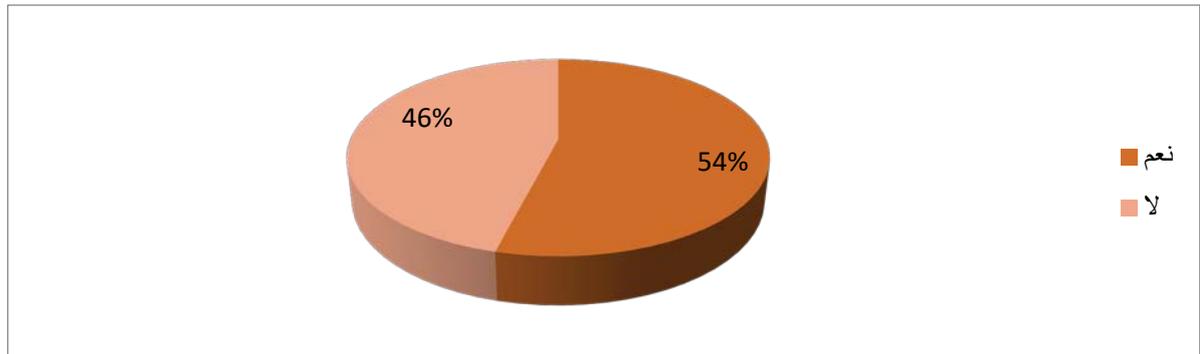
ثالثاً: هل السبب بعدم الالتزام بتطبيق خطوات غسيل اليدين الجراحي هو التقليد للجراحين الاختصاصيين في القسم؟ كانت النتائج المبينة كما يلي :

الجدول رقم(3)

المجموع	لا	نعم	هل السبب بعدم الالتزام بتطبيق خطوات غسيل اليدين الجراحي هو التقليد للجراحين الاختصاصيين في القسم
50	23	27	عدد الحالات
% 100	% 46	% 54	النسبة المئوية

يبين الجدول(3):

عدد أفراد العينة في قسم العمليات الجراحية الذين لا يلتزمون بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي هو 54% وذلك بسبب اعتقادهم بأن طريقة الأطباء الأخصائيين في القسم هي الطريقة الصحيحة. بينما يرى الباقي أن لا علاقة لهذا السبب بعدم الالتزام بتطبيق الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي.



الشكل رقم(3)

5. مناقشة نتائج البحث:

تبين من الدراسة الحالية من خلال ملاحظة الجدول رقم (1) نلاحظ أنّ نسبة 62 % لا يعلمون الخطوات الكاملة لغسيل اليدين الجراحي مع العلم بأنه في الجدول رقم(2) تبين ان هناك نسبة 74% من العينة تدرك أهمية غسل اليدين الجراحي بالشكل عقيم نظرا لأهميته في التخفيف من الانتانات المكتسبة في المشافي حيث أكدت دراسة أجريت في بريطانيا عام (2013) على الانتانات المكتسبة في المشافي (hospital-acquired infection) وأيدتها عدد من الأبحاث الأخرى بينت بأن معدل انتشار إنتان المشافي هو ضعفا معدل الحدوث بسبب ازدياد مدة إقامة المريض المصاب بالإنتان. و في المسح القومي للإنتان داخل المشافي عام 1980 في بريطانيا الذي أجري لانتشار الإنتان داخل المشافي و شمل 43 مشفى و 18163 مريض في انكلترا وويلز أظهرت النتائج أن 1,19% من المرضى أصيبوا بالإنتان وأن نصفهم قريبا" قد أصيبوا بالإنتان داخل المشفى بعد دخول المشفى(5,21).

في دراسة نشرت في دورية (SAYNIS) الأمريكية عام 2006 أن غسيل اليدين لا يفيد في التخلص من البكتيريا والفيروسات فحسب بل يساعد البعض لا شعورياً على التخلص من إحساسهم بالذنب وكان الغرض الأساسي للبحث هو معرفة الصلة بين النظافة البدنية والشعور الذي تجلى لدى الناس. يشير (2009) Nazarko إلى لأن الكادر الصحي غالباً ما يفشلون في ممارسة نظافة اليدين بسبب الانشغال و يشعرون أن نظافة اليدين تستغرق وقتاً طويلاً" بالإضافة إلى ذلك فإن الكثير منهم يعتقدون أنه يمكن استخدام القفازات كبديل عن غسيل اليدين(9,15).

لدى الإجابة على أسئلة الاستمارة لاستقصاء سبب عدم الالتزام تبين أن نسبة 54% لا يلتزمون بخطوات غسيل اليدين الجراحي بسبب اعتقادهم أنّ طريقة الجراحين الاختصاصيين هي الطريقة الصحيحة وهذا يتوافق مع دراسة أجرتها كلية التمريض في جامعة الملك فهد بن عبد العزيز في السعودية عام (2013) حول سبب عدمتقيد المرضين الجدد في هذه المهارة حيث بينت أن 60 % يهملون هذه المهارة بسبب عدم التزام العناصر القديمة بها بالشكل الصحيح أو الأكاديمي و 30 % يهملونها بسبب عدم إدراكهم بخطورة هذا الإجراء وبما له من فوائد وقائية لكثير من الأمراض و أظهرت دراسة في سيريلانكا عام (2009) أن 60% فقط من الأطباء يقومون بغسل الأيدي بشكل مناسب قبل دخول العمليات حيث عارضت هذه الدراسة نتائج دراستنا(20,27).

6.الاستنتاجات :

نستنتج ويمكن أن نستخلص من الدراسة السابقة ما يلي:

- 1- عدم التزام أكثر من 54% بالطريقة الأكاديمية والصحيحة لمهارة غسيل اليدين الجراحي حيث إنهم إما أن يتركوا بعض هذه الخطوات أو يستعملوا المعقمات التجارية عوضاً عن الغسيل أو إنهم لا يغسلون أيديهم أبداً .
- 2- تظهر الدراسة أن أكثر سبب لعدم الالتزام بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي هو الاعتقاد بعدم احتمالية حدوث إنتان جراحي للمريض.
- 3- نسبة 62 % من المساعدين في الأعمال الجراحية لا يعرفون الطريقة الصحيحة للخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي. 4- هناك عدم متابعة من قبل منسقي ضبط العدوى للالتزام بهذه السياسة.
- 5- نسبة كبيرة من 74% يدركون أهمية هذه الخطوة في الوقاية من الإنتان و بالرغم من ذلك لايقومون بهذه الخطوة بالشكل الصحيح وفقاً للسياسات العالمية.6- ضغط العمل وقلة الوقت تمنع الالتزام بالخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي.
- 7- نستنتج أيضاً أنه بالرغم من إدراك أهمية هذه الخطوة هناك نقص كبير في الانتباه لخطورة هذا الإهمال حيث تبين أن من أسباب عدم الالتزام الأخرى كانت وفقاً لترتيب النتائج: 1- التقليد الأعمى للأطباء الاختصاصيين. 2- عدم معرفة الخطوات الصحيحة لغسيل اليدين الجراحي. - الاعتقاد بأن ارتداء القفازات العقيمة تغني عن غسيل اليدين الجراحي. 4- تحسس بعض العناصر من البوفيدون و الصابون.

7.المراجع:

- 1.Haspel, J. (2010) “The impact of poor stock control” in Supply Chain DigitaAvailableat:<http://www.supplychaindigital.com/blogs/economics/impact-poor-stock-control>
- 2.Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS, 2005. Available at:www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/hsgl.pdf
- 3.Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to preventHIVinfection,2008.Availableat:www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/guidelinestraining.htm
- 4.Prüss-Ustun, A.; Rapiti, E.; Hutin, Y. 2003. Sharps injuries, Global burden of disease from sharps injuries to healthcare workers, Environmental Burden of disease series, No. 3, (World Health Organization, Geneva).
- 5.WHO: The Burden of health care-associated infection worldwide. A Summary. http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf
- 6.Practical guidelines for infection control in health care facilities. WHO 2004, Annex1:76–80
- 7.Wisniewski MF, Kim S, Trick WE, Welbel SF, Weinstein RA; Chicago Antimicrobial Resistance Project. Effect of education
- 8.Gould D, Drey N. Hand hygiene technique. Nurs Stand 2008;22:42–6.
- 9.Basurrah and T. Madani, “Hand washing and. gloving practice among health care workers in medical and surgical wards in a tertiary care centre in Riyadh, Saudi Arabia,” Scandinavian Journal ofInfectious Diseases, vol. 38, no. 8, pp. 620–624, 2006
- 10.World Health Organization.2002. Prevention of hospital acquired infections. A practical guide. Edited by Ducell, G, FabryJ, Nicoll L.
- 11.World Health Organization.(2009) WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First global safety challenge: clean care is safe care.
- 12.Larson E.1988.Acauselinkbetweenhandwashingand risk of infection? Examination of the evidence. Infect Control HospEpidemiol, 9:28–36
13. T. D.C. P. Gunasekara, B. P. Kudavidanage, M.K. Peelowattage, F. Meedin,L. D. Guruge, G. Nanayakkara,M. Nanayakkara,S.S.N. Fernando. (2009) Bacterial contamination of anaesthetsts hands, personal mobile phones and wrist watches used during theatre sessions. Sri Lankan Journal of Anaesthesiology 17(1): 11 –15
- 14.Kampf, G. & Loffler, H. 2010. ‘Hand disinfection in hospitals–benefits and risks’, Journal of the German Society of Dermatology 8:12, 978–983

- 15.Nazarko, L. 2009. ‘Potential pitfalls in adherence to hand washing in the community’, British Journal of Community Nursing 14:2, 64–68
- 16.Canham, L. 2011. ‘The first step in infection control is hand hygiene’, The Dental Assistant, 42–46
- 17.Mani, A., Shubangi, A.M. &Saini, R. 2010. ‘Hand hygiene among healthcare workers’, Indian Journal of Dental Research 21:1, 115–118
- 18.Kampf, G. & Loffler, H. 2010. ‘Hand disinfection in hospitals–benefits and risks’, Journal of the German Society of Dermatology 8:12, 978–983
19. K.M. ABD ELAZIZ, I.M. BAKR 2006.Assessment of knowledge, attitude and practice of hand washing among health care workers in Ain Shams University hospitals in Cairo.J PREV MED HYG 2009; 50: 19–25
- 20.Patarakul K, TanKhum A, Kanha S, Pandungpean D, Jaichaiyapum OO. Crosssectional survey of hand–hygiene compliance and attitudes of health care workers and isitors in the intensie care units at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Med Assoc Thai 2005;Suppl. 4:S287–93
- 21.MHJD Ariyaratne¹, TDCP Gunasekara¹, MM Weerasekara, J Kottahachchi, BP Kudavidanage, SSN Fernando(2013).Knowledge, attitudes and practices of hand hygiene among final year medical and nursing students at the University of Sri Jayewardenepura . Sri Lankan Journal of Infectious Diseases 2013 Vol.3(1);15–25
- 22.Mahadeo B Shinde¹, Vaishali R Mohite².2014. AStudy to AssessKnowledge, Attitude and Practices of Five Moments of Hand Hygiene among Nursing Staff and Students at a Tertiary Care Hospital at Karad.Volume 3 Issue 2, February

1. عدوان. خلدون (2009)مجلة الرأي الأردنية2009. العدد725،الصفحة17.
2. كتاب أساسيات التمريض2010.الجزء الأول. مقرر السنة الأولى.
3. منشورات وزارة الصحة2008.ضبط العدوى.غسيل اليدين.
4. ابراهيم. أمجد. 2007. مدى الالتزام بوسائل ضبط العدوى.
5. مجلة دراسات الخليج الطبية الكويتية.2013. العدد922/ص184.
6. خير الدين. محمد. 2000. الإحصاء الرياضي. طرق جمع البيانات.
7. عيد. ميخائيل.كتاب الجراثيم الطبية. جامعة دمشق/الطبعة1998.
8. داؤود. نسرين. 2011. كتاب الإدارة. بحث ضبط الجودة.
9. شاش. ديب. 2002. الطب الوقائي والمهني. جامعة دمشق/ الطبعة الرابعة.

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

د علي مزيد زريق *

ياسمين العبد *

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

الملخص:

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

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

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

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

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

Jasmine Oubiad Al Abd*

Dr. ali maziad zrek**

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

Abstract:

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

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

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

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

1. المقدمة:

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

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

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

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

2. أهمية البحث و أهدافه:

أهمية البحث:

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

هدف البحث:

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

3. طريقة البحث و مواده:

تصميم البحث:

تم اتباع منهج البحث الوصفي.

مكان وزمان البحث:

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

عينة البحث:

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

أدوات البحث:

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

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

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

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

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

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

وبناء على هذه النسبة يتم تحديد ثلاث مستويات للمعلومات كالآتي:

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

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

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

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

1. قبل تركيب القثطرة البولية وتضمنت (7 بنود)

2. وأثناء تركيب القثطرة البولية وتضمنت (14 بند)

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

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

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

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

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

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

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

طريقة البحث

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

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

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

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

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

4. النتائج:

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

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

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

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

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

#: أكثر من إجابة للخيار الواحد

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. المناقشة:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. الاستنتاجات والتوصيات

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

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

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

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

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

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

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

7. المراجع

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

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

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

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

مستوى الثقة التنظيمية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي لدى هيئة التمريض

د. ولاء هاشم اصبيره

زينب أديب حلوم

(الإيداع: 16 حزيران 2021 ، القبول: 23 شباط 2022)

الملخص:

هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الثقة التنظيمية لدى الهيئة التمريضية وتحديد العلاقة بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية. حيث تكونت العينة من (200) ممرضاً /ة من العاملين في مستشفى تشرين الجامعي، ممن تواجدوا أثناء فترة جمع البيانات (العينة المتاحة). استخدمت الباحثة استبيان لتقييم الثقة التنظيمية الذي تم استخدامه من قبل الباحثة خوين (2015) في دراستها عن الثقة التنظيمية، واستبيان لتقييم الالتزام التنظيمي الذي استخدمه الباحث سلمان (2013) في تقييمه للالتزام التنظيمي، لجمع البيانات المتعلقة بالدراسة، وبعد تدقيق البيانات تمت معالجتها إحصائياً وجداولتها باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار (20). كان من أهم نتائج الدراسة: أن مستوى الثقة التنظيمية للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) بشكل كلي كان متوسطاً، كما أن مستوى الالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) بشكل كلي كان متوسطاً، مع وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي.

الكلمات المفتاحية: الثقة التنظيمية، الالتزام التنظيمي، الهيئة التمريضية.

*طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم الإدارة في التمريض- كلية التمريض- جامعة تشرين- اللاذقية.
** أستاذ مساعد - قسم الإدارة في التمريض- كلية التمريض- جامعة تشرين- اللاذقية.

Level Of Organizational Confidence And Its Relationship To Organization Commitment Of The Nursing Staff

Zainab Adeb Halloum *

Dr. Walaa Hashem Sbiera *

(Received:16 june 2021,Accepted:23 February 2022)

Abstract:

The study aimed to identify level of organizational confidence of nursing staff and to determine the relationship between organizational confidence and the organizational commitment of the nursing staff at Tishreen University Hospital in Lattakia city. The sample consisted of (200) nurses working at Tishreen University Hospital, who were present during the data collection period (convenience sample). The researcher used a questionnaire to assess organizational confidence, which was used by the researcher Khwain (2015) in her study on organizational confidence, and a questionnaire to assess organizational commitment that was used by researcher Salman (2013) in his assess of the organizational commitment, to collect data related to the study, and after the data were unpacking, it was statistically processed and tabulated using the statistical program .(20) **SPSS** version

The most important results of the study were: The level of organizational confidence of the nursing staff (the study sample) as a whole was average, and the level of organizational commitment of the nursing staff (the study sample) as a whole was moderate, with a strong and statistically significant relationship between organizational confidence and organizational commitment.

Keywords: organizational confidence, organizational commitment, nursing staff.

*Assistant Professor – Department of Nursing Administration – faculty of Nursing – Tishreen University – Lattakia.

**Postgraduate student (MA) – Department of Nursing Administration – faculty of Nursing – Tishreen University – Lattakia.

1. المقدمة:

لقد أدت التغيرات السريعة التي تشهدها بيئة المنظمات في الوقت الحالي إلى ازدياد حدة المنافسة فيما بينها ما جعل المنظمات تسعى جاهدة إلى تسخير كل مواردها من أجل تعزيز قدراتها التنافسية التي تمكنها من البقاء □ السوق والاستمرارية، ومن بين هذه الموارد المورد البشري، الذي أضحي في ظل هذه التغيرات السريعة أحد أهم الموارد التي تعتمد عليها المنظمة. [1] لذلك حظي موضوع الثقة التنظيمية في الآونة الأخيرة باهتمام الكثير من الباحثين في الإدارة، على اعتبار أن الأفراد يلتزمون بالأهداف التنظيمية التي يتقنون بها، لدرجة أنهم يضحون من أجلها ويبدونها على أهدافهم الشخصية، في حين أنهم لا يهتمون بأهداف لا يتقنون بها، ولذلك تم اعتبارها سلاح قوي وهي أهم رأس مال اجتماعي حيث إن العجز في رأس المال هذا يعد أخطر من العجز في ميزان مدفوعات الدول. [2، 3]

يفترض **Paliszkievicz** (2011) أن تيارات البحث عن الثقة يمكن العثور عليها في مجالات علم النفس والفلسفة وعلم الاجتماع والاقتصاد والإدارة، ونتيجة لدراسة الثقة في تخصصات مختلفة، فقد توصل كل من التخصصات إلى مفاهيم وتعريفات فريدة خاصة بها، وحتى في إطار تخصصي معين، يمكن النظر إلى الثقة بشكل مختلف اعتماداً على الموقف والظروف، تعرّف بحسب **الختاتنة** (2009) بأنها "توقعات الأفراد أو الجماعات بأن نظام صنع القرار التنظيمية يمكن الاعتماد عليه في تحقيق نتائج مفضلة للأفراد أو الجماعات أو التنظيمات دون ممارسة أي تأثير على هذا النظام". [4، 5] من الجدير ذكره في هذا المقام أن دراسة الثقة أخذت تتطور على المستوى الفردي، والجماعي، والتنظيمي، نظراً لأهمية الثقة المتبادلة في تحسين العلاقات، وتبادل المعلومات، والأفكار المبدعة، والآراء، وقدرتها على تحقيق التكاتف والتعاقد لإنجاز الأهداف المشتركة، لقد أكد الكثير من الباحثين ومنهم **Damico** (2003) على أهمية بناء الثقة التنظيمية في المنظمات بين الأطراف المعنية (الأفراد والمنظمة) فهي عامل مهم في تحقيق التكامل للمنظمة و مفتاح رئيسي متوقع للسلوك الشخصي، وبحسب **الطائي** (2007) فإنه يوجد للثقة التنظيمية تأثير كبير على مخرجات العمل داخل المنظمة، وكل من الأداء وسلوك المواطنة التنظيمية. [6، 7]

في الإطار نفسه يُعتقد أن الثقة والإنتاجية تسيران في خط واحد، وأن التعامل القائم على الثقة المتبادلة بين الموظفين والتنظيم يخلق في نفس الموظف دافعاً قوياً نحو العمل، يظهر أثره في حسن الأداء وزيادة الإنتاجية والعمل بروح الجماعة، علاوة على ذلك إن الموظفين الذين يتمتعون بمستويات عالية من الثقة التنظيمية، يكونوا أكثر إبداعاً، ويؤدون سلوكيات إيجابية للمنظمة. بالإضافة إلى ذلك، فإنها تعزز الرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي وإنتاجية الموظفين، وتعزز التعاون والتواصل الفعال وتبادل المعلومات، ويمكن أن تعوض عن القدرات المحدودة للموظفين، فكلما تزايدت ثقة الموظفين في قادتهم أصبحت المنظمة أكثر قدرة على التعامل مع الضغوط التي تواجهها داخل المنظمة وخارجها. [8، 9، 10]

تعددت الدراسات التي تناولت أبعاد الثقة التنظيمية، ولكن معظمها ركز على ثلاثة أبعادٍ حظيت قبولا لدى أكثر الباحثين، كما تم اعتمادها في الكثير من الدراسات نذكر منها دراسة **عطية** (2016) والتي اعتمد فيها الأبعاد التالية وهي: **الثقة في المشرفين**: والتي تتمثل بالتوقعات الإيجابية الواثقة للمرؤوسين اتجاه مشرفهم في العمل (الرئيس المباشر) وفقاً للعلاقات المتبادلة بين الطرفين، **الثقة بإدارة المنظمة**: هي توقعات إيجابية من قبل الموظفين بخصوص تصرف وسلوك الإدارة العليا والنية والرغبة للثقة بأقوالهم وأفعالهم، أما **الثقة في زملاء العمل**: فهي العلاقات التعاونية المتبادلة والميل للموقف الإيجابي بين الأفراد الموظفين من حيث الاعتماد المتبادل المشترك في الأفكار والمعلومات والاتصالات المفتوحة بين جميع الأطراف وذلك بما يساهم في تحقيق الأهداف والغايات المشتركة، وبالنسبة إلى **Sulivan et al.** (2017) فقد حددوا أبعاداً أخرى للثقة التنظيمية وهي: الصدق والإخلاص، تدني مستوى الحذر، تدني مستوى الشك، الرغبة في العلاقات الجيدة، الإيمان بعدالة السلطة، وتوقع العلاقات الجيدة، والانسجام مع الآخرين. [11، 12]

يرى **زايد** (2009) أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى نشوء الأزمات في المنظمة هو انعدام الثقة، لأن تدهور ونقص الثقة التنظيمية لدى العاملين في المنظمة ينعكس بدوره على الالتزام التنظيمي لأنهما أمران متلازمان، مما يجعل العاملين بلا قيمة ويفضلون مصالحهم الشخصية على مصالح المنظمة، ومن ثم انخفاض التزامهم وولائهم لها، وهذا بدوره ينعكس على كفاءة وفعالية المنظمة وفشلها في تحقيق أهدافها. [13]

بالنظر إلى الالتزام التنظيمي فهو يعدُّ من المفاهيم الراسخة في العلوم الإدارية والسلوكية، وقد انبثق أساساً من خلال الدراسات التي كانت تحاول استكشاف طبيعة الارتباط بين الموظف والمنظمة، كما أصبح يعوّل عليه كثيراً للارتقاء بمستوى أداء المنظمة والموظفين، فهو يعدُّ من المتغيرات التي لفتت الكثير من الباحثين في مجال السلوك التنظيمي، إذ يعتبر من أبرز

المتغيرات السلوكية التي تناولتها الدراسات والأبحاث العربية والغربية نتيجة تطور الفكر الإداري، فمنذ ستينيات القرن الماضي بدأ الباحثون بتناول هذا الموضوع إلى أن تناوله فيما بعد العديد من الباحثين بشيء من التفصيل، ولا زال إلى يومنا هذا موضوع اهتمام وبحث لما أثبتته من أهمية وأهمية نتائجه على المنظمة. [14، 15]

تأتي أهمية الالتزام التنظيمي من ارتباطه بمجموعة من المخرجات المهمة والتي يأتي في مقدمتها الأداء الوظيفي، والسلوك الاجتماعي داخل الوظيفة، والاتجاهات الإيجابية نحو العمل إضافة إلى المبادرة والإبداع، كما يمكن الاعتماد عليها كمؤشر للتنبؤ بمستويات معدل دوران العمل وتغيب الموظفين، إضافة لذلك أكد كل من **Mirza & Reduzuan** (2012) وجود علاقة إيجابية مهمة بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي، فالثقة التنظيمية هي شعور عام بالثقة في المنظمة بينما الالتزام التنظيمي هو سلسلة من السلوكيات التي يُظهرها الموظف بعد إنشاء الثقة التنظيمية. وهذا يعني أن الثقة التنظيمية تشير إلى الأفكار بينما يشير الالتزام التنظيمي إلى العمل. [16، 17]

تعددت التعاريف التي تناولت مفهوم الالتزام التنظيمي، ويعود ذلك إلى تعدد المداخل الفكرية لأصحابها، حيث تمّ النظر إلى الالتزام التنظيمي من منظور نفسي على أنه "توجه يتسم بالفعالية والإيجابية نحو المنظمة". ومن المنظور السلوكي فقد اعتقد أنه "اتجاه الموظف نحو تحديد أكبر مجموعة من نواياه السلوكية تجاه المنظمة". ومن المنظور القيمي فيدل على "قوة إيمان الموظف وقبوله بأهداف المنظمة وقيمتها والرغبة في بذل قصارى الجهود لصلها والمحافظة على عضويتها". [18، 19، 20]

الالتزام التنظيمي هو بناء متعدد الأبعاد، فقد حدّد **Meyer & Allen** (1991) ثلاثة أنواع من الالتزام وهي: الالتزام الشعوري، والالتزام المستمر، والالتزام المعياري، يشير الالتزام الشعوري: إلى "الارتباط النفسي بالمنظمة، حيث يبقى الموظفون ذوو الالتزام الشعوري القوي في منظماتهم لأنهم يريدون ذلك"، ويشير الالتزام المستمر إلى "التكاليف المرتبطة بمغادرة المنظمة، حيث يبقى الموظفون الذين لديهم التزام قوي ومستمر لأنهم بحاجة إلى القيام بذلك"، يشير الالتزام المعياري إلى "الالتزام المتصور بالبقاء مع المنظمة، حيث يبقى الموظفون ذوو الالتزام المعياري العالي لأنهم يشعرون أنه يجب عليهم ذلك"، كما أشار العبيدي (2012) إلى وجود أبعاد أخرى للالتزام وهي: الولاء للمنظمة، المسؤولية، الإيمان بالمنظمة، والرغبة في الاستمرار بها. [21، 22]

الدراسات السابقة:

دراسة **Wilkins** (2000) والتي هدفت إلى فحص الآثار المترتبة على الثقة التنظيمية والتمكين من أداء الأدوار على نوعين من أنواع الالتزام التنظيمي للممرضات العاملات في المستشفيات الكندية، تكوّنت العينة من (412) ممرضة، وتوصّلت الدراسة إلى أنه كلما زادت الصلاحيات المفوضة للممرضة كلما زادت الثقة التنظيمية وبالتالي زاد الالتزام الشعوري بعملها. [23]

دراسة **Nasiripour et al.** (2015) فقد جاءت بغرض استكشاف العلاقة بين الالتزام التنظيمي للممرضات وجودة الخدمات المقدمة في المستشفيات التابعة لمنظمة الضمان الاجتماعي بطهران في الجمهورية الإسلامية الإيرانية، كانت هذه الدراسة عبارة عن مسح مقطعي وتمّ اختيار مجموعة تكونت من (149) ممرضا و(237) مريضا من أقسام المرضى الداخليين في المستشفيات التابعة لمنظمة الضمان الاجتماعي بطهران من خلال أخذ العينات العنقودية، ولجمع البيانات تمّ استخدام أداتين، هما استبيان الالتزام التنظيمي، واستبيان جودة الخدمة، تبين وجود ارتباط بشكل كبير بين الالتزام التنظيمي بشكل كلي وجودة الخدمة الإجمالية. [24]

كما قامت **Saad & Abd Rabou** (2016) بدراسة عن "العلاقة بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي بين الممرضين بأبعاده الثلاثة (الالتزام الشعوري، الالتزام المستمر، والالتزام المعياري)"، شملت العينة (98) ممرضا مديرا لدى مستشفيات جامعة عين شمس في جمهورية مصر العربية، كشفت النتائج وجود علاقة إحصائية إيجابية بين الثقة التنظيمية والأبعاد الثلاثة للالتزام التنظيمي. [25]

قام **Nagheh et al.** (2017) بدراسة عن "العلاقة بين الالتزام التنظيمي وسلوك الرعاية التمريضية للممرضات العاملات في المستشفيات التابعة لجامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية في طهران في الجمهورية الإسلامية الإيرانية". شملت العينة

(322) ممرضة تم اختيارها عشوائياً. أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي كبير بين الالتزام التنظيمي وسلوك الرعاية التمريضية. [26]

في دراسة أجرتها أصبيرة (2019) حول "العلاقة بين الالتزام التنظيمي والرضا الوظيفي للكادر التمريضي في مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية في الجمهورية العربية السورية"، شملت العينة (225) ممرضة من الموظفين في المستشفى تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة، استخدمت الباحثة أداتين لجمع البيانات، وهما استبيان الالتزام التنظيمي والرضا الوظيفي، وقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى كلاً من الالتزام التنظيمي والرضا الوظيفي للكادر التمريضي كان متوسطاً بشكل عام، مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الالتزام التنظيمي للكادر التمريضي العامل في المستشفى ورضاهم الوظيفي. [27]

مشكلة الدراسة وأهميتها:

تشهد المنظمات المعاصرة في الوقت الراهن متغيرات عديدة عالمية ومحلية، وللتكيف مع هذه المتغيرات المعقدة والمتشابكة، لما تسببه من آثار سلبية على المنظمات بشكل عام، فلا بُد من الاهتمام بالموارد البشري على اعتباره أحد أهم الموارد المتوفرة في المنظمات ومصدراً لقدرتها التنافسية، وفي ظل التغيرات العديدة التي حلت بالقطاع الصحي في الفترات الأخيرة والتي أدت لتحديات كثيرة في المستشفيات، منها تراجع مستوى الثقة بإدارة المستشفى بسبب إهمال حقوق الممرضين وعدم الدفاع عنها، وعدم النظر إلى الجوانب الإيجابية في شخصية الممرضين، والتحيز في تقديم المساعدة لهم، وعدم الأخذ بعين الاعتبار لمصالحهم عند اتخاذ القرار، وعدم تنفيذ الوعود التي تعد بها الإدارة الممرضين، ووجود خلل في التواصل معهم، ومع تراجع مستوى الثقة بالمدراء بسبب عدم تقديمهم العون للممرضين بعيداً عن الدافع المادي أو المعنوي، وعدم الاهتمام بمشاكل الممرضين، وعدم دعمهم للمبادئ الشخصية للممرضين، وعدم السعي لتعزيز نقاط القوة لدى جميع الممرضين، وكما تراجع مستوى الثقة بزلاء العمل بسبب تفضيلهم المصلحة الشخصية في علاقاتهم مع زملائهم، وعدم وجود الصراحة مع الآخرين، وعدم تقديم العون إلا لدافع الكسب المادي أو المعنوي، وهذا ما أدى إلى ضعف في التزام الممرضين، وبالتالي تدني مستوى جودة وكفاءة الخدمات المقدمة، والكثير من النتائج السلبية في المستشفيات، فهذا من شأنه إلقاء الضوء على أهمية كلاً من الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي في بيئات العمل المختلفة وبشكل خاص المستشفيات، فقد كان من الضروري إجراء الدراسة الحالية لمعرفة العلاقة بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية العاملة في مستشفى تشرين الجامعي، نظراً لما تحققة الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي من تأثيرات إيجابية هامة للأفراد والمنظمات على حدٍ سواء، فيتوجب على المنظمات الصحية الاهتمام بكفاءة كافة الجوانب الاجتماعية والنفسية للأفراد الموظفين والتي تجعلهم يتعاملوا بثقة ويلتزموا تجاهها.

2. هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تحديد علاقة الثقة التنظيمية بالالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي. ويتفرع منه الأهداف الفرعية التالية:

1. تحديد مستوى الثقة التنظيمية للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي.
2. تحديد مستوى الالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي.

فرضيات الدراسة:

– لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي.

3. مواد وطرق الدراسة:

أ- تصميم الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

ب- حدود الدراسة:

– الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة في جميع أقسام مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية.

–الحدود الزمانية: أجريت هذه الدراسة في الفترة الزمنية الممتدة بين 2020 /6 /2 – 2020 /12 /2.

ت-مجتمع وعينة الدراسة: تكوّن مجتمع الدراسة من جميع الممرّضين العاملين في مستشفى تشرين الجامعي وعددهم (400) ممرضاً / ة، أمّا عينة الدراسة فشملت 50 % من مجتمع الدراسة ممّن كانوا متواجدين أثناء جمع بيانات الدراسة ووافقوا على المشاركة فيها (طوّقت العينة المتاحة).

ث-أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة أداة الاستبانة لجمع بيانات الدراسة، [28، 29] حيث تكوّنت من قسمين، القسم الأول يحتوي على البيانات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات (القسم، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة في التمريض، سنوات العمل في القسم الحالي). القسم الثاني وتكوّن من جزأين: الجزء الأول: استخدمت الباحثة استبيان لقياس مستوى الثقة التنظيمية، حيث تمّ اعتماد المقياس الذي تمّ استخدامه من قبل الباحثة خوين (2015) عن الثقة التنظيمية، المكوّن من (27) عبارة مقسّمة على الأبعاد الثلاثة للثقة التنظيمية وهي: الثقة بالرؤساء المباشرين (9) عبارات، الثقة بالزملاء (9) عبارات، الثقة بالإدارة العليا (9) عبارات، الجزء الثاني: تمّ استخدام استبيان لقياس مستوى الالتزام التنظيمي، حيث تمّ اعتماد المقياس الذي استخدمه الباحث سلمان (2013) في تقييمه للالتزام التنظيمي، والمكوّن من (15) عبارة، مقسّمة على الأبعاد الثلاثة للالتزام التنظيمي وهي: الالتزام الشعوري (5) عبارات، الالتزام المعياري (5) عبارات، الالتزام المستمر (5) عبارات، وسجّلت الإجابات على مقياس ليكرت الخماسي، حيث أعطيت لكل عبارة من عبارات الاستبيان وزناً مدرجاً وفق مقياس ليكرت الخماسي لتقدير أهمية العبارة كالتالي: لا أوافق بشدّة (1)، لا أوافق (2)، محايد (3)، أوافق (4)، أوافق بشدّة (5)، وبالتّزامن مع جمع البيانات فرغت البيانات بإشراف إحصائي متخصص حيث تمّ تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social SPSS science) الإصدار (20)، واستخدمت اختبارات الإحصاء الحيويّ التالية: التكرار، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، واستخدمت اختبار ANOVA لإيجاد العلاقة بين المتوسطات الحسابية لمتغيرات الدراسة، وتمّ تحديد المستوى لكلّ من الثقة التنظيمية، والالتزام التنظيمي وفق المتوسط الحسابي بالمستويات التالية: من 1_2.33 مستوى ضعيف، أكثر من 2.33-3.66 مستوى متوسط، أكثر من 3.66-4.99 مستوى جيّد.

4. النتائج والمناقشة:

لتحقيق هدف الدراسة تمّ جمع البيانات ومعالجتها إحصائياً، وتمّ عرض النتائج وفق الجداول التالية:

الجدول رقم (1): البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة:

النسبة المئوية (%)	التكرار (N)	الفئة	البيانات الديموغرافية
31.0	62	الجراحة	1. القسم*:
32.0	64	داخلية	
29.0	58	عناية وإسعاف	
8.0	16	أشعة ومخابر	
10.5	21	ذكر	2. الجنس:
89.5	179	أنثى	
1.0	2	أقل من 20 سنة	3. العمر:

36.5	73	من 20-30 سنة	
29.5	59	أكثر من 30 – 40 سنة	
24.0	48	أكثر من 40-50 سنة	
9.0	18	أكثر من 50 سنة	
25.5	51	عازب/ة	4. الحالة الاجتماعية:
72.0	144	متزوج/ة	
2.5	5	مطلق/ة	
4.5	9	مدرسة تمريض بعد الشهادة الإعدادية	5. المؤهل العلمي:
45.0	90	مدرسة تمريض بعد الشهادة الثانوية	
47.5	95	معهد	
2.5	5	إجازة في التمريض	
0.50	1	دراسات عليا	
15.5	31	تحت 5 سنوات	
25.0	50	من 5-10 سنوات	6. عدد سنوات الخبرة في التمريض:
59.5	119	فوق 10 سنوات	
33.5	67	أقل من 5 سنوات	
22.0	44	من 5-10 سنوات	7. عدد سنوات العمل في القسم الحالي:
44.5	89	أكثر من 10 سنوات	

*تم تبويب الأقسام تحت (4) أقسام عامة.

يُظهر الجدول (1) أنّ ثلث الممرّضين تقريباً يعملوا في قسم الداخليّة حيث بلغت النسبة (32%)، كما أنّ معظم الممرّضين كانوا إناثاً حيث بلغت نسبتهم ما يقارب (90%) من الممرّضين، أمّا بالنسبة لمتغير العمر فإنّ أكثر من ثلث الممرّضين (36.5%) بلغت أعمارهم من (20-30) سنة، وبالنظر إلى الحالة الاجتماعية حوالي ثلاثة أرباع الممرّضين متزوجين (72%)، بالنسبة إلى المؤهل العلمي فقد لوحظ أنّ أقل من نصف الممرّضين بقليل قد حصلوا على شهادة معهد (48%)، في حين تجاوزت سنوات الخبرة في التمريض أكثر من (10) سنوات لأكثر من نصف الممرّضين حيث بلغوا ما يقارب (60%)، وبالنظر إلى عدد سنوات الخبرة في القسم الحالي فقد تمثلت ب (44.5%) من الممرّضين ممّن لديهم خبرة أكثر من (10) سنوات.

الجدول رقم (2): تقييم مستوى الثقة التنظيمية للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي:

هيئة التمريض العدد الكلي 200													
المستوى	SD	M	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة		البعد
			%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
متوسط	1.50	3.30	19	38	16.5	33	6.5	13	34	68	24	48	الثقة بالمشرفين
جيد	1.10	4.13	2.5	5	11	22	4	8	35.5	71	46.5	93	الثقة بالزملاء
ضعيف	1.20	2.31	38	76	24.5	49	13.5	27	18	36	7	14	الثقة بالإدارة
متوسط	1.30	3.30	20	40	17.5	35	8	16	29	58	26	52	الثقة الكلية

يوضح الجدول (2) أن مستوى بُعد الثقة بالمشرفين (بُعد من أبعاد الثقة التنظيمية) للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) كان متوسطاً بشكل عام بمتوسط حسابي قدره (3.30%)، وأن مستوى بُعد الثقة بالزملاء (بُعد من أبعاد الثقة التنظيمية) للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) كان جيداً بشكل عام بمتوسط حسابي قدره (4.13%)، كما أن مستوى بُعد الثقة بالإدارة (بُعد من أبعاد الثقة التنظيمية) للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) كان ضعيفاً بشكل عام حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.31%)، بالإضافة لهذا فإن مستوى الثقة التنظيمية للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) بشكل كلي كان متوسطاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.30%)، وهذا لا يتفق مع دراسة عبد الخير وياكر (2018) والتي بينت أن مستوى الثقة التنظيمية بشكل كلي كان بمستوى ضعيف، فقد كان مستوى بُعد الثقة بالمشرفين ضعيفاً، وكذلك كان مستوى بُعد الثقة بالزملاء فقد كان مستواه ضعيفاً، وبالنسبة لمستوى الثقة بالإدارة فقد كان متوسطاً، وكذلك لم تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة Altuntas & Baykal (2010) والتي أعدت في مستشفيات إسطنبول، في الجمهورية التركية، ودراسة Attalla & Abdallah (2019) في مستشفى جامعة الاسكندرية الرئيسي، في جمهورية مصر العربية، فقد توصلت الدراستان إلى أن مستوى الثقة التنظيمية مرتفع بشكل كلي. [30، 31، 32] قد يرجع المستوى المتوسط للثقة بالمشرفين في الدراسة الحالية إلى وجود بعض المشرفين المؤهلين علمياً وعملياً، والأكفاء في أداء الأعمال، وكذلك احترامهم الممرضين وتعاونهم معهم، وتقديم الدعم والتشجيع لهم أثناء القيام بالعمل، فكل هذه الأمور من شأنها أن تزيد مستوى الثقة بالمشرفين، أما بالنسبة إلى المستوى الجيد للثقة بزملاء العمل فقد يعود إلى المودة والاحترام في العلاقة بين زملاء العمل، بالإضافة إلى قضاء وقت طويل في العمل، ما أدى إلى جعل الممرضين كعائلة واحدة وبالتالي زيادة مستوى الثقة بين الزملاء، وبالانتقال إلى الثقة بالإدارة فقد يرجع السبب في ضعف مستواها إلى التحيز وغياب الشفافية، والموضوعية، وغياب التعاون، بين الإدارة والممرضين، بالإضافة إلى قلة الاهتمام بالشكاوي المقدمة من قبل الممرضين.

الجدول رقم (3): تقييم مستوى الالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي:

هيئة التمريض العدد الكلي 200													
المستوى	SD	M	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة		البعد
			%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
متوسط	1.52	3.44	20	40	10	20	7.5	15	30	60	32.5	65	الالتزام الشعوري
متوسط	1.60	3.20	26	52	14	28	4.5	9	26.5	53	29	58	الالتزام المعياري
متوسط	1.50	3.40	19.5	39	13.5	27	4.5	9	36	72	26.5	53	الالتزام المستمر
متوسط	1.54	3.40	65.5	131	37.5	75	16.5	33	92.5	185	88	176	الالتزام الكلي

يُظهر الجدول (3) مستوى بُعد الالتزام الشعوري (بُعد من أبعاد الالتزام التنظيمي) للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) كان متوسطاً بشكل عام فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.44%)، وأن مستوى بُعد الالتزام المعياري (بُعد من أبعاد الالتزام التنظيمي) للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) كان متوسطاً بشكل عام فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.20%)، وأن مستوى بُعد الالتزام المستمر (بُعد من أبعاد الالتزام التنظيمي) للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) كان متوسطاً بشكل عام فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.40%)، بالإضافة لهذا فإن مستوى الالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) بشكل كلي كان متوسطاً بشكل عام فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.40%). وهذا لا يتفق مع دراسة عليان (2016) والتي أشارت إلى أن الالتزام التنظيمي بأبعاده الثلاثة لدى الممرضين في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة في فلسطين كان في مستوى مرتفع، كما لا يتفق مع دراسة زروقي (2015) والتي بينت أن الالتزام التنظيمي بأبعاده الثلاثة لدى الممرضين في مستشفى سليمان عميرات في ولاية تفرت في الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية كان في مستوى مرتفع، كما لا يتفق مع دراسة Omar et al. (2016) والتي بينت أن الالتزام التنظيمي للممرضات بأبعاده الثلاثة في مستشفيات في محافظة البحيرة في جمهورية مصر العربية كان في مستوى منخفض. [33، 34، 35] قد يرجع السبب في المستوى المتوسط للالتزام التنظيمي بشكل كلي في الدراسة الحالية إلى وجود الأخلاق العالية لدى الممرضين والتي عززت الالتزام التنظيمي لديهم، بالإضافة إلى قضاء وقت طويل مع الزملاء في العمل ما أدى إلى جعل الممرضين كعائلة واحدة، أو بسبب قلة فرص العمل المتاحة للممرضين، وكذلك فإن الفوائد التي يحصل عليها الممرضون هي أحد الأسباب الرئيسية لتمسكهم بالمستشفى، ورغبتهم بالبقاء فيها، وشعورهم بالانتماء لها، بالرغم من ضعف مستوى ثقتهم بالإدارة، إلا أن ذلك لم يؤثر على التزامهم التنظيمي.

الجدول رقم (4): العلاقة بين الثقة التنظيمية، والالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية في مستشفى تشرين الجامعي:

العلاقة بين المتغيرات	قيمة F One Way- ANOVA	الأهمية Significance	الدالة الإحصائية
العلاقة بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي	2.626	0.000	الدالة ذات دلالة إحصائية وبدرجة كبيرة

يوضح الجدول (4) أنه يوجد علاقة قوية وذات دلالة إحصائية بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي، عند مستوى الدلالة (Sig=0.000)، بالتالي تُرفض الفرضية الصفرية (فرضية الدراسة)، وهذا يتفق مع دراسة Saad& Abd Rabou (2016) والتي كشفت النتائج وجود ترابط إيجابي هام للغاية من الناحية الإحصائية بين الثقة التنظيمية والأبعاد الثلاثة للالتزام التنظيمي للممرضين في جامعة عين شمس في جمهورية مصر العربية. [25] مما يدل على أهمية الثقة التنظيمية لدى هيئة التمريض وتأثيرها الإيجابي على التزامهم التنظيمي، والعكس صحيح فضعف الثقة التنظيمية قد يزيد رغبة الممرضين في ترك العمل، ويقلل مستوى التزامهم التنظيمي، لذلك يجب على إدارة المستشفى بكل مستوياتها أن تعمل على زيادة ثقة الممرضين بها، وذلك من خلال الموضوعية في أداء الإدارة والمشرفين، وتعزيز التواصل الفعال، والتعاون في علاقات العمل، بالإضافة إلى دعم الممرضين وإظهار الاحترام لهم.

5.5. الاستنتاجات والتوصيات:

أولاً: الاستنتاجات: أهم نتائج الدراسة:

1. مستوى الثقة التنظيمية للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) بشكل كلي كان متوسطاً، حيث كان مستوى بُعد الثقة بالإدارة ضعيفاً، وبالنسبة لمستوى الثقة بالمشرفين فقد كان متوسطاً، أما مستوى بُعد الثقة بالزملاء فقد كان مستواه جيداً.
2. مستوى الالتزام التنظيمي للهيئة التمريضية (عينة الدراسة) بشكل كلي كان متوسطاً، حيث كان مستوى كلاً من مستوى بُعد الالتزام الشعوري، والالتزام المعياري، والالتزام المستمر، متوسطاً.
3. وجود علاقة قوية وذات دلالة إحصائية بين الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي.

ثانياً: التّوصيات: بناءً على نتائج الدّراسة الحاليّة وضعت التّوصيات التّالية:

يتوجّب على إدارة المُستشفى:

1. توفيرُ تقنيّاتٍ حديثةٍ ومتطوّرةٍ في بيئة العمل، وإلقاء الضوء على النّقاط السلبية في بيئة العمل، وبالتالي العملُ على حلّها بشكلٍ مباشر .
2. إتاحة المجال أمام الممرّضين للتطوير الذاتي للمهارات الشخصية.
3. إجراء دوراتٍ تدريبيةٍ وتعليميةٍ بشكلٍ مستمرٍ للممرّضين.
4. بناء ثقافة الالتزام وذلك من خلال الاهتمام بالممارسات والإجراءات التّظيمية المقدّمة، والتّعريف بقيم وأهداف المنظمة، وتقديم المزيد من المكافآت والحوافز والترقيات متناسبة مع إنجازات وإسهامات الممرّضين، والاعتراف بالجهود والتّضحيات المقدّمة من قبل الممرّضين، فهذا من شأنه زيادة ارتباط الممرّضين بالمستشفى.
5. القيام بالعديد من الدّراسات التي تلقي الضوء على: علاقة النّقة التّظيمية بالالتزام التّظيمي للهيئة التّمريضية.

6.المراجع:

1. قعودة، نصر الدين (2020). أثر مستوى الالتزام التنظيمي في الحد من نية ترك العمل بين الموظفين: دراسة حالة في مديرية توزيع الكهرباء والغاز بباتنة في جمهورية الجزائر الديمقراطية الشعبية. مجلة نماء للتجارة والاقتصاد، 4 (1): 43.
2. إبراهيم، منى (2013). درجة ممارسة مديري المدارس الثانوية الخاصة في محافظة عمان للقيادة الخدمية وعلاقتها بمستوى الثقة التنظيمية السائدة في مدارسهم من وجهة نظر المعلمين. رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ص: 37.
3. الوادي، محمد (2012). التمكين الإداري في العصر الحديث. الطبعة الأولى، دار الحميد للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ص: 85-86.
4. الختاتنة، رامي (2009). أثر الصمت التنظيمي على الثقة التنظيمية للعاملين في المؤسسات العامة الأردنية. رسالة ماجستير، قسم الإدارة العامة، كلية العلوم الإدارية، جامعة مؤتة، المملكة الأردنية الهاشمية، ص: 1-115.
5. الطائي، رنا (2007). أنماط القيادة والثقة التنظيمية وأثرها في تحقيق الالتزام التنظيمي: دراسة تحليلية تشخيصية لآراء عينة من المديرين في شركات القطاع الصناعي المختلط. رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، ص: 64.
6. الصقير، عبد المحسن (2014). ممارسة مديري مدارس التعليم العام بمنطقة القصيم للصلاحيات الإدارية الممنوحة وعلاقتها بالثقة التنظيمية من وجهة نظر المعلمين والمديرين ووكلائهم. رسالة ماجستير، قسم الإدارة التربوية والتخطيط، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية، ص: 5.
7. عطية، عون (2016). الثقة التنظيمية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي للعاملين في الحماية المدنية بولاية الجلفة. رسالة ماجستير، قسم علم النفس التنظيمي والعمل، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، ص: 10.
8. زايد، فهد (2009). المهارات الشخصية في حل النزاعات والخلافات بين الأفراد والجماعات. الطبعة الأولى، دار النفائس للنشر والتوزيع، المملكة الأردنية الهاشمية، ص: 205.
9. رشيد، مازن (2004). الدعم التنظيمي المتصور والأبعاد المتعددة للولاء التنظيمي. المجلة العربية للعلوم الإدارية، 11 (1): 12.

10. أبو جاسر، صابرين (2010). أثر تصور الموظفين للعدالة التنظيمية على أبعاد الأداء السياقي: دراسة تطبيقية على موظفي وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية. رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، ص: 2.
11. حنون، سامي (2006). قياس مستوى الالتزام التنظيمي للعاملين في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة. رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، ص: 15.
12. الغامدي، سعد (2009). النمط القيادي لمديري المدارس وأثره على الالتزام التنظيمي للمعلمين بالمدارس الثانوية الحكومية بمحافظة جدة باستخدام نظرية الشبكة الإدارية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، ص: 56.
13. العبيدي، نداء (2012). أثر العدالة التنظيمية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي: دراسة ميدانية في وزارة التعليم العالي والبحث العلمي في جمهورية العراق. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، 8 (24): 84.
14. اصبيره، ولاء (2019). العلاقة بين الولاء التنظيمي والرضا الوظيفي لكادر التمريض في مستشفى تشرين الجامعي. مجلة جامعة تشرين للعلوم الصحية، 41 (5): 313-327.
15. خوين، سندس (2015). الثقة التنظيمية وأثرها في تحقيق الالتزام بين الأفراد: بحث تطبيقي في شركة بغداد للمشروبات الغازية. مجلة كلية الرافدين الجامعية للعلوم، 35: 123-126.
16. سلمان، هادي (2013). دور أساليب القيادة المعاصرة في تحقيق الالتزام التنظيمي: دراسة تحليلية لآراء عينة من القيادات الادارية العليا في الشركات الصناعية العراقية. أطروحة دكتوراه، قسم الإدارة العامة، جامعة سانت كليمنتس العالمية، ص: 160-162.
17. عبد الخير، فرح و بابكر، مأمون (2018). أثر الثقة التنظيمية والالتزام التنظيمي لدى العاملات بوزارة الزراعة والغابات والري بولاية القضايف. مجلة الجزيرة للعلوم الاقتصادية والاجتماعية، 9 (2).
18. عليان، محمد (2016). العدالة التنظيمية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي: دراسة ميدانية على طاقم التمريض في المستشفيات الحكومية في محافظة غزة. رسالة ماجستير، قسم إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، محافظة غزة، ص: 1-171.
19. زروقي، خولة (2015). تصور العدالة التنظيمية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي لمرضات مستشفى سليمان العمارات في تكريت: دراسة ميدانية. رسالة ماجستير، قسم علم النفس والعلوم التربوية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح وورقلة، ص: 1-40.

1.Mirza, M., and Reduzuan, M., (2012). *The Relationship Between Principle Leadership Styles and Teachers Organizational Trust and Commitment*. Life Science Journal, 9(3): 1356–1362.

2.Paliszkiewicz, J., (2011). *Inter – Organizational Trust: Conceptualization and Measurement*. International Journal of Performance Measurement, 1:17.

3.Damico, L., (2003). *Examine Determinants Management of Trust: Evidence from A Laboratory Experiment*. Paper Presented at The National Public Administration in Research Conference Washington, pp: 5.

4. Altinkurt, Y., and Yilmaz, K., (2013). *Relationship Between Management by Values, Organizational Justice, and Job Satisfaction in Secondary Schools*. Sakarya University Journal of Education, 2(2): 65–79.
5. Freund, R., (2014). *Determining the Effects of Employee Trust on Organizational Commitment*. PhD Thesis, Pepperdine University, California, U.S.A.
6. Sullivan, J., Peterson, R., Kameda, N., and Shimada, J., (2017). *The relationship between conflict resolution approaches and trust: across cultural study*. Academy of management journal, 24(4): 508.
7. Suliman, A., and Iles, P., (2001). *Is Continuance Commitment Beneficial To Organization: Commitment–Performance Relationship*. Journal of Managerial Psychology, 15(5): 408.
8. Kiesler, C., (1991). *The Psychology of Commitment Experiments Linking Behavior to Belief*. Academic Press, New York, pp: 13.
9. Meyer, J., and Allen, N., (1991). *A Three–Component Conceptualization of Organizational Commitment*. Human Resource Management Review, 1(1): 61–89.
10. Wilkins, W., (2000). *The Effect of The Organizational Trust and Empowerment in Restricted Healthcare on Commitment*. The Journal of Nursing Administration, 30(9): 413–425.
11. Nasiripour, A., Raeissi, P., Omrani, A., Khosravizadeh, O., and Alirezai, A., (2015). *The Relationship Between Nurses' Organizational Commitment and Services Quality*. Client Centered Nursing Care, 1(3): 133–138.
12. Saad, N., and Abd Rabou, H. (2016). *Organization Trust and Commitment Among Nurse Managers*. 2nd International Conference on Gynecology & Obstetrics, San Antonio, USA, pp: 1– 12.
13. Naghneh, M., Tafreshi, M., Naderi, N., Bolourchifard, F., and Goyaghaj, N., (2017). *The Relationship Between Organizational Commitment and Nursing Care Behavior*. Journal of Electronic Physician, 9(7): 4835– 4840.
14. Altuntas, S., and Baykal, U., (2010). *Relationship between nurses organizational trust level and their organizational citizenship behavior*. Journal of Nursing Scholarship, 42(2): 186–194.
15. Attalla, A., and Abdelaal, N., (2019). *Relationship between organizational trust and organizational citizenship behaviors: staff nurses perspective*. Journal of Nursing Education and Practice, 9(11):15.

- 16.Omar, E., Hassan, A., Hussein, M., and Hussein, R., (2016). *Relationship Between Hospital Nurses' Perception of Organizational Justice and Organizational Commitment*. Assiut scientific nursing journal, 18(1): 161– 172.

جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا

د. أنا أحمد*

هشام دهام العلوش*

(الإيداع:10 تشرين الأول 2021،القبول:1 آذار 2022)

الملخص:

تعتبر أمراض الدم المنتقلة بالوراثة من أكثر أنواع الأمراض الوراثية انتشاراً حول العالم حيث لا تقتصر نسبة الإصابة بها على فئة محددة ولكن يلاحظ انتشارها في مناطق محددة من العالم، إذ يعد مرض التلاسيميا من أهم وأكثر الأمراض الوراثية الدموية انتشاراً، ينتج عنه نقص في كمية الهيموغلوبين، نتيجة لعدم قدرة النخاع العظمي على تصنيع كريات الدم الحمراء بكفاءة، يؤدي المرض إلى ارتفاع مستويات الحديد في الدم نتيجة لتكسر كرات الدم الحمراء، وبالتالي إلى حدوث مضاعفات وإلحاق الضرر بالأجهزة الحيوية للجسم، وعلى رأسها القلب، الكبد، البنكرياس، تضخم الطحال، تشوه العظام. بناءً على ذلك، تتأثر الحالة النفسية والاجتماعية بالحالة الجسمية، إذ يعبر المريض عن مستوى منخفض من الرضا عن جودة حياته الجديدة بعد الإصابة بمرض سيرافقه طوال حياته، فقد يعاني من مشاعر العجز، الضعف، وعدم الرغبة في القيام بأي عمل، يعتبر المراهقون من الفئات التي تتأثر بشكل كبير بمرض التلاسيميا ونظراً لأهمية مفهوم جودة الحياة لدى مرضى التلاسيميا ، وارتفاع معدل انتشار المرض في سورية وعدم وجود دراسات كافية في هذا المجال في السنوات الأخيرة قمنا بإجراء هذا البحث الذي يهدف إلى تقييم جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا.

الكلمات المفتاحية : جودة الحياة ، المراهقين ، التلاسيميا

* طالب دراسات عليا (ماجستير)، قسم ترميض صحة الطفل، كلية التمريض ، جامعة تشرين ، اللاذقية.

** مدرس ، قسم ترميض صحة الطفل ، كلية التمريض ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.

Quality Of Life Of Adolescents With Thalassemia

Hisham Daham AlAlloush*

Dr. Anna Ahmad**

(Received:10 October 2021 , Accepted:1 March 2022)

Abstract:

Hereditary hematology is one of the most common genetic diseases around the world, with the incidence not only of a specific group but also of specific regions of the world. Thalassemia is one of the most prevalent genetic blood diseases, resulting in a decrease in hemoglobin. As a result of the inability of the bone marrow to efficiently manufacture red blood pellets, the disease leads to high levels of iron in the blood as a result of the decay of red blood pellets. And so to complications and damage the body's biomarkers, like the heart, liver, pancreas, spleen swelling, bone deformity. Thus, the psychological and social condition is affected by the physical condition, as the patient expresses a low level of satisfaction with the quality of his or her new life after having a disease that will accompany him or her throughout his or her life. If he suffers from feelings of powerlessness, vulnerability and unwillingness to do any work, adolescents are considered to be groups that are highly affected by thalassemia. In view of the importance of the concept of quality of life for thalassemia patients, the high prevalence of the disease in Syria and the lack of sufficient studies in this area in recent years, we have carried out this research aimed at assessing the quality of life of adolescents infected with thalassemia.

Keywords: Quality of life, Adolescents, Thalassemia.

* Master on Pediatric Health Nursing , Faculty of Nursing, University Of Tishreen, Lattakia, Syria.

** Department Of Pediatric Health Nursing, Faculty of Nursing, University Of Tishreen, Lattakia, Syria.

1-المقدمة :

تعرف التلاسيميا بأنها إحدى فاقات الدم الانحلالية الناجمة عن خلل وراثي في تركيب خضاب الدم، التي تؤدي إلى نقص في مستوى الخضاب، وتتجم عن آليتين متعاكستين، وهما إما زيادة في تلف الكريات الحمر أو نقص في إنتاجها في نقي العظام [1] والاضطراب الحاصل في متلازمات التلاسيميا يكون ناجماً عن الخلل الوراثي في المورثات المسؤولة عن تركيب سلاسل عديدات الببتيد، وتبعاً للمورثة المصابة يحدث اضطراب في تركيب تلك السلاسل، وبالتالي حدوث تشوه كبير في إنتاج الخضاب السليم [2].

تعتبر التلاسيميا مشكلة صحية عامة خطيرة في جميع أنحاء منطقة البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط وشبه القارة الهندية، وجنوب شرق آسيا، ويوجد حوالي 300 مليون شخص حامل للمرض في جميع أنحاء العالم، حيث يولد حوالي 68000 طفل مصاب بالتلاسيميا كل عام، ومن بينهم 2300 طفل يولدون مصابين بتلاسيميا بيتا التي تعتمد على نقل الدم [3]. حيث بلغ عدد المصابين بالتلاسيميا في سوريا حسب المركز الوطني للتلاسيميا بـ 8000 شخص، وقد أوضحت إحصائيات أجريت من قبل أخصائي الأطفال بكور بين عامي (2011-2014 م) بأن العدد الكلي لمرضى التلاسيميا في محافظة حماه فقط هو 936 طفل [4].

تعتبر التلاسيميا مرض ليس له علاج معروف وتفاذي حدوثه عن طريق فحوصات ما قبل الزواج هو السبيل الوحيد لتخفيف العبء وهو نهج أكثر فعالية من حيث التكلفة مقارنة بتوفير العلاج الأمثل لضحايا التلاسيميا، وبالتالي فإن زيادة الوعي بالمرض هي واحدة من الاستراتيجيات الحاسمة للوقاية منه [5]. ينتج عن هذا المرض مجموعة من التحديات السريرية الجسدية والنفسية الخطيرة لما يخلفه من آثار خطيرة على الصحة الجسدية من التشوه الجسدي إلى تأخر النمو، وتأخر سن البلوغ، بالإضافة لتأثيره على المظهر الجسدي، على سبيل المثال تشوهات العظام وقصر القامة، ويؤدي أيضاً إلى ضعف في الصورة الذاتية، كما أن له مضاعفات خطيرة مثل فشل القلب، وعدم انتظام ضربات القلب، وأمراض الكبد، ومضاعفات الغدد الصماء [6].

عرّف الباحث حسن مصطفى جودة الحياة بأنها " مفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع . [7]

يعتبر تقييم جودة الحياة أساسي في الرعاية الصحية للمرضى المصابين بالتلاسيميا كما أنه يساعد على تقديم اقتراحات مستقبلية من أجل تحسين نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى، يعبر مقياس (QOL) Quality of life عن وجهات نظر الأفراد بخصوص سلامتهم [8]. وتتضمن نوعية الحياة حسب منظمة الصحة العالمية (2015) أربعة أبعاد وهي البعد الجسمي ويوضح هذا البعد كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، والنوم، والتخلص من التعب. يليه البعد النفسي ويتكون من المشاعر الإيجابية، والسلوكيات الإيجابية، وتركيز الانتباه، والرغبة في التعلم والتفكير والتذكر، وتقدير الذات، واهتمام الإنسان بمظهره، وصورة الجسم، ومواجهة المشاعر السلبية. ثم البعد الاجتماعي الذي يتضمن العلاقات الشخصية والاجتماعية والدعم الاجتماعي، والزواج الناجح. ومن الواضح أن الإنسان لديه حاجات خاصة للانتماء، منها: القبول الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والولاء الاجتماعي. أخيراً البعد البيئي ويتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، والشعور بالأمن والأمان في الجوانب البيئية وبيئة المنزل، ومصادر الدخل والابتعاد عن التلوث والوضوء. [9]

أجريت العديد من الدراسات التي هدفت إلى تقييم جودة الحياة لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالتلاسيميا فقد أجرى الباحث (Naser,2014) دراسة وصفية في العراق على عينة قوامها 70 مريضاً مراهقاً مصابين بالتلاسيميا وأظهرت نتائج

الدراسة بأن مستوى جودة الحياة العام كان متوسطاً لدى معظم المراهقين المشاركين في تلك الدراسة، وأن لدى غالبيتهم مستوى جودة حياة متوسط مرتبط بالأبعاد (الاجتماعي، البيئي، النفسي، الجسماني) [10]

فيما أظهرت الدراسة التي أجراها (Ayoub et al,2013) في السعودية بأن مستوى جودة الحياة العام لدى المرضى المشاركين كان منخفضاً، كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة المرتبطة بجميع المحاور كان منخفضاً لدى غالبية المراهقين المشاركين في الدراسة ماعدا محور جودة الحياة الاجتماعية فقد كان مستواه متوسطاً، وكان هناك عدم تقبل لدى معظم المشاركين لحالتهم النفسية، بالإضافة إلى عدم تقبلهم لعلاقاتهم مع الآخرين من أهل وأصدقاء [11]

يحتاج المرضى الذين يعانون من التلاسيميا إلى رعاية صحية واجتماعية متكاملة للحفاظ على جودة حياة جيدة وللحد من الأمراض المرافقة، ويشمل دور التمريض مشاركة المرضى وأفراد الأسرة في مناقشة خطة رعاية للمريض، بعد إجراء تقييم مسبق لاحتياجاتهم البدنية والاجتماعية والمعرفية والعاطفية، وتحضير برنامج تثقيفي واقعي تحدده الممرضة المسؤولة عن المريض، يقوم على التعاون مع المريض ويتضمن تفضيلات المريض في نظام الغذاء والسوائل والتمارين الرياضية والأدوية، كما يقوم التمريض بالمتابعة المستمرة عبر الفحص السريري لتحديد حدوث مضاعفات جديدة أو محتملة، وتعزيز السلوكيات الصحية، والحفاظ على علاقة قوية مع المريض [12]

2-هدف البحث :

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا

3-مواد وطرائق البحث:

تم إجراء دراسة وصفية كمية مستعرضة على عينة مؤلفة من 100 مراهق/ة تم اختيارهم بطريقة الاعتيان الملائم بعمر بين 12 - 18 سنة ، قادرين على التواصل ، يخضعون لنقل الدم المتكرر ، وقد تم استبعاد المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية أو وراثية أخرى ، أجريت الدراسة في قسم التلاسيميا في مستشفى الأطفال والتوليد في اللاذقية في سوريا في الفترة الواقعة بين 7/4/2021 ولغاية 7/7/2021

أداة الدراسة :

تم ترجمة أداة البحث من قبل الباحث بعد مراجعة الأدبيات المتعلقة بالبحث، وتتألف من جزأين :

- الجزء الأول : يتضمن المعلومات الديموغرافية لعينة البحث (الجنس - تاريخ الميلاد - العمر - المؤهل العلمي - الوظيفة)

- الجزء الثاني : يتضمن مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (WHOQOL) World Health Organization Quality Of Life ويتألف من أربعة أبعاد هي :

البعد الجسدي ويتضمن 13 بند يليه البعد النفسي الذي يتضمن 8 بنود، ثم البعد الاجتماعي ويتضمن 6 بنود، والبعد البيئي الذي يتضمن 12 بند . تمت الإجابة على بنود الأداة في جميع محاورها وفق خمس إجابات

إما (كثيراً جداً = 1) أو (كثيراً = 2) أو (إلى حد متوسط = 3) أو (قليلاً = 4) أو (قليلاً جداً = 5)

تم إجراء مصداقية للمقياس عبر عرضه على خبراء من كلية التمريض في قسم تمريض صحة الطفل وتم إجراء بعض التعديلات لتقييم مصداقية محتوى أداة البحث. أجريت دراسة استرشادية باستخدام أداة البحث على 10% من العينة وذلك للتأكد من وضوح الاستمارة (تم استبعاد هؤلاء المرضى من عينة البحث). تم إجراء اختبار كرومباخ ألفا لتقييم ثبات الأداة حيث بلغت قيمته 0.79 .

طريقة البحث :

1. تم توجيه كتاب رسمي من كلية التمريض في جامعة إلى مستشفى الأطفال والتوليد في اللاذقية من أجل الحصول على الموافقة لجمع البيانات المتعلقة بالبحث .
2. تم شرح الهدف من الدراسة للمرضى والحصول على موافقتهم قبل البدء بإجراء المقابلة
3. تم جمع البيانات بواسطة أداة الدراسة عن طريق المقابلة التي استغرقت مدة من 15-30 دقيقة .

التحليل الإحصائي :

فُرِغَت البيانات ثم حُللت باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS نسخة (20)، واستُخدمت اختبارات الإحصاء الحيوي التالية : التكرار N والنسب المئوية % للحصول على نتائج البحث .

4-النتائج :

الجدول رقم (1): توزيع المراهقين في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية

العدد الكلي N=100		المتغيرات الديموغرافية	
النسبة المئوية %	التكرار N		
71	71	ذكر	الجنس
29	29	أنثى	
11	11	أقل من 14 سنة	العمر
48	48	14 - 16 سنة	
41	41	أكثر من 16 سنة	
2	2	غير متعلم	المستوى التعليمي
2	2	المرحلة الابتدائية	
39	39	المرحلة الإعدادية	
57	57	المرحلة الثانوية	
9	9	لا يعمل	العمل الذي يمارسه المراهق
91	91	طالب	

يبين الجدول رقم (1) توزع المراهقين المشاركين في الدراسة وفقاً لبياناتهم الديموغرافية، حيث أظهر أن النسبة الأعلى منهم 71% ذكور والنسبة المتبقية 29% إناث. وشكل المراهقون من الشريحة العمرية (14-16 سنة) حوالي نصف العينة 48%، تلاها 41% للمراهقين الأكبر من 16 سنة، ثم 11% للمراهقين الأصغر من 14 سنة. ومن حيث المستوى التعليمي للمراهقين كانت النسبة الأعلى منهم 57% في المرحلة الثانوية، تلاها 39% كانوا في المرحلة الإعدادية، و2% في المرحلة الابتدائية، و2% أيضاً غير متعلمين. أما من حيث العمل الذي يمارسه المراهق فقد كان غالبيتهم 91% طلاب بينما البقية 9% لا يعملون.

الجدول رقم (2): نسب توزع المشاركين في الدراسة وفق إجاباتهم على عبارات البعد الجسدي.

قليل جداً		قليل		الى حد متوسط		كثيراً		كثيراً جداً		عبارات البعد الجسدي
%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100	
1	1	37	37	60	60	2	2	-	0	1. مدى رضاك عن صحتك.
-	0	-	0	18	18	73	73	9	9	2. مدى شعورك بأن الألم الجسدي يمنعك من القيام بأداء نشاطات تحب القيام بها.
-	0	-	0	17	17	77	77	6	6	3. مدى قلقك بشأن الألم أو الانزعاج.
2	2	18	18	68	68	11	11	1	1	4. مدى صعوبة معالجة أي ألم أو انزعاج.
-	0	-	0	-	0	81	81	19	19	5. مدى حاجتك إلى العلاج الطبي لتأدية وظائفك اليومية.
2	2	8	8	61	61	22	22	7	7	6. مدى قدرتك على قبول مظهرك الجسدي
-	0	26	26	69	69	5	5	-	0	7. كمية الطاقة لديك لممارسة نشاطات حياتك اليومية.

8.	مدى قدرتك على الحركة.	12	12	88	88	0	0	-	0
9.	مدى سهولة تعبك.	1	1	24	24	69	69	6	0
10.	مدى اعتمادك على الأدوية.	0	-	9	9	40	40	40	11
11.	مدى شعورك بالارتياح في نومك.	0	-	21	21	66	66	10	3
12.	مدى رضاك عن مقدرتك على أداء نشاطاتك اليومية .	0	-	11	11	64	64	19	6
13.	مدى رضاك عن حياتك الجنسية	0	-	0	-	0	-	86	14

يبين الجدول رقم 2 توزيع المشاركين في الدراسة وفق نسب إجاباتهم على عبارات البعد الجسدي. حيث أظهر أن نسبة 60% من المراهقين راضين عن صحتهم بحد متوسط ، و73% يشعرون بأن الألم الجسماني يمنعه كثيراً من القيام بأداء نشاطاتهم التي يحبون القيام بها ، و77% قلقون كثيراً بشأن الألم والانزعاج، و81% يحتاجون العلاج الطبي كثيراً لتأدية وظائفهم اليومية، و61% راضون عن مظهرهم الجسماني، و69% راضون عن كمية الطاقة لديهم لممارسة حياتهم اليومية، و88% راضون عن مدى قدرتهم على الحركة، و69% يظهرون سهولة في التعب، و40% يعتمدون على الأدوية، و66% يشعرون بالارتياح في نومهم، و64% راضون عن قدرتهم على أداء نشاطاتهم اليومية، و86% راضون عن حياتهم الجنسية .

الجدول رقم (3): نسب توزيع المشاركين في الدراسة وفق إجاباتهم على عبارات البعد النفسي.

عبارات البعد النفسي		كثيراً جداً		كثيراً		الى حد متوسط		قليلاً		قليلاً جداً	
		%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100
1.	مدى اندفاعك تجاه المستقبل.	0	-	15	15	69	69	12	12	4	4
2.	مدى تقديرك لنفسك.	0	-	16	16	65	65	15	15	4	4
3.	مدى ثققتك بنفسك.	2	2	26	26	50	50	18	18	4	4

4.	مدى قدرتك على التركيز.	0	-	3	3	90	90	7	7	0	-
5.	مدى انزعاجك من التعب.	10	10	36	36	40	40	11	11	3	3
6.	مدى رضاك تجاه مظهرك	7	7	22	22	61	61	8	8	2	2
7.	مدى رضاك عن نفسك.	19	19	63	63	14	14	4	4	0	-
8.	مدى انتيابك لمشاعر سلبية مثل الحزن واليأس والقلق والاكتئاب.	11	11	32	32	38	38	13	13	6	6

أظهر الجدول رقم (3) توزيع المشاركين في الدراسة وفق نسب إجاباتهم على عبارات البعد النفسي. فقد لوحظ أن نسبة 69% مندفعون تجاه المستقبل بحد متوسط، و 65% راضون إلى حد متوسط عن مدى تقديرهم لأنفسهم، و50% راضون عن ثقتهم بأنفسهم، و90% راضون عن مدى قدرتهم على التركيز، و40% يظهرون انزعاجاً من التعب، و61% راضون عن مظهرهم إلى حد متوسط، كما شوهد أن 63% من المشاركين كان مدى رضاهم عن أنفسهم كثيراً . 38% تتنباهم مشاعر سلبية إلى حد متوسط مثل الحزن واليأس والقلق والاكتئاب .

الجدول رقم (4): نسب توزيع المشاركين في الدراسة وفق إجاباتهم على عبارات البعد الاجتماعي.

عبارات البعد الاجتماعي	كثيراً جداً		كثيراً		إلى حد متوسط		قليلاً		قليلاً جداً	
	%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100
1. تقييم رضاك عن نوعية الحياة لديك .	0	-	20	20	38	38	29	29	13	13
2. مدى استمتاعك بالحياة .	0	-	21	21	34	34	25	25	20	20
3. مدى شعورك أن حياتك ذات قيمة.	20	20	80	80	0	0	0	0	0	-
4. مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية (أهل، أصدقاء، أقارب).	1	1	25	25	35	35	28	28	11	11
5. مدى رضاك عن المساعدة التي تجدها من أصدقائك .	1	1	27	27	34	34	27	27	11	11

19	19	22	22	9	9	48	48	2	2	مدى شعورك بالوحدة في حياتك.	6
----	----	----	----	---	---	----	----	---	---	-----------------------------	---

أوضح الجدول رقم 4 توزع المراهقين المشاركين في الدراسة وفق نسب إجاباتهم على عبارات البعد الاجتماعي. حيث أظهر أن نسبة 38% من المشاركين راضون عن نوعية حياتهم الاجتماعية إلى حد متوسط، و34% من المشاركين راضون إلى حد متوسط عن مدى استمتاعهم بالحياة، و80% من المشاركين بالدراسة بدوا راضون كثيراً عن مدى شعورهم بأن حياتهم ذات قيمة، و35% من المشاركين راضون عن علاقاتهم الشخصية مع الأهل والأصدقاء والأقارب إلى حد متوسط، و34% من المشاركين بالدراسة راضون عن مدى مساندة أصدقائهم لهم إلى حد متوسط، و48% من المشاركين ذكروا أنهم يشعرون بالوحدة في حياتهم كثيراً.

الجدول رقم (5): نسب توزع المشاركين في الدراسة وفق إجاباتهم على عبارات البعد البيئي.

قليل جداً		قليل		الى حد متوسط		كثيراً		كثيراً جداً		عبارات البعد البيئي
%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100	%	N=100	
2	2	14	14	26	26	46	46	12	12	1. مدى شعورك بالأمان في حياتك اليومية .
4	4	37	37	46	46	13	13	-	0	2. مدى شعورك بملاءمة البيئة المحيطة بك .
54	54	32	32	13	13	1	1	-	0	3. كفاية المال لديك لتلبية احتياجاتك .
8	8	30	30	35	35	15	15	12	12	4. مدى إتاحة الفرصة لديك للأنشطة الترفيهية في أوقات الفراغ .
8	8	16	16	70	70	5	5	1	1	5. مدى توفر المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية .
-	0	-	0	17	17	74	74	9	9	6. مدى انزعاجك من أي قيود في أداء أنشطة الحياة اليومية .
-	0	3	3	9	9	72	72	16	16	7. حاجتك للأدوية في حياتك اليومية.

8.	مدى حاجتك إلى علاج طبي لتعمل في حياتك اليومية .	19	19	19	69	69	12	12	0	-
9.	مدى اعتمادك على استخدام المواد الطبية أو المساعدات الطبية.	21	21	21	69	69	10	10	0	-
10	مدى رضاك عن حالة المكان الذي تعيش فيه .	0	-	13	13	46	37	37	4	4
11	مدى رضاك عن حصولك على الخدمات الصحية .	0	-	1	1	47	50	50	2	2
12	مدى رضاك عن توفر وسائل النقل لديك .	0	-	2	2	33	46	46	19	19

أظهر الجدول رقم 5 توزع المراهقين المشاركين في الدراسة وفق نسب إجاباتهم على عبارات البعد البيئي. حيث تبين أن نسبة 46% من المراهقين راضون كثيراً عن شعورهم بالأمان في حياتهم اليومية ، و46% من المشاركين يشعرون إلى حد متوسط بملائمة البيئة المحيطة بهم، و54% من المشاركين ذكروا أنهم يملكون مالا قليلاً جداً لتلبية احتياجاتهم، و35% من المشاركين تتاح لديهم الفرصة للأنشطة الترفيهية في أوقات الفراغ، و70% من المشاركين تتوفر لديهم المعلومات التي يحتاجونها في حياتهم اليومية، و74% من المشاركين يبدون انزعاجاً من أي قيود في أداء أنشطة الحياة اليومية، و72% من المشاركين يحتاجون للأدوية في حياتهم اليومية، و69% من المشاركين يحتاجون لعلاج طبي في حياتهم اليومية، و69% من المشاركين يعتمدون على استخدام المواد الطبية أو المساعدات الطبية، و46% من المشاركين راضون قليلاً عن المكان الذي يعيشون فيه، و50% من المشاركين راضون إلى حد متوسط عن الخدمات الطبية التي يحصلون عليها، و46% من المشاركين راضون إلى حد متوسط عن توفر وسائل نقلهم .

الجدول رقم(7): توزع المشاركين في الدراسة تبعاً لمستويات جودة الحياة وأبعادها

مرتفع (5 - 3.67)		متوسط (3.66 - 2.33)		منخفض (2.32 - 1)		مستويات أبعاد جودة الحياة
%	N=100	%	N=100	%	N=100	
-	0	99	99	1	1	البعد الجسدي
3	3	92	92	5	5	البعد النفسي
25	25	59	59	16	16	البعد الاجتماعي
-	0	60	60	40	40	البعد البيئي

0	0	99	99	1	1	المستوى الكلي
---	---	----	----	---	---	---------------

يبين الجدول رقم 7 توزع المراهقين في الدراسة تبعاً لمستويات جودة الحياة وأبعادها. حيث يظهر الجدول أن جميع المراهقين تقريباً بنسبة 99% كان مستوى البعد الجسدي لديهم متوسطاً، وكذلك الأمر في البعد النفسي كان مستواه متوسطاً لدى غالبية المراهقين 92% . أما البعد الاجتماعي فقد كان مستواه متوسطاً عند 59% من المراهقين، وجيداً عند 25% منهم، ومنخفضاً عند 16% منهم. كان مستوى البعد البيئي متوسطاً عند 60% من المراهقين، ومنخفضاً عند 40% منهم. فيما يتعلق بجودة الحياة الكلية لدى المراهقين فقد كان مستواها متوسطاً عند جميع المراهقين تقريباً بنسبة 99%.

5- المناقشة

يعد مرض التلاسيميا من أكثر الأمراض الوراثية انتشاراً؛ الذي ينتج عنه نقص في كمية الهيموجلوبين، نتيجة لعدم قدرة نخاع العظمي على تصنيع كريات الدم الحمراء بكفاءة؛ فهذا المرض يؤدي إلى ارتفاع مستويات الحديد في الدم نتيجة لتكسير كرات الدم الحمراء، مما يؤدي إلى حدوث مضاعفات، وإلحاق الضرر بالأجهزة الحيوية للجسم، وعلى رأسها القلب، والكبد، والبنكرياس، وتضخم الطحال، وتسمم العظام، وبناء على ذلك؛ تتأثر الحالة النفسية والاجتماعية بالحالة الجسمية؛ إذ يعبر المريض عن مستوى منخفض من الرضا عن جودة حياته الجديدة بعد الإصابة بمرض سيرافقه طوال حياته، فجنده يعاني من مشاعر العجز، والضعف، وعدم الرغبة في القيام بأي عمل، ويعتبر المراهقون من الفئات التي تتأثر بشكل كبير بمرض التلاسيميا [13]، لذلك جاءت الدراسة الحالية لتقييم جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا.

وعند دراسة أبعاد جودة حياة المراهقين أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة كان متوسطاً في البعد الجسدي، حيث بينت أن غالبية المراهقين كانوا راضون كثيراً عن مدى قدرتهم على الحركة، وراضون إلى حد متوسط عن كمية الطاقة لديهم لممارسة نشاطات حياتهم اليومية (الجدول 2 و6). يعزى ذلك إلى أن غالبية المشاركين أعمارهم 14-16 سنة وغالبيتهم من الذكور والأفراد في هذه الأعمار يتمتعون بقدر كبير من الطاقة التي تساعدهم على الحركة بشكل مريح أكثر، بالإضافة إلى أن غالبيتهم من الذكور الذين تكتسبهم كتلة عضلية وافرة تمثل عاملاً إضافياً داعماً لمقدراتهم الحركية

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة في تايلاند أجريت من قبل (Boonchooduang et al, 2015) بهدف تقييم مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا، حيث بينت نتائج تلك الدراسة أن مستوى جودة الحياة كان متوسطاً في الجانب الجسماني، حيث أظهرت أن غالبية المراهقين المشاركين في الدراسة يتمتعون بدرجة متوسطة من الرضا عن قدراتهم ومستوى طاقتهم على الحركة وأداء النشاطات والواجبات اليومية. [14]

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي أجراها (Hakeem et al, 2018) في مصر لتقييم جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا في الصعيد المصري، التي أظهرت نتائجها بأن مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المشاركين بالدراسة كان متوسطاً في البعد الفيزيائي الجسمي، كما بينت تلك الدراسة أن معظم المرضى المشاركين من المراهقين كان لديهم مستوى مقبول من الرضا عن قدراتهم الجسدية وواقون بأن تلك القدرات لن تخذلهم لأداء واجباتهم اليومية. [15]

من جهة أخرى، لم تكن النتيجة الحالية متوافقة مع نتائج دراسة قام بها (Shafie et al, 2020) في ماليزيا والتي هدفت إلى تقييم مستوى أبعاد جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالتلاسيميا المعتمدين على نقل الدم، حيث بينت نتائج تلك الدراسة أن متوسط جودة الحياة المرتبطة بالبعد الجسماني كان عالياً، كما بينت أن غالبية المراهقين كانوا راضون بعض الشيء عن مدى قدرتهم على أداء واجباتهم، ولكنهم منزعجين من التعب الذي يصيبهم أثناء أدائهم لها. [16]

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى جودة الحياة كان متوسطاً في البعد النفسي، حيث بينت أن معظم المراهقين كانوا راضون كثيراً عن أنفسهم، وراضون إلى حد متوسط عن مدى قدرتهم على التركيز (الجدول 3 و6). قد يعزى ذلك إلى جنس

المشاركين الذين يمثل الذكور غالبيتهم، حيث من المعروف أن الذكور في حالة إصابتهم بالأمراض فإن مستوى تأثرهم يكون أقل من الناحية النفسية، بالإضافة إلى أن غالبيتهم ممن تتراوح أعمارهم بين 14-16 سنة وهو العمر الذي يكون فيه مستوى التركيز بأعلى وأفضل حالاته.

جاءت هذه النتيجة منسجمة مع نتائج دراسة أجراها (Nashwan et al, 2018) في قطر لتقييم جودة الحياة لدى المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 14-18 سنة، وقد قيمت تلك الدراسة عدة أبعاد من جودة الحياة حيث كان البعد النفسي أحدها والذي كان ذو مستوى متوسط لدى غالبية المشاركين بالدراسة، وقد أبدى معظمهم رضاه عن نفسه وتقديره لذاته، ورضاهم عن قدراتهم على الدراسة والتركيز في واجباتهم المدرسية [17].

كما كانت النتيجة الحالية منسجمة مع نتائج الدراسة التي قام بها (Shafie et al, 2020) في ماليزيا حيث بينت نتائج تلك الدراسة أن مستوى جودة الحياة كان متوسطاً في البعد النفسي لدى غالبية المراهقين المشاركين بالدراسة، وأن معظمهم أبدوا رضاهم الكامل عن صحتهم النفسية، وراضون إلى حد مقبول عن مستوى أدائهم ومهاراتهم العقلية والمعرفية. [16]

6-الخاتمة والتوصيات :

خُصت الدراسة إلى أن نصف المشاركين راضون قليلاً عن حصولهم على الخدمات الصحية وغالبية المراهقين المشاركين بالدراسة لديهم مستوى منخفض من الرضا عن العلاقات الشخصية، نصف المشاركين راضين قليلاً عن حصولهم على الخدمات الصحية وبمدى تقنهم بأنفسهم، أوصت الدراسة بضرورة العمل على تطوير برامج تثقيفية توعوية يشارك فيها مرضى التلاسيميا، تعزيز الدعم الاجتماعي والنفسي المقدم من قبل الأهل والأسرة والأصدقاء عن طريق تشجيعهم لزيادة تواصلهم وتفاعلهم الإيجابي مع المراهقين المصابين بالتلاسيميا، ضرورة اهتمام وسائل الإعلام المختلفة بالأساليب الصحيحة للتخفيف قدر الإمكان من الاضطرابات التي تصيب مرضى التلاسيميا و إجراء دراسات تهتم بالبرامج النفسية والمعرفية والسلوكية بهدف التخفيف من معاناة المصابين بالتلاسيميا.

7-المراجع :

1. مصطفى، حسن حسين (2004). بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات شخصية لمدمني الهيروئين. رسالة ماجستير كلية الآداب: جامعة عين شمس القاهرة.
2. توما، حنان (2013). نجاعة أنظمة خلب الحديد في تقليل المضاعفات القلبية والكبدية لدى مرضى التلاسيميا. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الصيدلة. جامعة دمشق.
3. عطية، محمد (2019). مستوى الاكتئاب النفسي لدى المصابين بأنيميا البحر المتوسط بمحافظة القاهرة في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الدراسات النفسية، مج 29: (ع1) ص 89-127.
- 1- Biswas, B., Naskar, NN., Basu, R., Dasgupta, A., Paul, B., And Basu, K., (2018). Knowledge of the caregivers of thalassaemic children regarding thalassaemia. A cross-sectional study in a tertiary care health facility of eastern India. Iraqi J Hematol ,4(7):49-54
- 2- Weatherall DJ. (2010). The inherited diseases of hemoglobin are an emerging global health burden. Blood, 115: 4331-4336.

- 3- Ayoub, M.D., Radi, S.A., Azab, A.M., Abulaban, A.A., Balkhoyor, A.H., Bedair, S.W., ... & Kari, J.A. (2013). Quality of life among children with beta-thalassemia major treated in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 34(12): 1281–1286.
- 4- Bakoor, Omar, A., et al., (2014). Statistics for the number of patients with thalassemia in Hama, AlAssad medical hospital in Syria Hama.
- 5- Samavat A, Modell B. Iranian national thalassaemia screening programme. *BMJ* (2004); 329: 1134–7.
- 6- Telfer P, Constantinidou G, Andreou P, Christou S, Modell B, Anagnostiniotis M. (2005) Quality of life in thalassemia. *Ann N Y Acad Sci.*; 1054: 273–82
- 7- Hamdy M Draz I & Ayad A. (2021). assessment of quality of Life among Beta-Thalassemia Major Patients Attending the Hematology Outpatient Clinics at Cairo University Hospital. *Journal of Medical Sciences*; 21(9): 156–160.
- 8- Madmoli, Y., Beiranvand, R., Korkini, N., Mashalchi, H., Karimi, H., & Madmoli, M. (2016). Comparison of health-related quality of life in beta thalassemia major and healthy people in Dezful in 2015. *Iranian Journal of Nursing Research*, 11(1), 9–16.
- 9- Nasir K. (2014). Determination of Quality of Life for Thalassemic Adolescent. *UOK Journal*; 6(7): 112–123.
- 10- Tunaci M, Tunaci A, Engin G. (2009). Imaging features of thalassemia. *Eur Radiol*, 9(9): 184–9.
- 11- Boonchooduang N, Choeyprasert W & Charoenkwan P. 2015. Health-Related Quality of Life in Adolescents with Thalassemia. *Pediatric Hematology and Oncology J*; 32: 341–348.
- 12- Hakeem A, Mousa SO & Hassan E. 2018. Health-related quality of life in pediatric and adolescent patients with transfusion dependent β -thalassemia in upper Egypt. *Health and Quality of Life Outcomes*; 6(8): 16–59.
- 13- Shfie A, Chhabra I & Wong J. (2020). Health-related quality of life among children with transfusion-dependent thalassemia: A cross-sectional study in Malaysia. *Health and Quality of Life Outcomes*; 18: 141.
- 14- Nashwan A, Yassin M & Babu G. (2018). Quality of life among adolescents aged 14 to 18 years with beta-thalassemia major (TM) in Qatar. *Acta Biomed Journal*; 89(2): 16–26.

تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القثطرة القلبية

د. فريال نظامي **

حسن بستان حسين *

(الإيداع:3 كانون الثاني 2022، القبول:1 آذار 2022)

الملخص:

يعد القلق أحد المشكلات الرئيسية التي يعاني منها مرضى القثطرة القلبية؛ مما يشكل عائقاً حقيقياً أمام نجاح هذا الإجراء التشخيصي المهم، وغالباً ما يكون ذلك القلق نتيجة نقص معلومات المرضى حول إجراء القثطرة القلبية، لذا هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القثطرة القلبية، اشتملت عينة الدراسة على 50 مريض/ة قسموا بالتساوي ضمن مجموعتين تجريبية وضابطة، تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة من مركز الباسل لجراحة القلب في قسم القثطرة القلبية في مدينة اللاذقية، ولتحديد مستوى القلق تم استخدام استمارة (Beck Anxiety Inventory (BAI، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القثطرة القلبية أقل منه عند الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو. وقد أوصت الدراسة بضرورة اعتماد تقنية ومداخلة الفيديو التعليمي كإجراء ترميزي يتم من خلاله تثقيف المرضى وتزويدهم بالمعلومات اللازمة قبل إجراء القثطرة القلبية، وإجراء دراسات جديدة على عينة أوسع.

الكلمات المفتاحية: الفيديو التعليمي، القلق، القثطرة القلبية.

* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم ترميز البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية.

** أستاذ مساعد، قسم ترميز البالغين، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Effect of an Educational Video Intervention on Anxiety Level among Patients prior to Cardiac Catheterization

Hasan Bostan Hussein*

Dr.frial mahmoud nizamli**

(Received:3 January 2022 , Accepted:1 March 2022)

Abstract:

Anxiety is one of the common problems that cardiac catheterization patients face. Which constitutes a real obstacle to the success of this important diagnostic procedure, and this Anxiety is often due to the lack of patient information about the cardiac catheterization procedure. Therefore, the current quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of the educational video intervention on the level of anxiety in patients before performing cardiac catheterization, The study sample included 50 patients, who were randomly and equally divided into two groups (experimental and control). To determine the level of anxiety, the Beck Anxiety Inventory (BAI) questionnaire was used. as the results of the study showed that the level of anxiety in patients who were educated by an educational video before performing cardiac catheterization was lower than in those who were not educated by the video. The study recommended the necessity of adopting the educational video technique and intervention as a nursing procedure through which patients are educated and provided with the necessary information before performing cardiac catheterization, and conducting new studies on a wider sample.

Keywords: Educational video, anxiety, cardiac catheterization.

* Postgraduate Student (Master) – Adult Nursing Department – College of Nursing – Tishreen University – Lattakia.

** assistant professor, Department of Adult Nursing, College of Nursing, Tishreen University, Lattakia.

1. المقدمة

تأتي الأمراض القلبية الوعائية في صدارة أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم؛ ذلك أنّ عدد الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض يفوق عدد الوفيات الناجمة عن أيّ من أسباب الوفيات الأخرى، حيث توقعت منظمة الصحة العالمية (WHO) ارتفاعاً في معدل الوفيات جراء الداء القلبي التاجي من 17.1 مليون عام 2004 إلى 23.4 مليون عام 2030 [1]. كما تشير التقديرات إلى أن 54% من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في إقليم شرق المتوسط سببها أمراض قلبية وعائية. وتمثل الوفيات الناتجة عن الأمراض القلبية في سوريا ما يعادل 44% من إجمالي الوفيات بسبب الأمراض المزمنة؛ وقد أظهر المسح الذي أجري في مدينة حلب أن نسبة انتشار أمراض القلب بلغت 4.8%، وأن نسبة الوفيات الناجمة عنها قد بلغت 45.5% [2].

تعرف القثطرة القلبية بأنها إجراء باضع تستخدم للتشخيص والعلاج وتتم عبر إدخال أنبوب القثطرة إلى الشرايين التاجية عبر الشريانين الكعبري أو الفخذي تحت التخدير الموضعي، وهي نوعان؛ إما تشخيصية والتي تقوم بحقن مادة ظليلة تظهر على الأشعة السينية لتحديد مكان التضيق أو الانسداد في الأوعية التاجية، أو علاجية تتم عبر ادخال بالون في موقع الانسداد أو التضيق لتوسيع الشرايين المتضيقه، ويتم وضع شبكات لمنع عودة تضيقها [3]

هناك العديد من المشاعر التي تسبق اجراءها من أهمها القلق [4]. والقلق تعريفاً هو عبارة عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء ما، دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية [5]، وهو الشعور الرئيسي الذي يختبره المرضى قبل إجراء القثطرة حيث أن ازدياده يمكن أن يؤثر بشكل سلبي على الحالة النفسية والفيزيولوجية للأفراد فهو يسبب ارتفاع ضغط الدم، والقلق المتواصل قد يسبب تسرع القلب، خناق صدر، نقص تروية قلبية [6]. وقد أشارت الدراسات بأن القلق عادة ما يكون بأعلى مستوياته في مرحلة الانتظار مباشرة قبل الإجراء، ومن أهم مظاهره الخفقان والتعرق والارتعاش والرجفان وضيق التنفس والإحساس بالاختناق؛ بالإضافة للألم الصدري وعدم الراحة، و/أو انزعاج بالمعدة. حيث يستثير القلق الجهاز العصبي الودي مسبباً استجابات فيزيولوجية متعددة مثل اضطراب نظم القلب والتعرق وزيادة استهلاك الأوكسجين وارتفاع الضغط وزيادة قلوصلية القلب واضطرابات النظم، والتي قد تؤدي إلى تفاقم حالة المريض. وبناء عليه يمكن أن يكون لتلك الاستثارة تأثير سلبي على النتائج الصحية للمريض مثل رفض العلاج وعدم تحمل الألم قبل واثناء وبعد القثطرة [7،8]. ومن جهة أخرى فقد ظهرت أهمية تثقيف مرضى الشرايين التاجية لتخفيف القلق بشكل ملحوظ؛ وهنا ينبغي على الكادر التمريضي تطبيق استراتيجيات غير دوائية للسيطرة على قلق المريض، ونتيجة ما سبق بدأت تظهر أهمية الدعم المقدم من قبل العاملين الصحيين من أفراد ترميض وغيرهم، ويات هذا الدعم من أهم الخدمات التي تقدم لمرضى القثطرة القلبية من قبل أفراد الكوادر التمريضية [9].

في دراسة أمريكية قام بها (Stanley, 2020) بهدف تقييم تأثير الفيديو التعليمي على مستوى القلق لدى المرضى الذين ينتظرون الخضوع لإجراء قثطرة قلبية، بينت نتائجها أن مستوى القلق كان أقل لدى أفراد المجموعة التجريبية منه لدى أفراد المجموعة الضابطة، وقد اوصت الدراسة بتعميم هذه التجربة ليتم تطبيقها في جميع الوحدات الصحية التي تعنى بتقديم الخدمة الصحية لمرضى القلب وهم بانتظار الخضوع لإجراءات طبية سواء علاجية أو تشخيصية [10]. كما أجريت دراسة من قبل (Nastaran et al, 2021) لتقييم ومقارنة تأثير كل من تقنيتي البرامج التعليمية التلقينية وبرنامج تعليمي بمداخلة الفيديو على مستوى القلق لدى مرضى قصور القلب قبل إجراء القثطرة القلبية في جامعة مشهد الإيرانية، وبعد تطبيق البرنامج أظهر تحليل النتائج نجاح كلا التقنيتين في تقليل مستوى القلق لدى المرضى مع فروق ذات أهمية إحصائية لصالح تقنية مداخلة الفيديو التعليمي، ومن التوصيات التي خلصت لها تلك الدراسة ضرورة دمج الاستراتيجيات التعليمية لتثقيف أولئك المرضى مع الأخذ بعين الاعتبار مستواهم التعليمي وخطورة حالتهم الصحية [11]. بناء عليه نجد مدى أهمية تطبيق مداخلة

الفيديو التعليمي على المرضى واطلاعهم على مسار الخطط العلاجية الخاصة بهم؛ كخطوة مهمة جداً لضمان نجاح تلك الخطط العلاجية والحصول على النتائج المرجوة.

2. أهمية البحث و أهدافه:

أهمية البحث: تعتبر القسرة القلبية من التداخلات الطبية الاختيارية بشكل عام، وهو تداخل يتطلب بروتوكولاً محدداً يلزم المريض الدخول للمستشفى، وقد يكون انتظار الإجراء مصدرًا رئيسيًا للتوتر والقلق؛ وترتبط هذه المشاعر ارتباطاً مباشراً بالطبيعة الباضعة للإجراء والشكوك المتعلقة بالتشخيص، ومن خلال الممارسة اليومية، يلاحظ أن المرضى لا يفهمون بوضوح المعلومات التي يقدمها فريق الرعاية الصحية بسبب التوتر والقلق؛ في هذه الفترة من الانتظار والقلق، يتعرض الأقارب أيضاً للتوتر ويتبادلون تلك المشاعر والشكوك مع المرضى، وبالتالي يصبح الوضع أكثر تعقيداً لأفراد التمريض الذين يتعاملون مع هذه التجارب بشكل يومي؛ وفي روتين العمل، يجد أفراد التمريض صعوبة في التعامل مع قلق المرضى والأقارب في فترة ما قبل القسرة؛ وقد يتفاقم الموقف بسبب عدم وجود معايير تمريضية محددة تتعلق بدعم الأسرة، في مواجهة هذا الموقف، يجب أن تحصل الممرضات على أفضل المعلومات المتاحة لتقديم رعاية أفضل، وبالتالي تقليل عوامل التوتر لتقليل قلق المرضى وذويهم. وبناء عليه تتجلى لنا أهمية الدراسة الحالية التي تهدف إلى تقييم تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القسرة القلبية.

هدف البحث: تقييم تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القسرة القلبية.

فرضية البحث: سيكون مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسرة القلبية أقل من الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

3. طريقة البحث و مواده:

تصميم البحث: شبه تجريبي.

مكان وزمان البحث: أجري هذا البحث في مركز الباسل لجراحة القلب في قسم القسرة القلبية في مدينة اللاذقية، خلال الفترة الممتدة من 2021/8/25 حتى 2021/10/15.

عينة البحث: تضمنت العينة 50 مريض تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين: الأولى ضابطة تضم 25 مريض، يخضع أفرادها لروتين المستشفى، والثانية تجريبية ضم 25 مريض، يطبق عليها تداخل الفيديو التعليمي.

أدوات البحث: تم الاعتماد على أداتين لجمع البيانات من عينة الدراسة، وهي كالاتي:

الأداة الأولى: وتكونت من جزأين:

الجزء الأول: استمارة البيانات الديموغرافية : وتشمل معلومات حول (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، السكن، الوضع الاجتماعي، مستوى التعليم، المهنة)

الجزء الثاني: استمارة البيانات الصحية: وتشمل (تاريخ سابق لمرض، دخول سابق للمشفى، تدخين، تاريخ عائلي للأمراض القلبية).

الأداة الثانية: استمارة تحديد مستوى القلق Beck Anxiety Inventory (BAI) التي تم تطويرها بواسطة Beck et al 1988. والتي تم استخدامها لقياس شدة القلق لدى الافراد، وقد تم اثبات موثوقيتها بواسطة test retest

(r= 0.92)examination [12]، وتمت ترجمة BAI إلى اللغة العربية من قبل ليلى (2012) وتم الموافقة على

موثوقية النسخة العربية بعد اجراء اختبار Cronbach's Coefficient Alpha= 0,79 [13]، تحتوي الأداة المذكورة

على 21 عنصر تغطي 63 نقطة. كل عنصر يتم تقييمه بمقياس ذو 4 نقاط: لا على الاطلاق = (0)، خفيف لكن لا

تزعجني كثيراً = (1)، متوسط لكن يزعجني أحياناً = (2)، شديد يزعجني كثيراً = (3). كل عنصر هو ذاتي أو وصفي، يقيس الأعراض الجسدية والنفسية المرتبطة بالقلق. تم تلخيص العناصر لتحديد مستوى القلق، حيث ارتفاع معدل النقاط يعكس ارتفاع مستوى القلق، يحتوي مقياس BAI على معدل نقاط اعظمي 63 نقطة، حيث يكون القلق بأدنى مستوياته (0 إلى 7)، خفيف (8 إلى 15)، متوسط (16 إلى 25)، ومعدل 26 فما فوق يشير إلى مستوى قلق شديد.

طريقة البحث

9. تم الحصول على الموافقات المطلوبة من كلية التمريض وإدارة مركز الباسل في اللاذقية لجمع بيانات الدراسة.
10. تم تطوير أدوات الدراسة ومن ثم تم إجراء اختبار المصادقية عبر عرضها على لجنة من ثلاثة خبراء في كلية التمريض لبيان وضوحها وإمكانية تطبيقها، وقد تم الأخذ بجميع التعديلات.
11. أجريت دراسة دليبيه استرشاديه على 10% من العينة (تم استبعادهم منها)، لتقييم وضوح أدوات الدراسة وإمكانية تطبيقها، وقد تم إجراء التعديلات اللازمة.
12. تم استعمال الأداة الأولى لكلا المجموعتين (التجريبية والضابطة) من خلال المقابلة مع المريض، وذلك بعد حوالي نصف ساعة من وصول المريض إلى غرفته.
13. تم استعمال الأداة الثانية لتقييم مستوى القلق لدى المجموعتين مع اعطاء وقت كافي للإجابة عليها، وذلك من خلال سؤال المريض كيف تشعر الان ((في هذه اللحظة)) ويتم ذلك قبل 2-4 ساعة من إجراء القطرة القلبية.
14. تم تزويد المرضى في المجموعة التجريبية بالمعلومات المتعلقة بالقسطرة القلبية عبر عرض مقطع فيديو تعليمي مصمم من قبل الباحث بعد استعراض المراجع ذات الصلة يحتوي على البنود التالية (معلومات مع عرض توضيحي حول تعريف القطرة القلبية والهدف منها، خطوات الإجراء، المضاعفات المحتملة للإجراء، دور المريض خلال الإجراء) وذلك قبل 2 ساعة قبل إجراء القطرة، وبعدها تم أيضاً استعمال الأداة الثانية لتقييم مستوى القلق لدى المجموعتين.
15. تم ترميز البيانات المأخوذة من الاستبيانات، ومن ثم تفرغها ضمن برنامج التحليل الإحصائي SPSS V20، وقد تم استخدام الاختبارات الاحصائية التالية: (المتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD) والتكرار (N) والنسبة المئوية (%). اختبار كاي تربيع (χ^2 Chi square)، الاختبار (T-independent test)).

4. النتائج:

الجدول رقم (1): توزيع الخصائص الديموغرافية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

P	χ^2	المجموعة التجريبية N=25		المجموعة الضابطة N=25		فئات المتغير	المتغير
		%	N	%	N		
0.592	1.048	0	0	0	0	18-29 سنة	العمر
		4	1	0	0	30-39 سنة	
		40	10	44	11	40-49 سنة	
		56	14	56	14	50-60 سنة	
0.758	0.095	72	18	68	17	ذكر	الجنس
		28	7	32	8	أنثى	
0.893	0.227	12	3	8	2	عازب	الحالة الاجتماعية
		72	18	76	19	متزوج	

		16	4	16	4	أرمل	
0.569	0.325	52	13	60	15	ريف	السكن
		48	12	40	10	مدينة	
0.244	2.747	52	13	68	17	ضعيف	الوضع الاقتصادي
		48	12	28	7	متوسط	
		0	0	4	1	جيد	
		0	0	0	0	ممتاز	
0.071	7.540	16	4	48	12	ابتدائي	مستوى التعليم
		28	7	20	5	اعدادي	
		28	7	8	2	ثانوي	
		28	7	24	6	جامعي	
		0	0	0	0	فوق جامعي	
0.416	2.131	44	11	28	7	موظف	المهنة
		48	12	68	17	عمل حر	
		8	2	4	1	متقاعد	

يظهر الجدول رقم 1 توزيع الخصائص الديموغرافية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث أظهر أن النسبة الأعلى لأفراد المجموعتين (56% ضابطة مقابل 56% تجريبية) كانوا من الفئة العمرية [50-60 سنة]، والنسبة الأعلى منهم (68% ضابطة مقابل 72% تجريبية) كانوا ذكور، و(76% ضابطة مقابل 72% تجريبية) متزوجين، ويسكن (60% ضابطة مقابل 52% تجريبية) في الريف. كما كان الوضع الاقتصادي ضعيفاً عند (68% ضابطة مقابل 52% تجريبية)، بينما كان مستوى تعليم النسبة الأعلى منهم 48% في المجموعة الضابطة هو ابتدائي، وتوزعوا بنسب متساوية 28% في المجموعة التجريبية بين الاعدادية والثانوية والجامعي، ومن حيث المهنة كانت النسبة الأعلى منهم (68% ضابطة مقابل 48% تجريبية) يعملون أعمالاً حرة.

الجدول رقم (2): توزيع الخصائص الصحية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

P	χ^2	المجموعة التجريبية N=25		المجموعة الضابطة N=25		فئات المتغير	المتغير
		%	N	%	N		
0.480	0.500	84	21	76	19	يوجد	تاريخ سابق لمرض
		16	4	24	6	لا يوجد	
-	-	80	20	80	20	يوجد	دخول سابق للمشفى
		20	5	20	5	لا يوجد	
0.733	0.117	76	19	80	20	يوجد	التدخين
		24	6	20	5	لا يوجد	
0.156	2.013	64	16	44	11	يوجد	تاريخ عائلي سابق للأمراض القلبية
		36	9	56	14	لا يوجد	

يظهر الجدول رقم 2 توزع الخصائص الصحية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث أظهر أن (76% ضابطة مقابل 84% تجريبية) لديهم تاريخ سابق لمرض، و(80% ضابطة مقابل 80% تجريبية) لديهم دخول سابق للمشفى، و(80% ضابطة مقابل 76% تجريبية) يدخنون، ومن حيث وجود تاريخ عائلي سابق للأمراض القلبية فلم يكن لدى النسبة الأعلى 56% للمشاركين في المجموعة الضابطة أي تاريخ سابق لتلك الأمراض، بالمقابل كان لدى 64% من المجموعة التجريبية تاريخ سابق للأمراض القلبية. ونلاحظ بشكل عام عدم وجود فروق معنوية ذات أهمية إحصائية (مستوى المعنوية $P > 0.05$) في توزيع الخصائص الصحية المدروسة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

الجدول رقم (3): مقارنة مستويات القلق لدى المشاركين بالدراسة في كل مجموعة وبين مجموعتي الدراسة قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو

P/ χ^2	المجموعة التجريبية N=25		المجموعة الضابطة N=25		مستوى القلق	التوقيت
	%	N	%	N		
0.381/ 3.020	4.0	1	4.0	1	متدني	قبل المحاضرة
	32.0	8	52.0	13	خفيف	
	36.0	9	32.0	8	متوسط	
	28.0	7	12.0	3	شديد	
0.000**/ 24.076	20.0	5	0	0	متدني	بعد المحاضرة
	44.0	11	4.0	1	خفيف	
	36.0	9	64.0	16	متوسط	
	0	0	32.0	8	شديد	
	**0.001 /17.0895		0.284 /7.589		P/ χ^2	

χ^2 : يشير إلى اختبار كاي تربيع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة. * ذو دلالة إحصائية هامة $P < 0.05$ ** ذو دلالة إحصائية هامة جداً $P < 0.001$

يبين الجدول رقم 3 مقارنة مستويات القلق لدى المشاركين بالدراسة في كل مجموعة وبين مجموعتي الدراسة قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو، حيث أظهر قبل تطبيق المحاضرة أن النسبة الأعلى للمشاركين 52% في المجموعة الضابطة لديهم مستوى خفيف من القلق، بالمقابل كانت النسبة الأعلى للمشاركين 36% في المجموعة التجريبية لديهم مستوى متوسط من القلق. وبعد تطبيق المحاضرة كان مستوى القلق متوسطاً لدى النسبة الأعلى من أفراد المجموعة الضابطة بنسبة 64%، بينما كان خفيفاً لدى 44% من أفراد المجموعة التجريبية. وأظهر الجدول أن اختلاف مستوى القلق بين المجموعتين قبل تطبيق المحاضرة لم يكن ذو دلالة إحصائية مهمة لأن (مستوى المعنوية $P > 0.05$)، بينما كان هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية مهمة ($P = 0.000$) في مستوى القلق بين المجموعتين بعد تطبيق محاضرة الفيديو. كما بين الجدول عدم وجود اختلاف ذو دلالة إحصائية مهمة في مستوى القلق في المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو لأن (مستوى المعنوية $P > 0.05$)، بينما أظهر وجود اختلاف ذو دلالة إحصائية مهمة ($P = 0.001$) في المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو. وبالنتيجة نقبل بفرضية الدراسة القائلة بأن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القنطرة القلبية أقل من الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

5. المناقشة:

تعتبر قسرة القلب من أكثر التقنيات والوسائل التشخيصية استخداماً في جميع أنحاء العالم، وعلى الرغم من كونها الاختبار المفضل لتشخيص وعلاج أمراض الشرايين التاجية، إلا أنها لا تزال تسبب بعض المضاعفات المحتملة؛ وتعتبر قسرة القلب بشكل عام إجراءً اختياريًا يتبع فيه المريض بروتوكولاً يتطلب الدخول إلى المستشفى؛ وقد يكون انتظار الخضوع لإجراء القسرة القلبية مصدرًا رئيسيًا للتوتر والقلق، وهذا يجعل الوضع أكثر تعقيداً لفريق التمريض، فيجد أفراد التمريض صعوبة في التعامل مع قلق المرضى في فترة ما قبل إجراء القسرة، وقد يتفاقم ذلك بسبب عدم وجود معايير أو تداخلات تمريضية محددة تتعلق بدعم المرضى في مواجهة هذا الموقف [10].

بينت الدراسة الحالية من الجدول رقم (3) أنه قبل تطبيق المحاضرة كان مستوى القلق خفيف عند النسبة الأعلى من المرضى في المجموعة الضابطة، وكان متوسطاً لدى النسبة الأعلى من المرضى في المجموعة التجريبية، وبعد تطبيق المحاضرة ازداد مستوى القلق في المجموعة الضابطة من دون وجود دلالة إحصائية مهمة لهذا التغير، بينما تراجع ليصبح خفيفاً وبشكل هام إحصائياً عند أفراد المجموعة التجريبية، وبين الجدول عدم وجود أهمية إحصائية للاختلاف بين المجموعتين قبل تطبيق المحاضرة، بينما ظهر اختلاف مهم إحصائياً بين المجموعتين بعد محاضرة الفيديو، وهو ما يشير إلى أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسرة القلبية أقل منه عند الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

في لحظات انتظار الخضوع لأي إجراء أو تداخل طبي عادة ما يتراد القلق والخوف من المجهول كلما اقترب موعد ذلك الإجراء أو التداخل؛ ولكن في البداية كان القلق خفيفاً لدى أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطاً لدى نظرائهم في المجموعة التجريبية، الأمر الذي يمكن تبريره بأن معظم أفراد المجموعة التجريبية لديهم تجارب سابقة مع الأمراض القلبية مما جعل مستوى قلقهم أعلى، ولكن مشاهدتهم للفيديو التعليمي قد يكون ساهم بشكل جيد في تقليل مستوى القلق، بسبب زيادة معرفتهم ومعلوماتهم حول الإجراء وخطواته بالصوت والصورة، بينما تزايد القلق لدى أفراد المجموعة الضابطة.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة الأمريكية التي قامت بها (Stanley, 2020) أنفة الذكر؛ حيث بينت نتائجها أن مستويات القلق لدى المرضى المشاركين في المجموعة الضابطة ازدادت بعد تطبيق تداخل الفيديو التعليمي، بينما انخفضت مستوياته لدى مرضى المجموعة التجريبية بعد تطبيق التداخل، وقد أشارت نتائج تلك الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية مهمة بين المجموعتين بعد تطبيق تداخل الفيديو التعليمي، الأمر الذي يدل على نجاح تداخل الفيديو التعليمي في تخفيف القلق لدى المرضى قبل إجراء القسرة القلبية [10].

كما اتفقت النتيجة الحالية مع نتائج دراسات كل من (Nastaran et al, 2021) و (Torabizaeh et al, 2021) و (Keshvari et al, 2021) و (Shahpari et al, 2021) أنفة الذكر حيث بينت نتائج تلك الدراسات أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية متعلقة بمستويات القلق لدى المرضى بين ما قبل تطبيق التداخل التعليمي بالفيديو وبين ما بعده لصالح أفراد المجموعات التجريبية، حيث انخفضت مستويات القلق لدى أفراد تلك المجموعات على عكس أفراد المجموعات الضابطة التي ازداد لديهم مستوى القلق بعد تطبيق الفيديو التعليمي [11، 14، 15، 16].

على العكس من ذلك فإن النتيجة الحالية لم تنسجم مع نتائج الدراسة العراقية التي أجريت من قبل (Qasim & Kathim, 2017) أنفة الذكر، حيث بينت نتائجها أن مستويات القلق لدى المرضى في المجموعة التجريبية والضابطة طرأ عليها ازدياد طفيف بعد تطبيق تداخل الفيديو التعليمي ولم يكن هناك اختلاف مهم إحصائياً بين المجموعتين قبل أو بعد تطبيق التداخل بالفيديو، كما لم يكن هناك فروق ذات أهمية إحصائية في مستوى القلق بين الفترتين قبل وبعد التطبيق لدى كل من المجموعتين، وعليه فقد وجد الباحثان أن تطبيق تداخل الفيديو التعليمي لم يكن فعالاً في تخفيف القلق لدى المرضى الذين ينظرون إجراء القسرة القلبية [17].

كما لم تكن النتيجة الحالية متوافقة مع نتائج الدراسة البرتغالية التي أجريت من قبل (Rajendiran et al, 2011) أنفة الذكر، والتي بينت نتائجها عدم فعالية استخدام الفيديو التعليمي لتخفيف القلق لدى المرضى الذين ينتظرون موعد الخضوع لإجراء القسطرة القلبية، حيث أشارت نتائج تلك الدراسة إلى عدم وجود فروق هامة إحصائياً بين مستويات القلق لدى أفراد مجموعتي الدراسة لا قبل ولا بعد، وخاصة لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين ازداد لديهم مستوى القلق بشكل خفيف بعد تطبيق التداخل بالفيديو التعليمي [18].

ساهمت الدراسة الحالية في تقديم دليل ملموس على أن التداخل باستخدام الفيديو التعليمي يعتبر وسيلة فعالة لتقليل القلق والتوتر لدى المرضى في مرحلة ما قبل الخضوع لإجراء القسطرة القلبية، وهو يمكن أن يكون مفيداً ويساعد أفراد الكادر التمريضي على تقديم المعلومات للمرضى قبل الإجراء، ويمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في صياغة وتصميم برامج تعليمية قائمة على استخدام وسائل وتقنيات حديثة مرئية ومسموعة لتقديم المعلومات للمرضى الأمر الذي سوف يساهم في تقليل مستويات القلق لديهم

6. الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات: أظهرت الدراسة الحالية أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسطرة القلبية أقل منه عند الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو، وهذا يثبت فرضية البحث التي تنص على أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسطرة القلبية أقل من الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

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

- إعادة إجراء الدراسة على عينة أكبر من المرضى للاستفادة منها في تعميم النتائج بشكل أدق وأشمل.
- الاعتماد على مداخل الفيديو التعليمي واعتباره إجراءً تمريضياً يتم تنفيذه روتينياً بهدف تقليل مستوى القلق لدى المرضى قبل إجراء القسطرة القلبية بعد إجراء المزيد من الدراسات .
- إجراء دراسة مماثلة لتقييم فعالية فيديو تعليمي على مستوى القلق الذين يخضعون لإجراءات غازية أخرى.

7. المراجع

1. عبد اللطيف، حسين فرج.(2009). الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، ط1، مكة المكرمة، دار حامد للنشر والتوزيع.
- 1- Cardiovascular diseases. (2015) reviewed in 22/10/2021. Available at https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/ar/ .
2. WHO. (2017). Cardiovascular diseases. Available at <http://www.emro.who.int/ar/health-topics/cardiovascular-diseases/index.html> reviewed in 22/10/2021
3. Dubey, L., Epstein, N. (2012). Cardiac catheterization and complications: initial experience. Journal of College of Medical Sciences–Nepal; 8(2): 1–6
4. Devcich, D., Ellis, C., Gamblec, G., Petriea, K. (2008). Psychological responses to cardiac diagnosis: Changes in illness representations immediately following coronary angiography. Journal of Psychosomatic Research; 65 (6): 553–556
5. Karadeniz, G., Altiparmak, S., Aydemir, O., Karadag, F. (2005). Anxiety and depression before coronary angiography. 3P Journal; 13: 43–7.

6. Beasley, M., Thompson, T., Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*; 34: 77–95.
7. Weeks, B., Nilsson, U. (2011). Music interventions in patients during coronary angiographic procedures: a randomized controlled study of the effect on patients' anxiety and well-being. *Eur J Cardiovasc Nurs*; 10: 88–93
8. Watkins, L., Blumenthal, A., Davidson, R., Babyak, A., Mccants, B., Sketch, H. (2006). Phobic anxiety, depression, and risk of ventricular arrhythmias in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*; 68(5): 651–656.
9. Stanley, L. (2020). The Effect of Pre-Procedural Video Education on Patients Undergoing Cardiac Catheterization. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Nursing Practice Degree. University of Maryland School of Nursing
10. Nastaran, M., Aghebati, N., FalSoleiman, H. (2021). Comparison the Effect of Organized education by Group discussion and |Im screening on Anxiety and Contrast-induced nephropathy in Coronary catheterization Patients; A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Cardiology*; 2(8): 92–99.
11. Beck, At., Epstein, N., Brown, G., Steer, A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and, clinical psychology*; 56: 893–97.
12. Laila, S. (2012). Impact of applying foot massage on physiological and, psychological status among critically ill patients. Unpublished doctorate dissertation, Faculty of Nursing, Alex University.
13. Torabizadeh, C., Roust, S., Kojouri, J. (2021). Efficacy of education delivery through multimedia and text messaging on the psychological parameters of patients scheduled for coronary angiography: a single-blind randomized controlled clinical trial. . *BMC Cardiovasc Disord*; 21(3): 1–10.
14. Keshvari, M., Yeganeh, M., Paryad, E. (2021). The effect of virtual reality distraction on reducing patients' anxiety before coronary angiography: a randomized clinical trial study. *Egypt Heart J*; 73(98): 1–20.
15. Shahpari, M., Heidari, S., Sadeghi, T. (2021). The effects of a telephone-based orientation program, delivered during the waiting time, on anxiety in patients undergoing coronary angiography. *Journal of Perioperative Nursing*; 34(1): 1–13.

16. Qasim, A., Kathim, H. (2017). Effectiveness of an Educational Video Intervention on Anxiety Level of Patients prior to Diagnostic Coronary Catheterization in Al-Nasiriya's Cardiac Center. IOSR Journal of Nursing and Health Science; 6(4): 57-64.
17. Rajendiran, M., Kulanthaiammal, C., Chockalingam, K. (2011). A Study To Assess The Effectiveness of Video Assisted Teaching On Anxiety and Depression Among Patients Subjected to Ptca And Their Spouses at Kmch, Coimbatore. Journal of Perioperative Nursing; 65(2): 12-23.

فعالية برنامج تثقيفي حول الفحوص الطبية ما قبل الزواج على معلومات واتجاهات طلاب الكليات الغير طبية

د. مروان عيسى **

سهى نصر السقر *

(الإيداع: 21 أيلول 2021، القبول: 6 نيسان 2022)

الملخص:

تعد أمراض الدم الوراثية من المسببات الرئيسية في وفيات الأطفال والرضع و إمراضيات الأطفال في البلدان العربية. يعدّ الفحص الطّبي قبل الزواج واحد من أهم استراتيجيات الوقاية من الأمراض الوراثية والشذوذات الخلقية . هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم فعالية برنامج تثقيفي حول الفحوص الطبية ما قبل الزواج على معلومات واتجاهات الطلاب في الكليات الغير طبية . تصميم الدراسة شبه تجريبي (أسلوب اختبار قبلي _بعدي) تم إجراؤها في ثلاث كليات : كلية التربية والاقتصاد والهندسة المعلوماتية . تضمنت الدراسة 300 طالب/ة تم اختيارهم من الكليات سابقة الذكر بطريقة الاعتيان العشوائي البسيط. وتم جمع البيانات في الفترة ما بين 15 كانون الثاني حتى 30 تموز من عام 2021 باستخدام استبيان طورته الباحثة يتكون من ثلاثة أجزاء . أظهرت النتائج أن غالبية الطلاب كانوا ضمن المستوى المتوسط 93.3% قبل تطبيق البرنامج وأن البرنامج التثقيفي كان ناجحاً فتحسنت معلومات الطلاب حول الفحص الطبي قبل الزواج بشكل ملحوظ وازداد تشجيعهم على الالتزام بنتائج الفحص . أوصت الدراسة بإجراء مثل هذه البرامج التثقيفية وتفعيل كل وسائل الإعلام المتاحة للتزويد بمعلومات دقيقة حول مختلف جوانب الفحص الطبي قبل الزواج.

الكلمات المفتاحية: برنامج تثقيفي، الفحص الطبي قبل الزواج ، معلومات، اتجاهات، الكليات الغير طبية

* طالبة دراسات عليا(ماجستير) ، قسم ترميض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

** أستاذ، قسم ترميض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Effectiveness of an Educational Program about Premarital Medical Examination on Knowledge and Attitude among Students at Non–Medical Faculties.

Suha nasr Alsaqr*

Dr. Marwan Essa**

(Received:21 September 2021 , Accepted:6 April 2022)

Abstract:

Hereditary blood disorders are the main causes of infants and child death, morbidity, and disability in Arab countries. Premarital screening is one of the most important strategies for prevention of genetic disorders and congenital anomalies. This study was conducted to assess effectiveness of an educational program about premarital medical examination on knowledge and attitude among students of non–medical faculties. A quasi– experimental (pretest–posttest approach) was conducted at three faculties: faculty of Education, faculty of Economy, and faculty of Informatics engineering. 300 students of both genders from previously mentioned faculties were included in the study and they were chosen by the simple random sampling method. Data was collected during the period from 15 January 2021 to 30 July 2021 and a questionnaire consists from three parts was developed by the researcher was used. The results showed that almost all of students were in the middle average 93.3% before the program. The program was successful: Almost all of students' knowledge about premarital medical examination was markedly improved and their encouragement for obligation of examination's results was increased. Conduction of similar educational programs and activation of all available media to provide accurate information about different aspects of premarital medical examination was recommended.

Keywords: educational program, premarital medical examination, knowledge, attitude, non–medical faculties.

* Postgraduate Student (Master), Department of Maternity and Women's Health Nursing, Faculty of Nursing, Tishreen university, Lattakia.

**Professor, Department of Maternity and Women's Health Nursing, Faculty of Nursing, Tishreen university, Lattakia.

1-مقدمة:

يولد في كل عام آلاف الأطفال المصابين بأمراض وراثية في العالم ، فمن بين كل (1000) طفل يوجد احتمال أن يحمل (5) منهم أمراضاً وراثية أو اختلالات كروموسومية خطيرة ، وفي تقديرات أخرى فإن ثلث الأطفال الذين يعالجون في المستشفيات أو لديهم إعاقات هم عادة ضحايا لأمراض وراثية متنوعة (1).

تعد اعتلالات الصحة والمادة الوراثية وما ينتج عنها مشكلة صحية واجتماعية واقتصادية تؤثر على الأسرة وتحد من إمكانياتها الصحية والمعيشية كونها أمراض مزمنة تحتاج إلى رعاية صحية مستمرة، وعلى الرغم من أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في رفاهية الحياة الأسرية وسعادتها واستقرارها ، وبالتالي في مدى نجاحها في أداء واجباتها، إلا أن العامل الصحي له تأثير سريع وحاد ومباشر على استقرار الأسرة ورفاهيتها وكافة وظائفها فأصابة أحد أفراد الأسرة بمرض مزمن ، أو إصابته بإعاقة جسمية أو عقلية يؤثر على الأسرة اجتماعياً واقتصادياً وعاطفياً(2,3,4,5).

يُعرف الفحص الطبي قبل الزواج :هو إجراء الفحص الطبي للمقبلين على الزواج لمعرفة وجود الإصابة لصفة بعض الأمراض الوراثية (فقر الدم المنجلي _ الثلاسيميا) وبعض الأمراض المعدية (التهاب الكبد الفيروسي B-C -نقص المناعة المكتسب AIDS) وذلك بعد إعطاء المشورة الطبية حول احتمالية انتقال تلك الأمراض للطرف الآخر أو للأبناء في المستقبل وتقديم الخيارات والبدائل أمام الخطيبين من أجل مساعدتهما على التخطيط لأسرة سليمة صحياً (6).

وتشمل اختبارات ما قبل الزواج تحاليل تعداد عام وصيغة وزمرة دموية والتهاب كبد B و C ورحلان خضاب فضلاً عن فحص سريري بواسطة استمارة يملأها الشريكين وتتضمن معلومات حول التاريخ الطبي العائلي والتاريخ الطبي الشخصي ومعلومات شخصية (7).

وفي طريق إثبات ضرورة التثقيف حول هذه الفحوص قامت أبحاث كثيرة بتقييم المعلومات والاتجاهات حول هذه الفحوص ومثال على تلك الدراسات جاءت دراسة قامت بها (Alkindi et al, 2012) عمان بعنوان معلومات واتجاهات طلاب جامعة السلطان قابوس حول برنامج الفحص الطبي قبل الزواج على عينة تتألف من 590 طالب وطالبة غير متزوجين وجاءت نتائج هذه الدراسة بأن أغلب المشاركين كان لديهم معلومات جيدة حول الفحص الطبي قبل الزواج ولكن معلوماتهم غير كافية بالنسبة لبعض جوانب الفحص مثل ما هي الأمراض المتضمنة بالفحص ونسبة قليلة منهم ترفض الخضوع للفحص لعدة أسباب منها الخوف من إيجابية النتائج ومنعها للزواج(8).

وفي هذا الصدد أيضاً أجريت العديد من الدراسات التي حاولت إثبات فعالية البرامج التثقيفية حول الفحص: منها دراسة قامت بها (Ibrahim et al, 2011) حول فعالية برنامج تثقيفي حول فحوص ما قبل الزواج لدى الطالبات الغير متزوجات في جامعة الملك عبد العزيز . ووجدت أن معلومات الطالبات كانت منخفضة حول الفحوص قبل البرنامج التثقيفي : 80,9% من الطالبات كانت معلوماتهن ضعيفة ، و 12,5% كانت معلوماتهم متوسطة بينما 6,6% لديهم درجات مرضية من المعلومات. وبعد إكمال البرنامج التثقيفي تحسنت معرفة الطالبات حول الفحوص بشكل ملحوظ حيث ترجعت نسبة الطالبات اللواتي كانت لديهن معرفة ضعيفة من 80,9% إلى 21,9% ومن جهة أخرى ارتفعت نسبة الطالبات اللواتي كانت لديهن درجة مرضية من المعلومات قبل تطبيق البرنامج من 6,6% إلى 45,8% بعد تطبيقه(9).

تتجلى أهمية الدور التمريضي في تقديم النصح والمشورة للمقبلين على الزواج حول ضرورة الخضوع لفحوص ما قبل الزواج، فالمريض مثقف صحي ويقع على عاتقه نشر المعلومات الوراثية بشكل أوسع للأفراد في المجتمع ومساعدتهم على اتخاذ القرار، والشرح المفصل عن العواقب المترتبة في حال عدم التقيد بنتيجة الاختبارات في حال أذرت بالسوء، ومساعدة الطرفين على تقبل النتائج مهما كانت، وتصحيح لتصوراتهم السلبية حول تلك الفحوص (10,11,7).

2- أهمية البحث وأهدافه:

2-1 أهمية البحث: يتضح مما سبق أن الإصابة بأحد الأمراض الوراثية أو المعدية (المنتقلة بالجنس) أو عدم الإنجاب أو حتى التأخر بالإنجاب مشاكل ليست صحية فقط وإنما لها عواقب وخيمة على الفرد والأسرة وعلى المجتمع وخاصةً في حال الإصابة بمرض مزمن يحتاج إلى رعاية طبية ونفسية مستمرة فضلاً عن إحساس والدي الطفل المصاب بالذنب وتكاليف العلاج الباهظة التي تهلك ميزانية الأسرة والدولة ، فيبرز الفحص الطبي قبل الزواج واحد من أنجح الوسائل في الوقاية من تلك المشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية وخاصةً إذا ما تم توجيه التثقيف الصحي حول الفحص الطبي قبل الزواج إلى فئة الشباب الذين هم عصب المجتمع وهم الفئة المقبلة على الزواج . تأتي أهمية الدراسة من كونها ستوفر قاعدة نظرية لأبحاث مستقبلية حول معلومات واتجاهات طلاب الكليات غير الصحية وستوفر المعلومات حول الفحص الطبي قبل الزواج لفئة الشباب وتعزز المعرفة بالمشكلة فتحسن صحة الأفراد وتقلل نسبة الأمراض والوفيات، وتقيس فعالية برنامج يمكن اعتماده مستقبلاً للتثقيف حول هذا الموضوع فضلاً عن محدودية الدراسات في هذا المجال في سوريا.

2-2 هدف البحث: تقييم فعالية برنامج تثقيفي حول الفحوص الطبية ما قبل الزواج على معلومات واتجاهات طلاب الكليات غير الصحية

3- طريقة البحث و مواده:

3-1 تصميم البحث: تم استخدام المنهج شبه التجريبي

3-2 مكان وزمان البحث: تم إجراء البحث في كليات التربية والاقتصاد والهندسة المعلوماتية في جامعة تشرين في محافظة اللاذقية ، في الفترة الزمنية الممتدة ما بين 2021/1/15 وحتى 2021/7/30.

3-3 عينة البحث: تم إجراء هذا البحث على عينة قوامها 300 طالب وطالبة ، 100 طالب من كل كلية من الكليات المذكورة سابقاً تم اختيارهم بطريقة الاعتيان العشوائي البسيط من طلاب السنوات الأخيرة في تلك الكليات

مواصفات العينة: طلاب السنوات الأخيرة من الكليات السابقة الذكر ، الغير متزوجين

3-4 أداة البحث: تم تطوير استمارة استبيان من قبل الباحثة لجمع البيانات الخاصة بالبحث بعد الاطلاع على المراجع ذات الصلة(12,13,14,15) وقد اشتمل بصورته النهائية على ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: تضمن البيانات الديموغرافية للعينة (العمر، الجنس، مكان السكن).

الجزء الثاني: ويتضمن تقييم معلومات الطلاب حول فحوص ما قبل الزواج (تعريفها- فوائدها_ ماذا تتضمن...؟) وتقييم معلومات الطلاب حول الأمراض الوراثية مثل (الثلاسيميا ، فقر الدم المنجلي..الخ) والأمراض المنتقلة بالجنس والمعدية مثل (التهاب الكبد الفيروسي_الهربس_والإيدز).

الجزء الثالث: تضمن تقييم اتجاهات الطلاب ازاء فحوص ما قبل الزواج وفقاً لمقياس ليكرت المؤلف من ثلاث نقاط (موافق، محايد، لا وأفق) بعبارة مثل (الفحص الطبي سيمنع الزواج - نتائج الفحص قد تشكل وصمة عار في حال سلبيتها - هي اجراء ضروري ويجب تطبيقه - تأييد زواج الأقارب-أترجع في حال ثبت مانع في زواجي..الخ).

3-5 طريقة البحث.

1-تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة لجمع البيانات.

2-تم تطوير أداة البحث من قبل الباحثة بالاعتماد على المراجع المتعلقة بموضوع البحث، وتم تحديد مصداقيتها ووضوحها من خلال عرضها على لجنة مؤلفة من ثلاث خبراء من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم ترميض الأمومة وصحة المرأة في كلية الترميض وقد وافقوا جميعاً عليها، مع اقتراح بعض التعديلات.

3-تم إجراء دراسة استرشادية (Pilot study) باستخدام أداة البحث على 30 % من العينة أي 30 (تم استبعادهم من عينة الدراسة) لتقييم وضوح الأداة وإمكانية تطبيقها لجمع البيانات ، وتحديد الوقت اللازم لتعبئة الاستبيان وإجراء التعديلات إن لزم الأمر . وقياس ثبات الأداة كان معامل ألفا كرونباخ 0,86.

4-تم جمع البيانات من قبل الباحثة باستخدام الأداة المطورة ، عن طريق المقابلة الشخصية مع الطلاب، بعد أخذ موافقتهم الشفهية على المشاركة في الدراسة، بعد شرح هدف الدراسة وأهميتها لهم مع ضمان سرية المعلومات المذكورة ضمن الاستبيان واستخدامها لغرض البحث فقط مع التأكيد على حقهم في رفض إعطاء المعلومات (اختبار قبلي) . عدد أسئلة تقييم المعلومات هي 26 سؤال وترميز المقياس بين القيم (0-1-2) حيث أخذت الإجابة الصحيحة الكاملة (2) والإجابة الصحيحة غير الكاملة (1) والإجابة الخاطئة (0)، وبذلك تكون الدرجة الكلية لكل فرد على مقياس المعلومات محصورة بين القيمتين (0-52)، حيث تمثل الدرجة الصفر الافتراض بان شخصا ما قد كانت اجابته (0) على كل البنود والدرجة (52) تمثل الافتراض بأن شخصا ما قد كانت اجابته (2) على كل البنود. وتم تقسيم مستويات المعلومات إلى مرتفع عندما كانت الدرجة بين 35 و 52 ومتوسط بين 18 و 34 ومنخفض بين 17 وحتى الصفر، وفيما يتعلق بمحور الاتجاهات فكان عدد العبارات 14 عبارة و ترميز المقياس : موافق_محايد_ غير موافق فأخذ الجواب الصحيح (2) والمحايد (1) والخاطئ (0) ، وبذلك تتراوح الدرجات بين (0) و (28) وتمثل القيمة 28 الافتراض بأن جميع اتجاهات الطالب كانت ايجابية .

5-بناءً على الدراسة الاسترشادية ومراجعة الأدبيات السابقة ذات الصلة بالبحث تم إعداد البرنامج التثقيفي فتضمن 12 جلسة فكانت الجلسة الأولى في كل كلية عبارة عن تعارف وتعريف بالبرنامج وأهدافه وباقي الجلسات تضمن محتواها عدة محاور: المحور الأول : مفهوم الفحص قبل الزواج وأهميته وفوائده ومكوناته والمحور الثاني : معلومات حول الأمراض الوراثية ، أشيعها وأعراضها ومضاعفاتها. المحور الثالث: الأمراض المعدية(المنتقلة بالجنس) وأشيع مضاعفاتها وتم اعتماد أسلوب المناقشة وخاصةً حول تصحيح تصورات واتجاهات الطلاب السلبية بالإضافة إلى التغذية الراجعة مع الاستعانة بعروض power point وكانت مدة كل جلسة ساعة واحدة بمعدل جلستين لكل كلية في الأسبوع .

6-بعد انتهاء البرنامج تم توزيع الاستبيانات على الطلاب (اختبار بعدي) ثم إعادة توزيع الاستبيانات مرة جديدة لتقييم معلومات واتجاهات الطلاب بعد انتهاء البرنامج التثقيفي بشهر ومرة جديدة بعد 3 أشهر وتم تفرغ البيانات وتحليلها باستخدام برنامج SPSS (V26) ، واستخدمت اختبارات الإحصاء الحيوي التالية: النسب المئوية (%) والتكرارات (N) والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD).

4- النتائج:

الجدول رقم (1): توزيع الطلاب حسب بياناتهم الديموغرافية:

عدد الطلاب = 300		البيانات	
%	N		
77.3	232	22_20	العمر
18.7	56	24_23	
4.0	12	27-25	

30.7	92	نكر	الجنس
69.3	208	أنثى	
33.33	100	هندسة معلوماتية	الكلية
33.33	100	اقتصاد	
33.33	100	تربية	
45.3	136	مدينة	السكن
43.3	130	ريف	
11.3	34	ضواحي	
2.7	8	أمّي	المستوى التعليمي للأب
16.7	50	تعليم أساسي	
38.7	116	تعليم ثانوي	
42.0	126	جامعي وما فوق	
1.3	4	أميّة	المستوى التعليمي للأم
18.0	54	تعليم أساسي	
39.3	118	تعليم ثانوي	
41.3	124	جامعي وما فوق	

يبين الجدول رقم (1) توزع الطلاب حسب بياناتهم الديموغرافية حيث كان أكثر من ثلاثة أرباع العينة (77,33%) في المرحلة العمرية (20_22) وأكثر من نصف العينة من الإناث (69,3%) و بالنسبة للمستوى التعليمي للأب فكان الجامعيون منهم قد سجلوا أعلى نسبة (42%) وكذلك الأمر بالنسبة لمستوى الأمهات ، فالجامعيات أعلى نسبة وكانت (41,3%).

الجدول رقم (2) : نسب توزع الطلاب حسب معلوماتهم حول الفحوص الطبية قبل الزواج

لا أعرف		لا		نعم		الأسئلة
%	N	%	N	%	N	
93.3	280	4.0	12	2.7	8	1 تُجرى الفحوص الطبية قبل الزواج للمقبلين على الزواج لمعرفة وجود إصابة ببعض الأمراض الوراثية(كالثلاسيميا وفقر الدم المنجلي) والمعدية(المنتقلة بالجنس).
66.0	198	24.7	74	9.3	28	2 تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج تحاليل تعداد عام
66.0	198	22.7	68	11.3	34	3 تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج تحليل زمرة دموية
45.3	136	36.7	110	18.0	54	4 تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج تحليل التهاب كبد B
35.3	106	46.7	140	18.0	54	5 تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج رحلان خضاب
64.7	194	26.7	80	8.7	26	6 تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج الإيدز
80.0	240	12.7	38	7.3	22	7 هل تقلل الفحوص الطبية من حدوث التشوهات الولادية؟
46.7	140	22.0	66	31.3	94	8 هل تقلل الفحوص الطبية من حدوث الإجهاضات؟
25.3	76	10.7	32	64.0	192	9 هل زواج الأقارب يؤدي دائماً إلى إصابة أحد الأبناء بمرض وراثي؟
18.0	54	15.3	46	66.7	200	10 لكي يصاب الابن بمرض وراثي ناتج عن زواج الأقارب لا بد أن تظهر أعراض المرض عند والديه ؟
62.7	188	22.7	68	14.7	44	11 قد يصاب أبناء الشخص المصاب بمرض وراثي بنفس المرض حتى وإن تزوج بفرد سليم
18.0	54	40.0	120	42.0	126	12 هل تظهر أمراض الدم الوراثية من اليوم الأول للولادة؟
8.0	24	11.3	34	80.7	242	13 هل إصابة أحد الأبوين بمرض وراثي تعني انتقال المرض إلى جميع الأبناء؟
7.3	22	15.3	46	77.3	232	14 هل يقتصر تقديم المشورة الوراثية على المتزوجين من الأقارب فقط؟
12.0	36	26.0	78	62.0	186	15 تُجرى الفحوص الطبية في بلدنا في المشافي فقط
48.0	144	34.0	102	18.0	54	16 الثلاسيميا مرض وراثي
74.7	224	21.3	64	4.0	12	17 فقر الدم المنجلي مرض وراثي
38.0	114	38.7	116	23.3	70	18 أنيميا الفول (الفوال) مرض وراثي
46.7	140	28.7	86	24.7	74	19 متلازمة داون (المنغوليا) مرض وراثي
50.0	150	43.3	130	6.7	20	20 السكري نمط 1 وراثي
7.3	22	53.3	160	39.3	118	21 السكري نمط 2 وراثي
21.3	64	36.0	108	42.7	128	22 هل ينتقل التهاب الكبد B بالجنس
21.3	64	40.7	122	38.0	114	23 هل ينتقل التهاب الكبد C بالجنس
86.7	260	6.7	20	6.7	20	24 هل ينتقل الايدز بالجنس
25.3	76	44.7	134	30.0	90	25 هل ينتقل الهربس بالجنس
16.0	48	22.0	66	62.0	186	26 هل ينتقل السرطان بالجنس

يظهر الجدول رقم (2) أن غالبية الطلاب (93,3%) لا يعرفون ما هو مفهوم الفحص الطبي قبل الزواج وأن غالبيتهم لا يعرفون ماذا يتضمن الفحص فسجلت إجابة لا أعرف على ما يلي (تعداد دم 66%، زمرة دموية 66%، التهاب الكبد B 45,3%، الإيدز 64,7%) وفيما إذا كان الفحص يقلل من حدوث التشوهات الولادية و الإجهاضات فكانت النسبة الأعلى لا يعرفون وهي على التوالي (80%، 46,7%).

بالنسبة لمعلومات الطلاب الوراثية فكان أكثر من نصف العينة 64% إجابتهم خاطئة على عبارة (هل زواج الأقارب يؤدي دائماً إلى إصابة أحد الأبناء بمرض وراثي) و 66,7% من العينة لديهم اعتقاد خاطئ بأن ظهور أعراض المرض الوراثي على الوالدين هو شرط أساسي لإصابة طفلهم بهذا المرض الناتج عن زواج الأقارب، وأن 14,7% فقط من العينة يرون أنه من الممكن أن يصاب أبناء الشخص المصاب بمرض وراثي حتى وإن تزوج بفرد سليم و 40% من أفراد العينة يعرفون أنه لا تظهر أمراض الدم الوراثية من اليوم الأول للولادة ويظهر الجدول أيضاً أن غالبية أفراد العينة 80,7% يعتقدون أن إصابة أحد الأبوين بمرض وراثي تعني انتقال المرض إلى جميع الأبناء وأكثر من نصف العينة 77,3% يعتقدون أن تقديم المشورة الوراثية يقتصر على المتزوجين من الأقارب فقط ونسبة قليلة جداً منهم 26% فقط يعرفون أن الفحوص ليست متاحة في المشافي فقط.

الجدول رقم (3) : مستويات الطلاب قبل التطبيق

المستوى	العدد	النسبة المئوية%
المتوسط	280	93.3
المرتفع	20	6.7
المجموع	300	100.0

نلاحظ من الجدول السابق (3) أن 93.3% من المتدربين كانوا ضمن المستوى المتوسط ولم يكن هناك أي متدرب في المستوى المنخفض في حين كانت نسبة 6.7% من لمتدربين في المستوى المرتفع. هذه النتيجة توضح ضرورة انشاء برامج تثقيفية دورية لأفراد المجتمع حول معلوماتهم بالفحوصات الطبية قبل الزواج.

الجدول رقم (4): توزع الطلاب حسب مصدر معلوماتهم عن الفحوص الطبية قبل الزواج

المصدر	العدد	النسبة
حصلت على معلومات حول الفحوص الطبية من العائلة والأصدقاء	140	41.9%
حصلت على معلومات حول الفحوص الطبية من مشفى أو مركز صحي	24	7.2%
حصلت على معلومات حول الفحوص الطبية من محاضرة أو برنامج تثقيفي	4	1.2%
حصلت على معلومات حول الفحوص الطبية من مقالة علمية أو بحث بمجلة	14	4.2%
حصلت على معلومات حول الفحوص الطبية من وسائل الإعلام	60	18.0%
حصلت على معلومات حول الفحوص الطبية من مكان اخر غير ذلك	92	27.5%
المجموع	334#	100%

تعني وجود أكثر من إجابة

يوضح الجدول رقم (4) أن مصدر المعلومات الأساسي كان العائلة والأصدقاء بالنسبة ل 41.9% من المتدربين والذين ليسوا بالضرورة من الاختصاصيين او العارفين بهذه الفحوصات. في حين نجد أن أقل نسبة كانت 1.2% هي المحاضرات والبرامج التثقيفة والذي يدق ناقوس الخطر حول ضرورة رفع هذه النسبة من خلال الإعلان وبشكل دائم ومستمر عن دورات

وبرامج تثقيفية حول هذه الفحوصات وخاصة في الجامعات والتي تحوي النسبة الأكبر من الشباب المقبلين على الزواج بعد التخرج.

الجدول رقم (5): متوسطات الاستجابة لأفراد العينة خلال فترات القياس المختلفة لمعلوماتهم

السؤال	قبل التطبيق	مباشرة بعد التطبيق	بعد شهر من التطبيق	بعد 3 أشهر من التطبيق
1. تُجرى الفحوص الطبية قبل الزواج للمقبلين على الزواج لمعرفة وجود إصابة ببعض الأمراض الوراثية	1.92	1.97	2.00	1.97
2. تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج تحاليل تعداد عام	1.57	1.91	1.97	1.92
3. تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج تحليل زمرة دموية	1.55	1.87	1.94	1.88
4. تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج تحليل التهاب كبد B	1.28	1.79	1.97	1.79
5. تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج رحلان خضاب	1.17	1.79	1.95	1.81
6. تتضمن الفحوص الطبية ما قبل الزواج الإيدز	1.56	1.83	1.97	1.83
7. هل تقلل الفحوص الطبية من حدوث التشوهات الولادية؟	1.72	1.94	1.99	1.95
8. هل تقلل الفحوص الطبية من حدوث الإجهاضات؟	1.16	1.81	1.92	1.81
9. هل زواج الأقارب يؤدي دائماً إلى إصابة أحد الأبناء بمرض وراثي؟	0.60	0.07	0.04	0.12
10. لكي يصاب الابن بمرض وراثي ناتج عن زواج الأقارب لا بد أن تظهر أعراض المرض عند والديه ؟	0.50	0.14	0.11	0.13
11. قد يصاب أبناء الشخص المصاب بمرض وراثي بنفس المرض حتى وإن تزوج بفرد سليم	1.49	1.85	1.95	1.88
12. هل تظهر أمراض الدم الوراثية من اليوم الأول للولادة؟	0.77	0.25	0.08	0.21
13. هل إصابة أحد الأبوين بمرض وراثي تعني انتقال المرض إلى جميع الأبناء؟	0.28	0.05	0.00	0.06
14. هل يقتصر تقديم المشورة الوراثية على المتزوجين من الأقارب فقط؟	0.30	0.06	0.03	0.08
15. تُجرى الفحوص الطبية في بلدنا في المشافي فقط	0.50	0.11	0.03	0.12
16. الثلاسيميا مرض وراثي	1.30	1.83	1.95	1.84
17. فقر الدم المنجلي مرض وراثي	1.71	1.93	1.98	1.93
18. أنيميا الفول (الفوال) مرض وراثي	1.14	1.85	1.95	1.83
19. متلازمة داون (المغوليا) مرض وراثي	1.22	0.20	0.04	0.12
20. السكري نمط 1 وراثي	1.44	0.17	0.05	0.19
21. السكري نمط 2 وراثي	0.68	1.77	1.89	1.81
22. هل ينتقل التهاب الكبد B بالجنس	0.78	1.76	1.93	1.81
23. هل ينتقل التهاب الكبد C بالجنس	0.83	0.21	0.05	0.19
24. هل ينتقل الايدز بالجنس	1.80	1.96	1.95	1.98
25. هل ينتقل الهربس بالجنس	0.95	1.73	1.95	1.75
26. هل ينتقل السرطان بالجنس	0.54	0.26	0.03	0.26

نلاحظ من الجدول رقم (5) كيف أن متوسط الدرجات على كل سؤال قد ازداد عن ما قبل التطبيق وبعد التطبيق مباشرة وبعد شهر من التطبيق في حين بدأ بالانخفاض بعد فترة 3 أشهر. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المتدربين قد بدؤوا في نسيان المعلومات التي قدمت لهم خلال البرنامج التثقيفي مما يدعو إلى ضرورة إعادة هذا البرنامج بشكل دوري ومستمر من أجل بقاء المعلومات بشكل أفضل ودائم.

الجدول رقم (6): مقارنة بين متوسطات بنود مقياس الاتجاهات حسب مراحل القياس المختلفة

الاتجاه	قبل التطبيق	بعد التطبيق مباشرة	بعد شهر من التطبيق	بعد أشهر من التطبيق
1. الفحوص الطبية دائماً تمنع الزواج	1.39	1.51	1.88	1.49
2. أجري الفحوص الطبية قبل الزواج بكل ترحيب	1.90	1.96	1.98	1.95
3. أفضل زواج الأقارب	1.51	1.65	1.95	1.66
4. أعتقد أن إجراء الفحوص الطبية ما قبل الزواج أمر مهم	1.77	1.86	1.98	1.85
5. إذا ثبت بالفحص الطبي وجود موانع صحية أو وراثية في زوجي ممن أحب سأصرف النظر عن الزواج به	1.17	1.43	1.81	1.37
6. أعتقد أن الفحوص الطبية ما قبل الزواج تتعارض مع مشيئة الله	1.59	1.71	1.93	1.73
7. إجراء الفحص الطبي لغرض الزواج مسألة محرجة	1.71	1.82	1.92	1.83
8. الفحوص الطبية ما قبل الزواج تؤكد سلامة الشريك من الأمراض المعدية(المنتقلة بالجنس)	1.79	1.87	1.98	1.88
9. للفحوص الطبية ما قبل الزواج دور في تقليل انتشار الأمراض الوراثية	1.87	1.93	1.99	1.95
10. للفحوص الطبية ما قبل الزواج دور في تقليل انتشار الأمراض المنتقلة بالجنس	1.86	1.91	1.98	1.93
11. من المهم رفع مستوى الوعي بأهمية الفحوص الطبية قبل الزواج للحد من الأمراض الوراثية والأمراض المنتقلة بالجنس	1.89	1.92	1.97	1.92
12. في حال ثبت بالتشخيص أن أحد الطرفين مصاب أو حامل للمرض الوراثي أو المنتقل بالجنس يترك قرار الزواج لحرية الطرفين	0.48	1.23	1.81	1.04
13. نتائج الفحوص الطبية قبل الزواج يجب أن تغير القرار حول الزواج	1.26	1.44	1.87	1.43
14. أرحب بحضور برامج تثقيفية حول الفحوص الطبية ما قبل الزواج	1.77	1.83	1.94	1.79

نلاحظ من الجدول (6) أن المتوسطات لكافة البنود قد ازدادت بعد التطبيق مباشرة عن ما كانت عليه قبل التطبيق واستمرت في الزيادة في القياس لبعد شهر من التطبيق ثم طرأ عليها انخفاض خلال القياس الأخير بعد 3 أشهر. هذا الانخفاض الأخير ربما يكون ناتجاً عن ظروف البيئة المحيطة أو لتأثر المشاركين بالأشخاص المحيطين بهم أو لأسباب أخرى مهمما كانت فإنها تدعونا لإعادة تطبيق مثل هذه البرامج بشكل مستمر نظراً لأهميتها.

5- المناقشة:

أظهرت نتائج دراستنا الحالية أن غالبية أفراد العينة لا يعرفون ما هو الفحص الطبي قبل الزواج (جدول 2) ، ويعزى ذلك إلى أنه هناك اهتمام قليل يعطى وهكذا مواضيع في بلدنا والطلاب مشغولون باختصاصهم عن مواضيع أخرى تفيدهم، هذا يتوافق مع دراسة (لطفي، وآخرون 2018) والتي أوضحت نتائجها أن النسبة الأكبر من العينة ليس لديهم معلومات عن الفحص الطبي قبل الزواج ، وتخالف بذلك دراستنا الحالية نتائج دراسة (عبد الجليل، منى، 2016) والتي أظهرت نتائجها

أن غالبية أفراد العينة يدركون مفهوم الفحص الطبي قبل الزواج وتخالف أيضاً نتائج دراسة (Ramadan, 2012) والتي بينت أن غالبية أفراد العينة لديهم معلومات عن الفحص الطبي قبل الزواج (14,15,16). أظهرت نتائج دراستنا الحالية أن المصدر الرئيسي لمعلومات الطلاب كان العائلة والأصدقاء ونسبة ضئيلة جداً كانت قد حصلت على معلوماتها من البرامج التثقيفية والندوات (جدول 4)، وقد يُعزى ذلك إلى قلة البرامج التثقيفية في هذا المجال ، وتتفق نتائج دراستنا الحالية مع نتائج دراسة (الباذر، 2005) التي أوضحت أن مصدر معلومات الطالبات السعوديات في المرحلة الثانوية فيما يخص الفحص الطبي قبل الزواج كانت الأسرة ، وتختلف مع نتائج دراسة (العزازي، اسماعيل 2018) والتي أوضحت أن وسائل الإعلام كانت أولى مصادر معلومات عينة دراستها عن الفحص الطبي قبل الزواج (13,17). كما بينت نتائج دراستنا الحالية أن متوسطات درجات الطلاب على أسئلة المعلومات حول الفحص الطبي قبل الزواج بعد الانتهاء من البرنامج التثقيفي قد ازدادت عن ما كانت عليه قبل البدء بالبرنامج (جدول 5). هذه النتيجة تتوافق مع نتائج كثير من دراسات مشابهة مثل نتائج دراسة (Ebrahim, et al, 2010) والتي طبق فيها الباحثون برنامجاً تثقيفياً حول الفحص الطبي قبل الزواج على عينة من الطالبات غير المتزوجات في جامعة الملك عبد العزيز في جدة وكانت قد أظهرت نتائجها أن معلومات الطالبات كانت منخفضة قبل البرنامج وتحسنت بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج التثقيفي، وكذلك تتوافق مع نتائج دراسة أخرى في العراق (Aqdas, 2019) والتي هدفت إلى تحسين معلومات الطلاب حول الفحص الطبي قبل الزواج والأمراض الوراثية في جامعة بغداد من خلال تطبيق برنامج تعليمي ونجحت في ذلك (9,18). وأظهرت نتائج هذه الدراسة أيضاً أن المتوسطات لكافة البنود المتعلقة بمحور الاتجاهات قد ازدادت بعد التطبيق مباشرة عن ما كانت عليه قبل التطبيق (جدول 6). وتتماشى هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Mohamed et al. 2015) والتي هدفت إلى تحسين معارف واتجاهات الطلاب في جامعة المنيا في مصر وأظهرت نتائجها تحسن ذا دلالة إحصائية في غالبية عبارات الاتجاهات (19).

6- الاستنتاجات

1. النسبة الأعلى من معلومات الطلاب حول الفحص الطبي قبل الزواج ضمن المستوى المتوسط قبل التطبيق
2. مصدر المعلومات الأساسي للطلاب حول الفحص الطبي قبل الزواج كان العائلة والأصدقاء
3. تحسنت معلومات واتجاهات الطلاب بشكل كبير بعد تطبيق البرنامج
4. طراً انخفاض بسيط على معلومات واتجاهات الطلاب بعد مرور 3 أشهر على انتهاء البرنامج التثقيفي

7- التوصيات:

1. ضرورة إجراء مثل هذه البرامج بشكل مستمر في الجامعات
2. إدراج الفحص الطبي قبل الزواج في المناهج الدراسية
3. تفعيل دور التمريض بشكل أوسع للتثقيف وتقديم المشورة قبل الزواج
4. تفعيل دور وسائل الإعلام المتاحة لنشر المعلومات حول الفحص الطبي قبل الزواج

8- المراجع:

1. صدقي، مها (2013). أساسيات علم الوراثة(الصفات والأمراض الوراثية).القاهرة . دار الفكر العربي
 2. العشي، منال.(2008). أثر الأمراض الوراثية على الحياة الزوجية (دراسة فقهية مقارنة).رسالة ماجستير.قسم الفقه المقارن.كلية الشريعة والقانون في الجامعة الإسلامية: غزة
 3. لجنة خدمة المجتمع ومركز مكافحة أمراض الدم الوراثية بالإحساء.(1999).وثيقة مشروع مكافحة أمراض الدم الوراثية. المملكة العربية السعودية .
 4. راعي،ريمه. فحص ما قبل الزواج.دام برس2012
 5. عيسى، مروان (2018) الاتجاهات نحو إجراء الفحص والمشورة قبل الزواج لدى طلبة كلية التمريض في جامعة تشرين. مجلة جامعة تشرين.(1)40:65_72.
 6. الرنتيسي، أحمد (2018). مواقف طلبة الجامعات نحو أهمية الفحص الطبي قبل الزواج.دراسة ميدانية مطبقة على عينة من طلبة الجامعات بغزة.المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية.المجلد (12) .العدد(2).
 7. اسماعيل، منال؛ العزازي، سعاد.(2018).الوعي الاجتماعي ببرنامج الزواج الصحي والحد من المشكلات الأسرية.دراسة مطبقة على مدينة الدمام بالمملكة العربية السعودية.مجلة الخدمة الاجتماعية. (1)59:93_149.
 8. لطفي، فاتن؛ سليمان ، سحر؛ مرسي، يثرب.(2018). معارف عينة من الفتيات بالمرحلة الثانوية وعلاقتها بالاتجاه نحو الفحص الطبي قبل الزواج .بحوث في العلوم والفنون النوعية.2:12.
 9. عبد الجليل،منى.(2016). معارف واتجاهات الأسرة نحو زواج الأقارب والفحص الطبي قبل زواج الأبناء.مجلة الاسكندرية للتبادل العلمي.(4)37.
 10. البازر، جنان .(2005). اتجاهات طالبات المرحلة الثانوية السعوديات إزاء الفحص والمشورة قبل الزواج في المنطقة الشرقية. رسالة ماجستير. قسم تمريض صحة المجتمع.كلية التمريض. جامعة الملك سعود. الرياض.
1. Charafeddine, K; Ismaél, H; Charafeddine, M; Inati, A; Koussa, S; Naja, M; Taher, A. (2008). Survival and complications of beta–thalassemia in Lebanon a decade’s experience of centralized care. Acta Haematol Journal.120(2): 112_116.
 2. Anie, K; Egunjobi, F; Akinyanju, O. (2010). Psychological impact of sickle cell disorder: perspectives from a Nigerian setting. Globalization and Health Journal.6(2): 110_117.
 3. <http://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/Beforemarriage/pages/default.aspx>
 4. Alkindi R; AlRujaibi S; Alkendi M. (2012). Knowledge and attitude of university students towards premarital screening program. Oman Medical Journal. 27(4):291_296.
 5. Ibrahim, N; Al–Bar, H; Al–Fakeeh, A; Al–Ahmadi, J; Qadi, M; Al–Bar, A; Milaat, W. (2011). An educational program about premarital screening for unmarried female students in King Abdul– Aziz university, Jeddah. Journal of Infection and Public Health .4: 30 – 40.
 6. Alosaimi, Sara. (2018). How well aware are families of children with special needs of the genetic counselling services. International Journal for Research in Education.42(2):27_63.

7. Ramadan, S. (2012). Assessment of knowledge, attitude and practices among prospective couples about premarital health care in El-Minia city. Master thesis. Faculty of Nursing. Assiut university.
8. Salman, A; Abass, I. (2019). Effectiveness of An Instructional Program of Premarital Screening for Hereditary Blood Diseases on Student's Knowledge at Baghdad University. Prof. RK Sharma, 13(1). 252_258.
9. Mohamed, H.A; Lamdah, S. M; Hafez, A. M. (2015). Improving Knowledge and Attitude of Medical and Non-Medical Students at El Minia University Regarding Premarital Screening and Counseling. American Journal of nursing science. 4(5):270_279.

تقييم مستوى التمكين الإداري لدى هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة

د. بثينة داؤد الكردي *

حسين زياد الهندي *

(الايدياع: 7 كانون الأول 2021 ، القبول: 12 نيسان 2022)

الملخص:

نظراً لأهمية دور المؤسسات الصحية في كونها تقدم خدمات الرعاية الصحية لشريحة واسعة في المجتمع، وأهمية التمكين الإداري المرتبطة بجودة وكفاءة تلك المؤسسات، ولأن عدم توفر الحد الأدنى من التمكين الإداري لدى الكادر التمريضي قد يكون له انعكاسات سلبية على مستوى جودة الرعاية الصحية، تقييم مستوى التمكين الإداري لدى هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة، تم إجراء دراسة وصفية مستعرضة على عينة ملائمة مؤلفة من 301 عامل في هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة، وجمعت البيانات باستخدام استمارة استبيان مصممة مسبقاً لهذا الغرض. أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن معظم أفراد هيئة التمريض كان لديهم مستوى متوسط من التمكين الإداري الكلي كما كان لديهم مستوى تمكين اداري متوسط في جميع محاوره ماعدا محور فرق العمل الذي كان مستواه مرتفعاً. وجاء محور فرق العمل في المرتبة الأولى بين محاور التمكين الإداري تلاه محور الاتصال الفعال، ثم محور تفويض السلطة، فمحور التدريب، وأخيراً محور التحفيز، أوصت هذه الدراسة بالعمل على زيادة اهتمام القيادات الإدارية العليا في المستشفى بتحقيق المزيد من التمكين الإداري لأفراد هيئة التمريض، والاهتمام بتنمية القدرات الإدارية لهيئة التمريض، وإجراء دراسات مشابهة تضم شريحة واسعة من هيئات التمريض.

الكلمات المفتاحية: التمكين الإداري، هيئة التمريض.

* طالب دراسات عليا (ماجستير) – قسم الإدارة في التمريض – كلية التمريض – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

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

Assessment of the level of administrative empowerment of the nursing staff at Al-Assad Medical Hospital in Hama

Hosin Ziad Alhindi*

Dr. Buthaina Daoud Alkourdi**

(Received: 7 December 2021, Accepted: 12 April 2022)

Abstract:

Given the importance of the role of health institutions in providing health care services to a wide segment of society, and the importance of administrative empowerment related to the quality and efficiency of these institutions, and because that the lack of minimum administrative empowerment among the nursing staff may have negative repercussions on the level of health care quality, The aim of the study: to assess the level of administrative empowerment of the nursing staff at Al-Assad Medical Hospital in the city of Hama, A descriptive cross-sectional study was conducted on an appropriate sample of 301 nursing staff at Al-Assad Medical Hospital in Hama, and the data were collected using a pre-designed questionnaire for this purpose. The results of the current study showed that most of the nursing staff had a moderate level of total administrative empowerment, and they also had a moderate level of administrative empowerment in all its aspects, except for the work teams axis, which was high. The axis of work teams ranked first among the administrative empowerment axes, followed by the axis of effective communication, then the axis of delegation of authority, the axis of training, and finally the axis of motivation. his study recommended working to increase the interest of the senior administrative leaders in the hospital to achieve more administrative empowerment for the members of the nursing staff, and to pay attention to developing the administrative capabilities of the nursing staff, and to conduct similar studies that include a wide range of nursing bodies.

Keywords: Administrative Empowerment, Nursing Staff.

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

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

1. المقدمة

يشهد عالمنا المعاصر تغيرات سريعة ينجم عنها منافسة عالمية بين المنظمات، ولمواكبة هذه التحديات والمتغيرات والتعاضد معها تبنت المنظمات مفاهيم وأساليب في الإدارة الحديثة، وتوجهت إلى الاهتمام بالموارد البشرية التي تشكل حجر الأساس في كل إبداع وتطوير في المنظمة وباعتبار أن المؤسسة الاستشفائية من أهم المؤسسات العمومية التي تلعب دوراً هاماً وحيوياً في تحقيق التنمية أو التوازن الاجتماعي، ذلك بما تقدمه من رعاية علاجية أو استشفائية ووقائية لأفراد المجتمع، فإن نجاحها ورفع كفاءة أفرادها، يتوقف على فعالية العنصر البشري فيها، والعمل على حسن توجيه الأفراد وبناء قدراتهم ومهاراتهم من خلال ربط أهداف المنظمة مع أهدافهم، وإيجاد بيئة أو مناخ تنظيمي من شأنه تدعيم المشاركة الفاعلة للأفراد وخلق الشعور بالمسؤولية لديهم والولاء للمنظمة والعمل على بث روح التعاون والعمل الجماعي. [1،2،3].

وعلى اعتبار أن الهيئة التمريضية حالياً؛ ذات دور هام وحيوي في بيئة الرعاية الصحية المتغيرة جذرياً، فإنه لا بد من إيلاء الاهتمام لجعل بيئة العمل جذابة من أجل توظيف كادر جديد. كما ويتعين على مديري التمريض الحفاظ على معايير عالية الجودة للرعاية التي قد تكون تناقصت بسبب نقص الموارد البشرية والمالية، مما أدى إلى مزيد من الإحباط للمرضى والمرضى. من هنا ظهرت الحاجة لبذل كل جهد ممكن لتحسين ظروف العمل التي تلي احتياجاتهم، ولا يمكن أن نرى بيئة العمل التمريضي المستقرة دون أحد أهم أذرعها وهو التمكين الإداري لمساهمته الإيجابية في تحقيق الاستقرار والفعالية في بيئة الهيئة التمريضية وبالتالي في عملها [4،5].

يعد مفهوم التمكين الإداري للعاملين من المفاهيم الحديثة التي تساعد الإدارة على معالجة بعض المشاكل، وتوسيع مشاركة العاملين في وضع الأهداف والخطط واتخاذ القرارات، وإن هذا التوجه قد ينعكس في زيادة إحساس العاملين بالولاء والانتماء للمنظمة، ويزيد من شعورهم بالراحة والقبول بالمهام والواجبات المكلفين بها وبنظام الحوافز وساعات العمل، مما يؤدي لرفع مستوى أدائهم وتحقيق الاستقرار الوظيفي والالتزام العالي في العمل ورفع أداء المنظمة ككل [6]، يعرف التمكين الإداري بأنه عملية إعطاء الأفراد سلطة أوسع في ممارسة الرقابة، وتحمل المسؤولية، وفي استخدام قدراتهم، من خلال تشجيعهم على استخدام القرار، وبالتالي هو الطريقة التي يتم بها تزويد الموظفين بالمهارات التي تؤهلهم للاستقلالية في اتخاذ القرارات، وكذلك تزويدهم بالسلطة والمسؤولية والمحاسبة، لجعل هذه القرارات مقبولة ضمن بيئة التنظيمات. وهو لا يعني فقط تفويض العاملين لصلاحيات اتخاذ القرار وإنما أيضاً يعني وضع الأهداف والسماح للعاملين بالمشاركة. كما يعد تمكيناً قيام كل من المديرين والموظفين بحل مشكلات كانت مقتصرة على المستويات العليا في المنظمة [7].

توجد العديد من الممارسات الإدارية التي تدل على التمكين الإداري وتشكل أبعاده تتضمن: تفويض السلطة الذي يمنح للعاملين القدرة على التأثير في القرارات المستمدة بدءاً من القرارات الاستراتيجية في المستوى الأعلى إلى القرارات المتعلقة بأدائهم لعملهم، وبناء فرق العمل بهدف العمل الجماعي في مواجهة المشكلات وترشيد استهلاك الموارد بفاعلية وكفاءة، والتدريب بهدف إيصال الموظف إلى وضع يخوله الاضطلاع بوظيفة معينة وإنجاز المهام التي تتطلبها وجعله قادراً على متابعة العمل، والاتصال ومشاركة المعلومات اللازمة لصنع القرارات، والتحفيز لزيادة دافعية العاملين نحو تحقيق غايات وأهداف المنظمة عن طريق ربط مكاسبهم بنجاح المنظمة [8].

لقد أجريت العديد من الدراسات في مجال التمكين الإداري حيث أجرى الباحث (Rizeki et al, 2017) دراسة في جامعة إيرلندا في إندونيسيا حول تقييم العلاقة بين التمكين الإداري وجودة العمل التمريضي، وأظهرت النتائج أن تطبيق مبدأ التمكين الإداري له أثر بشكل إيجابي على مستوى الاستقرار النفسي لدى 46% من المشاركين، كما ساهم في زيادة جودة العمل التمريضي بنسبة 32.6%، وقد استنتج الباحث وزملاؤه أن استراتيجية التمكين الإداري مهمة جداً لزيادة المشاركة الفعالة والإيجابية لعناصر التمريض وبالتالي خلق بيئة عمل جيدة وتحسين جودة الخدمات التمريضية المقدمة وذلك نتيجة زيادة

مستوى الرضا الوظيفي لديهم [9]. كما أظهرت الدراسة التي أجراها الباحث (Godfrey, 2017) أن تطبيق أبعاد التمكين الإداري مثل التدريب والاتصال الفعال ومشاركة المعلومات وتفويض السلطة يساهم في زيادة قدرة الممرضين المشاركين على اتخاذ القرارات الحاسمة والفعالة مما زاد من مستوى جودة أدائهم ومستوى رضاهم الوظيفي بنسبة تجاوزت 87% [10]. وبناء عليه يعد تمكين العاملين من أهم ضمانات استمرار المنظمات، فهو يساعد على أداء وإنجاز أعمالهم بأفضل طريقة، ورفع الروح المعنوية لديهم من خلال إتاحة الفرص لإظهار قدراتهم، والتقدير والثقة من قبل الإدارة فهو عامل أساسي وفعال للنجاح في ظل التنافس المتصاعد. كما وأنه يمثل العملية التي تسمح للعاملين بالمشاركة في العمل من خلال تفويض الصلاحيات والمشاركة في التدريب والتطوير والتخطيط وكل ذلك يصب في تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين، فالعاملين الأكثر رضاً واقتناعاً يميلون لتحقيق مستويات مرتفعة من الإنتاجية، فيتوقع منهم العمل بفاعلية أكثر [11]، لذلك جاءت الدراسة الحالية لتتناول مفهوم إداري معاصر هو التمكين الإداري لدى هيئة التمريض في مستشفى الأسد الطبي في مدينة حماة.

2. أهمية البحث و أهدافه:

أهمية البحث:

يكتسب البحث الحالي أهميته من أهمية الشريحة التي يتناولها وهم أفراد هيئة التمريض بمختلف مستوياتهم، والذين يساهمون في تقديم الخدمات الصحية للمرضى، ولقيامهم بهذا الدور على أكمل وجه لا بد أن يتمتعوا بمستوى عال من التمكين الإداري كما أن البحث الحالي يدرس مستوى التمكين لدى أفراد الهيئة التمريضية في ظل قلة أو ندرة الدراسات المحلية والعربية _على حد علم الباحث- حول التمكين الإداري لهيئة التمريض، كما أن البحث يعالج موضوع حديث نسبياً، ويقدم فائدة علمية لمجتمع الدراسة تساعدهم في استيضاح الواقع الفعلي للتمكين الإداري لديهم مما يشكل نقطة ارتكاز علمية يمكن الانطلاق منها لتطوير العمل الإداري. وتشكل قاعده للانطلاق نحو بحوث ودراسات أخرى في نفس السياق تتناول الموضوع من جوانب متعددة، وكونها تساعد في تقديم معلومات عملية عن أهمية وديناميكية عملية التمكين الإداري، وما تحققه هذه العملية من نجاح وتقدم للمنظمات الصحية، فيمكن الاستفادة من نتائج هذا البحث وبأكثر من مستوى في تصميم البرامج والندوات لهيئة التمريض حول التمكين الإداري وفوائده في الإدارة التمريضية.

هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تقييم مستوى التمكين الإداري لدى هيئة التمريض.

3. طريقة البحث و مواده:

تصميم البحث:

بحث كمي وصفي مستعرض.

مكان 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 من مجتمع الدراسة الكلي والبالغ عدده (347) عامل تمريض، موزعين على الشكل التالي: (1) رئيس تمريض، (13) رئيس شعبة تمريضية، (287) عنصر تمريضي.

أدوات البحث:

تم جمع بيانات البحث الحالي باستخدام استبيان مكون من جزأين:

الجزء الأول: المعلومات الديموغرافية لأفراد العينة: (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المركز الوظيفي.....)

الجزء الثاني: استبيان لقياس مستوى التمكين الإداري عند هيئة التمريض وهي استمارة طورها بشكلها النهائي الباحثان (قريشي والسبتي، 2015) في دراستهما بعنوان "أثر التمكين الإداري في تحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين بجامعة محمد خيضر بسكرة" [12] حيث أجرت لها اختبارات مصداقية وثبات وبلغ ثباته درجة 0.86 وهي درجة ثبات عالية، وهو يتكون من خمسة محاور:

1. تفويض السلطة: وهو مكون من (4) عبارات مثل (تقوم الإدارة بتفويض سلطات كافية لي لا نجاز مهام وظيفتي).
 2. الاتصال الفعال: وهو مكون من (3) عبارات مثل (تهتم الإدارة بإيجاد وسائل اتصال فعالة ومتطورة).
 3. التحفيز: وهو مكون من (5) عبارات مثل (لدي الدوافع للمساهمة في تحقيق أهداف القسم بشكل خاص والمشفى بشكل عام).
 4. التدريب: وهو مكون من (4) عبارات مثل (يتاح للعاملين فرص التعلم واكتساب أشياء جديدة في مجال عملهم).
 5. فرق العمل: وهو مكون من (5) عبارات مثل (استمتع بالعمل مع زملائي في شكل فريق).
- بناء عليه يتألف مقياس التمكين الإداري الكلي من 21 عبارة موزعة على خمسة محاور، يجب أفراد العينة على العبارات وفق بدائل اجابة على سلم ليكرت الخماسي، بحيث تعطى لكل إجابة درجة كالاتي (دائماً= 5، غالباً=4، أحياناً= 3، نادراً= 2، أبداً= 1)، وبناءً على درجة المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة يتم تحديد مستويات التمكين الإداري الكلي وفي كل محور من محاوره كالاتي:
1. يكون المستوى منخفض اذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 1 – 2.32.
 2. يكون المستوى متوسط اذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 2.33 – 3.66.
 3. يكون المستوى مرتفع اذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 3.67 – 5.

طريقة البحث

1. تم الحصول على الموافقات المطلوبة من كلية التمريض وإدارة مستشفى الأسد الطبي لجمع بيانات الدراسة.
2. تم عرض أداة البحث (استبيان قياس التمكين الإداري) على لجنة مؤلفة من أربعة خبراء لفحص مصداقية الأداة وموثوقيتها ووضوح بنودها، ومن ثم تم أخذ المقترحات والملاحظات بعين الاعتبار والتعديل تبعاً لذلك.
3. تم تطبيق الأداة بتوزيعها على أفراد الهيئة التمريضية من قبل الباحث، بعد أن تم مقابلتهم للحصول على موافقتهم الشفوية للمشاركة في الدراسة، وضمان سرية البيانات المأخوذة منهم، وأن استخدامها سيكون لغرض البحث العلمي فقط، وحرص الباحث على التواجد بالقرب منهم للإجابة عن أي استفسارات.
4. استغرقت مدة الإجابة على الاستبيان لدى كل فرد في العينة وسطياً بين (10-20) دقيقة.

التحليل الإحصائي:

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

4.النتائج :

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

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	
51.5	155	سنة أقل من 30	العمر
34.9	105	30 – أقل من 40 سنة	
10.3	31	40 – أقل من 50 سنة	
3.3	10	50 سنة فأكثر	
11.6	35	ذكر	الجنس
88.4	266	انثى	
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	
43.2	130	أقل من 5 سنوات	سنوات الخبرة في المنصب الإداري 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	
20.9	63	نعم	هل لديك/ي معرفة عن مفهوم التمكين الإداري
79.1	238	لا	

يظهر الجدول (1) توزع هيئة التمريض في الدراسة وفق بياناتهم الديموغرافية، حيث أظهر أن الغالبية العظمى 95.3% لهيئة التمريض كانوا ممرضين، و4.3% رؤساء شعب، ورئيس تمريض عام واحد فقط. ومن حيث العمر كان عمر النسبة الأعلى منهم 51.5% أقل من 30 سنة، تلاها 34.9% بين 30 – أقل من 40 سنة، ومن حيث الجنس شكلت الإناث النسبة الأكبر في العينة 88.4%، وكان مستوى تعليم النسبة الأعلى 68.8% من هيئة التمريض دبلوم تمريض بعد الثانوية، تلاها 11.6% اجازة في التمريض، وبخصوص سنوات الخبرة في المنصب الإداري الحالي كان 43.2% منهم أقل من 5 سنوات، وكانت النسبة الأعلى منهم 79.1% ليس لديهم معرفة عن مفهوم التمكين الإداري بينما 20.9% فقط لديهم مثل تلك المعرفة.

الجدول رقم (2): متوسطات وترتيب ومستويات عبارات التمكين الإداري لدى هيئة التمريض

المحور الأول: تفويض السلطة				
المستوى	الترتيب	SD	M	
متوسط	4	1.279	2.54	1. تقوم الإدارة بتفويض سلطات كافية لي لا نجاز مهام وظيفتي.
مرتفع	1	1.281	3.67	2. تثق الإدارة في قدرتي على أداء المهام الموكلة لي.
متوسط	3	1.357	2.55	3. توفر لي وظيفتي الفرصة لاتخاذ القرارات باستقلالية.
متوسط	2	1.444	2.70	4. تمنحني الإدارة المرونة المناسبة في أداء مهامي.
المحور الثاني: الاتصال الفعال				
المستوى	الترتيب	SD	M	
متوسط	1	1.256	3.38	5. تتميز التعليمات والاجراءات في المشفى بالوضوح.
متوسط	2	1.320	2.72	6. تهتم الإدارة بإيجاد وسائل اتصال فعالة ومتطورة.
متوسط	3	1.289	2.55	7. يستطيع العاملون الوصول إلى أصحاب القرار وشرح مواقفهم من غير صعوبة.
المحور الثالث: التحفيز				
المستوى	الترتيب	SD	M	
متوسط	3	1.305	2.54	8. تقدر الإدارة جهودي في العمل.
مرتفع	1	1.393	3.69	9. لدي الدوافع للمساهمة في تحقيق أهداف القسم بشكل خاص والمشفى بشكل عام.
متوسط	2	1.406	2.67	10. تقوم الإدارة بتشجيعي على تحمل المسؤولية الشخصية.
منخفض	5	1.237	2.03	11. نظام العمل المتبع في المشفى يسمح لي بالمشاركة في اتخاذ القرارات.
متوسط	4	1.593	2.50	12. تعتبر كفاءة العاملين معيار هام في نظام الترقية.
المحور الرابع: التدريب				
المستوى	الترتيب	SD	M	

متوسط	2	1.323	2.92	تشجع الإدارة العاملين على تبادل الخبرات فيما بينهم.	13.
متوسط	1	1.260	3.04	يتاح للعاملين فرص التعلم واكتساب أشياء جديدة في مجال عملهم.	14.
متوسط	3	1.304	2.64	تتبنى الإدارة خطة واضحة للتدريب.	15.
منخفض	4	1.171	2.30	توفر لي الإدارة دورات تدريبية لتطوير مهاراتي.	16.
المحور الخامس: فرق العمل					
المستوى	الترتيب	SD	M		
مرتفع	4	0.963	4.40	استمتع بالعمل مع زملائي في شكل فريق.	17.
مرتفع	1	0.806	4.53	يسود الاحترام والتقدير والتفاهم بيني وبين زملائي في الفريق الذي أعمل معه.	18.
مرتفع	3	0.887	4.44	يساعد العمل الجماعي على تحقيق التعاون وتقسيم المهام بيني وبين زملائي وبالتالي لا أشعر بعبء العمل.	19.
مرتفع	2	0.773	4.50	أجد أن العمل الجماعي يزيد من نشاطي ودافعتي نحو العمل.	20.
مرتفع	2	0.839	4.50	يحقق لي العمل الجماعي حاجاتي المختلفة مثل (علاقات الصداقة، والحاجة للتقدير والاحترام من طرف زملائي...الخ)	21.

يبين الجدول (2) متوسطات وترتيب ومستويات عبارات التمكين الإداري لدى هيئة التمريض، حيث أظهر في محور تفويض السلطة بأن العبارة " تثق الإدارة في قدرتي على أداء المهام الموكلة لي" جاءت في المرتبة الأولى وبمستوى مرتفع ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 3.67 \pm 1.281)$ ، بالمقابل جاءت العبارة "تقوم الإدارة بتفويض سلطات كافية لي لا نجاز مهام وظيفتي" في المرتبة الأخيرة وبمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 2.54 \pm 1.279)$.

وفي محور الاتصال الفعال جاءت العبارة "تتميز التعليمات والاجراءات في المشفى بالوضوح" في المرتبة الأولى وبمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 3.38 \pm 1.256)$ ، بالمقابل جاءت العبارة "يستطيع العاملون الوصول إلى أصحاب القرار وشرح مواقفهم من غير صعوبة" في المرتبة الأخيرة وبمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 2.55 \pm 1.289)$. وفي محور التحفيز جاءت العبارة " لدي الدوافع للمساهمة في تحقيق أهداف القسم بشكل خاص والمشفى بشكل عام" في المرتبة الأولى وبمستوى مرتفع ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 3.69 \pm 1.393)$ ، بالمقابل جاءت العبارة "نظام العمل المتبع في المشفى يسمح لي بالمشاركة في اتخاذ القرارات" في المرتبة الأخيرة وبمستوى منخفض ومتوسط حسابي قدره $(2.50M \pm SD: \pm 1.593)$.

وفي محور التدريب جاءت العبارة "يتاح للعاملين فرص التعلم واكتساب أشياء جديدة في مجال عملهم" في المرتبة الأولى وبمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 3.04 \pm 1.260)$ ، بالمقابل جاءت العبارة "توفر لي الإدارة دورات تدريبية لتطوير مهاراتي" في المرتبة الأخيرة وبمستوى منخفض ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 2.30 \pm 1.171)$.

أما في محور فرق العمل جاءت العبارة "يسود الاحترام والتقدير والتفاهم بيني وبين زملائي في الفريق الذي أعمل معه" في المرتبة الأولى وبمستوى مرتفع ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 4.53 \pm 0.806)$ ، بالمقابل جاءت العبارة "استمتع بالعمل مع زملائي في شكل فريق" في المرتبة الأخيرة وبمستوى مرتفع أيضاً ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 4.40 \pm 0.963)$.

الجدول رقم(3): متوسطات وترتيب ومستويات محاور التمكين الإداري لدى هيئة التمريض

المستوى	الترتيب	SD	M	Max	Min	محاور التمكين الإداري
متوسط	3	1.038	2.87	5	1	1. تفويض السلطة
متوسط	2	1.061	2.88	5	1	2. الاتصال الفعال
متوسط	5	1.014	2.68	5	1	3. التحفيز
متوسط	4	1.009	2.72	5	1	4. التدريب
مرتفع	1	0.665	4.48	5	1	5. فرق العمل
متوسط		0.726	3.18	4.86	1.76	التمكين الإداري العام

يظهر الجدول (3) متوسطات وترتيب ومستويات محاور التمكين الإداري لدى هيئة التمريض، حيث أظهر أن محور فرق العمل جاء في المرتبة الأولى بمستوى مرتفع ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 4.48 \pm 0.665)$ ، تلاه في المرتبة الثانية محور الاتصال الفعال بمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 2.88 \pm 1.061)$ ، ثم محور تفويض السلطة في المرتبة الثالثة بمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 2.87 \pm 1.038)$ ، ومحور التدريب في المرتبة الرابعة بمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 2.72 \pm 1.009)$ ، وأخيراً محور التحفيز في المرتبة الخامسة بمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 2.68 \pm 1.014)$ ، وجاء التمكين الإداري العام بمستوى متوسط ومتوسط حسابي قدره $(M \pm SD: 3.18 \pm 0.726)$.

الجدول رقم (4): توزع هيئة التمريض وفق مستويات التمكين الإداري ومحاورة لديهم

مرتفع		متوسط		ضعيف		محاور التمكين الإداري
%	N	%	N	%	N	
26.6	80	39.9	120	33.6	101	1. تفويض السلطة
33.9	102	39.5	119	26.6	80	2. الاتصال الفعال
16.9	51	44.9	135	38.2	115	3. التحفيز
18.9	57	45.2	136	35.9	108	4. التدريب
87.0	262	12.0	36	1.0	3	5. فرق العمل
27.2	82	60.5	182	12.3	37	التمكين الإداري الكلي

يبين الجدول (4) توزع هيئة التمريض تبعاً لمستويات التمكين الإداري ومحاورة لديهم. حيث يظهر في محور تفويض السلطة أن النسبة الأعلى منهم 39.9% لديهم مستوى متوسط، و33.6% مستوى ضعيف، و26.6% لديهم مستوى مرتفع. وبالنسبة

لمحور الاتصال الفعال كانت النسبة الأعلى منهم 39.5% لديهم مستوى متوسط، و33.9% لديهم مستوى مرتفع، و26.6% لديهم مستوى ضعيف. وفي محور التحفيز كانت النسبة الأعلى منهم 44.9% لديهم مستوى متوسط، و33.9% لديهم مستوى مرتفع، و26.6% لديهم مستوى ضعيف.

وبخصوص محور التدريب كانت النسبة الأعلى منهم 45.2% لديهم مستوى متوسط، و35.9% لديهم مستوى ضعيف، و18.9% لديهم مستوى مرتفع. أما في محور فرق العمل كانت النسبة الأعلى منهم 87% لديهم مستوى مرتفع، و12% لديهم مستوى متوسط، و1% لديهم مستوى ضعيف. وفيما يتعلق بمستوى التمكين الإداري العام أظهر الجدول بأن النسبة الأعلى من أفراد هيئة التمريض 60.5% كان لديهم مستوى تمكين اداري متوسط، و27.2% مستوى مرتفع، و12.3% فقط مستوى ضعيف.

5. المناقشة:

نظراً لأهمية دور المؤسسات الصحية في كونها تقدم خدمات الرعاية الصحية لشريحة واسعة في المجتمع، فإن التعرف على أحد المفاهيم التنظيمية الحديثة وهو التمكين الإداري الذي يعد من الضروريات المرتبطة بجودة وكفاءة تلك المؤسسات، وإن عدم توفر الحد الأدنى من التمكين لدى أفراد هيئة التمريض العاملين في تلك المؤسسات، ومنهم من يمثلون قمة الهرم في الإدارة الصحية فيها، قد يكون له انعكاسات سلبية على مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة بشكل عام ومخرجاتها بشكل خاص، حيث يعد أفراد التمريض العمود الفقري الذي تقوم عليه تلك المؤسسات لأهمية الدور الذي يقومون فيه، لذلك جاءت الدراسة الحالية للتحقق من مستوى التمكين الإداري من وجهة نظر هيئة التمريض، انطلاقاً من الحاجة الماسة إلى توفير أساليب إدارية تبعث الثقة بالنفس وتخفف من معاناة أفراد التمريض وذلك بتمكينهم إدارياً، حيث يعد التمكين أحد الأساليب الإدارية المعتمدة في بعض المنشآت الصحية لفرض واقع جديد وإعطاء العاملين فيها مكانة جديدة لم تكن متوفرة لهم من قبل [13].

بينت نتائج الدراسة الحالية أن معظم محاور التمكين الإداري مع التمكين الإداري الكلي لدى النسبة الأعلى من هيئة التمريض في الدراسة كانت بمستوى متوسط، ماعدا محور فرق العمل الذي كان مستواه مرتفعاً لدى النسبة الأعلى من هيئة التمريض. حيث جاء محور فرق العمل في المرتبة الأولى بين محاور التمكين الإداري تلاه محور الاتصال الفعال، ثم محور تفويض السلطة، فمحور التدريب، وأخيراً محور التحفيز. قد تعزى هذه النتيجة إلى أن معظم المشاركين في الدراسة الحالية هم ممن أعمارهم أقل من 30 سنة، بالإضافة إلى أن سنوات خبرتهم الإدارية لم تتجاوز الـ 5 سنوات، وقد يكون ذلك هو السبب في أن المستوى الكلي للتمكين الإداري متوسطاً، حيث إن تطبيق هذه الاستراتيجية يحتاج في بعض مراحله إلى مستوى جيد من الخبرة الإدارية، بالإضافة إلى أن عمر معظم المشاركين أقل من 30 سنة وهذا قد يكون سبباً في عدم نضج فكر التمكين الإداري لديهم بسبب قلة خبرتهم الإدارية والسريرية، وإن المستوى المتوسط للتمكين الإداري الكلي قد يكون ناتجاً عن أن بعض المشاركين لديهم معرفة بالتمكين الإداري استقوها من مكان العمل، كما أن ارتفاع مستوى محور فرق العمل ناجماً عن حاجة العاملين الأصغر عمراً للعمل كفريق لإنجاز المهمات الموكلة لهم.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي أجراها (Aggarwal & Dhaliwal, 2018) والتي هدفت إلى تقييم أثر التمكين الإداري على مستوى الالتزام التنظيمي والرضا الوظيفي للممرضات، فبينت أن تطبيق التمكين الإداري لدى النسبة الأعلى من الكادر التمريضي المشارك في الدراسة كان بمستوى متوسط، بجميع محاوره ماعدا محور التحفيز الذي جاء مستواه مرتفعاً لدى غالبية المشاركين من الكادر التمريضي [14]، كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة الدراسة التي قام بها (Morsiani et al, 2017) لتقييم العلاقة بين التمكين الإداري للقيادات التمريضية وبين الرضا الوظيفي للكادر التمريضية، حيث أظهرت

نتائجها أن مستوى تطبيق التمكين الإداري لدى القيادات التمريضية كان متوسطاً عموماً في جميع أبعاده ومحاوره، عدا محور تفويض السلطة فقد كان تطبيقه مرتفعاً مقارنةً بغيره من المحاور المدروسة [15].

على العكس من ذلك، فإن النتيجة الحالية لم تتسجم مع نتائج الدراسة التي أجراها (Regina, 2019) والتي هدفت لتقييم أثر التمكين الإداري على مستوى الرضا الوظيفي لدى رئيسات شعب التمريض في ستة مستشفيات أمريكية، حيث أظهرت نتائجها أن مستوى الإدارة باستخدام استراتيجية التمكين الإداري لدى معظم رئيسات الشعب التمريضية المشاركات آنذاك في الدراسة كانت بمستوى مرتفع بكل محاوره المشمولة [16]. كما لم تتسجم هذه النتيجة الحالية مع نتائج دراسة قام بها (Godfrey, 2017) هدفت إلى تحديد تأثير التمكين الهيكلي الإداري على الرضا الوظيفي لدى الممرضين والممرضات في 5 مستشفيات كينية، حيث بينت تلك الدراسة أن تطبيق أبعاد التمكين الإداري مثل التدريب والاتصال الفعال ومشاركة المعلومات وتفويض السلطة جاء بمستوى منخفض بجميع الأبعاد المذكورة، وقد أوصت تلك الدراسة بضرورة تعميم مفهوم التمكين الإداري وتطبيقه في جميع المنشآت الصحية لما يتركه ذلك من أثر إيجابي على جودة الخدمات الصحية المقدمة [10].

بينت الدراسة الحالية بخلاصة نتائجها أن معظم محاور التمكين الإداري مع التمكين الإداري الكلي لدى النسبة الأعلى من هيئة التمريض في الدراسة كانت بمستوى متوسط، ماعدا محور فرق العمل الذي كان مستواه مرتفعاً لدى النسبة الأعلى من هيئة التمريض وقد يكون لذلك أثر على مستوى أداء الكادر التمريضي، وهذا يثبت مدى أهمية تطبيق استراتيجية التمكين الإداري كواحدة من أهم الاستراتيجيات الإدارية التي تضمن مستوى عالي من جودة الرعاية الصحية المقدمة، ومن هنا تعتبر نتائج الدراسة الحالية من النتائج المشجعة على تطبيق استراتيجية التمكين الإداري في جميع مؤسسات الرعاية الصحية حيث أن المؤسسات الصحية في سوريا بشكل عام أصبحت بيئة مناسبة لتطبيق تلك الاستراتيجية، مما يؤدي بالنتيجة إلى تحسين الواقع الصحي عموماً والتمريضي خصوصاً.

6. الاستنتاجات والتوصيات:

• الاستنتاجات: بينت الدراسة الحالية أن:

مستوى التمكين الإداري العام كان متوسطاً لدى النسبة الأعلى من هيئة التمريض في الدراسة. كما كان متوسطاً في جميع محاوره ماعدا محور فرق العمل الذي جاء في المرتبة الأولى بين محاور التمكين الإداري وبمستوى مرتفع لدى غالبية هيئة التمريض

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

1. زيادة اهتمام القيادات الإدارية العليا في المستشفى بتحقيق المزيد من التمكين الإداري لأفراد هيئة التمريض عن طريق (تشجيع ممارسة مهارة تفويض السلطة بمنحهم المرونة في أداء المهام وتفويض سلطات كافية لهم_تعزيز الاتصال الفعال بينهم عن طريق تسهيل وصولهم إلى أصحاب القرار وشرح مواقفهم من غير صعوبة_تحفيز أفراد التمريض بتقدير جهودهم في العمل_تدريب أفراد التمريض بتوفير الدورات المناسبة لهم وتشجيعهم على تبادل الخبرات فيما بينهم_تعزيز العمل الجماعي بينهم بعملهم كفريق يسوده الاحترام والتعاون).

2. الاهتمام بمحاور التمكين الإداري المنخفضة المستوى كما ظهرت نتائجها في هذه الدراسة والتي تشير إلى ضرورة الاهتمام بتفويض السلطة لإتاحة الفرصة لأفراد هيئة التمريض لتنفيذ الواجبات بمرونة ونجاح وذلك عن طريق (إجراء دراسات مستقلة حول معوقات ومحفزات تفويض السلطة والعوامل المؤثرة عليه).

3. تشجيع إدارات التمريض الوسطى على ممارسة المزيد من مهارة تفويض السلطة.

4. إجراء دراسات حول العوامل المؤثرة في التوجه للعمل في فريق العمل.

5. تأمين الفرص المناسبة لتدريب العاملين في القطاع الصحي.

6. الاهتمام بتحفيز أفراد الهيئة التمريضية على تطوير وتنمية قدراتهم.
7. إجراء دراسات مشابهة تضم شريحة واسعة من هيئات التمريض في المشافي، ودراسة العوامل المؤثرة في مستوى التمكين الإداري لديهم.

7. المراجع:

1. عبد الحسين، صفاء. (2012). اثر التمكين الإداري على الرضا الوظيفي لدى العاملين في هيئة التعليم التقني. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، 32: 77-98.
 2. الطعاني، حسن أحمد. السويدي، عمر سلطان. (2013). التمكين الإداري وعلاقته بالرضا الوظيفي لدى مديري المدارس الحكومية في محافظة الدمام بالمملكة العربية السعودية. مجلة دراسات العلوم التربوية، 4(1): 305-327.
 3. حابس، بشرى (2018). محددات الرضا الوظيفي حسب نظرية هيرزبرغ من وجهة نظر هيئة التمريض، دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن سينا - أم البواقي - مذكرة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العمل والتنظيم وتسيير الموارد البشرية. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي -، ص: 309.
 4. النفيسة، ندى بنت مطلب. (2011). إدراك التمكين وعلاقته بالرضا الوظيفي: دراسة ميدانية من وجهة نظر الإداريات العاملات بجامعة الملك سعود. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، الرياض، ص: 12-23.
 5. الطراونة، نجاه. (2007). واقع التمكين الإداري للمرأة في الجامعات الأردنية الرسمية والمعوقات التنظيمية والاجتماعية والشخصية المؤثرة فيه من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن، ص 23-34.
 6. دويدار، عبد الفتاح. (2006). علم النفس الصناعي والتنظيمي (د. ط) مصر: دار المعرفة للنشر والتوزيع.
 7. قريشي، محمد الطاهر؛ السبتي، لطيفة أحمد. (2015). أثر التمكين الإداري في تحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين بجامعة محمد خيضر بسكرة، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 1، ص 59-89.
1. David, G.; Davis, S. (2000). Quality Management: Introduction to Total Quality Management for Processing, and Services, 13ed, Prentice Hall, New Jersey. USA .
 2. Geroy, G; Wright, P; Anderson, J. (1998). Strategic Performance Empowerment Model. Empowerment in Organizations, 6 (2), 57-65.
 3. Barbara, E. (1997). The Empowerment Gap Hype Vs. Reality. Br Focus, 26(4), 4-6 .
 4. Rizeki, DF, Nursalam, M, Slamet, RY. (2017). The Relationship Between Nurse Empowerment and Quality Of Nursing Work Life In Hospital. International Nursing Journal, 4(9): 121- 29.
 5. Godfery, MM., (2017). Effect of Employee Empowerment On Job Satisfaction At Machakos Level Five Hospital In Kenya. A Master of Business Administration Dissertation, school of business, University of Nairobi.
 6. 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.

7. Aggarwal, A., Dhaliwal, R. S., & Nobi, K., (2018). Impact of Structural Empowerment On Organizational Commitment: The Mediating Role Of Women's Psychological Empowerment. *Vision Journal* , 22(3), 284–94.
8. Morsiani, G., Bagnasco, A., & Sasso, L., (2017). How Staff Nurses Perceive The Impact Of Nurse Managers' Leadership Style In Terms Of Job Satisfaction: A Mixed Method Study. *Journal of nursing management*, 25(2), 119–28.
9. Regina, F., (2019). Perception of Structural Empowerment and Job Satisfaction for Front-Line Nurse Leaders: A Descriptive Phenomenological Study. A Doctorate of Business Administration Dissertation, Grand Canyon University, Phoenix, Arizona.

تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين

د. نسرین مصطفى**

مریم سلیمان الحسین*

(الإيداع:6 شباط 2022، القبول: 20 نيسان 2022)

الملخص:

تعد السمنة لدى المراهقين أحد أهم التحديات الصحية التي يواجهها العالم لما لها من تداعيات على المستوى الصحي والاقتصادي والتربوي حيث يتعرض المراهقون الذين يعانون من السمنة لخطر الإصابة بالعديد من الأمراض الجسدية كارتفاع ضغط الدم والاضطرابات العظمية واضطرابات الغدد الصماء ويتعداها ذلك الى العديد من المشاكل النفسية والسلوكية. هدف البحث: تقييم تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين. مواد وطرائق البحث: تم إجراء دراسة وصفية ارتباطية على عينة عشوائية قوامها 200 مراهق من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية في مدينة اللاذقية الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أكثر من 30 كغ/م²، تم اختيارهم من المدارس بالطريقة العشوائية العنقودية وتم جمع البيانات باستخدام استمارة البيانات الديموغرافية ومقياس السلوك العدواني ويتكون المقياس من 30 عبارة تقريية خصصت لقياس أربعة أبعاد: العدوان الجسدي (9 عبارات)، والعدوان اللفظي (6 عبارات)، والغضب (7 عبارات) والعداء (8 عبارات). النتائج: أظهرت النتائج أن 78% من عينة الدراسة بدينون من الدرجة الأولى و22% بدينون من الدرجة الثانية كما أظهرت وجود فروق مهمة إحصائياً في الغضب لدى المراهقين حيث كان المراهقون البدينون من الدرجة الأولى أكثر غضباً من المراهقين البدينين من الدرجة الثانية.

الكلمات المفتاحية: السمنة، المراهقون، السلوك العدواني

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

** أستاذ مساعد، قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Effect of Obesity on Aggressive Behaviors in Adolescents

Mariam Suliman AL–Hussien*

D. Nisreen Mostafa*

(Received:6 February 2022,Accepted:20 April 2022)

Abstract:

Adolescents' obesity is considered one of the most important health issues facing the world due to its effects on health, economic, educational levels moreover, obese and overweight adolescents are not only at risk of physical disorders, such as high blood pressure, bone complications, and endocrine disorders, but they also have an increased risk of psychological and behavioral disorders. Studies have found that obese and overweight children tended to be more aggressive compared with their peers of medium weight, so this correlative study was done to evaluate the effect of obesity on aggressive behaviors among adolescents in a sample of 200 preparatory and high schools' students at Lattakia city who have a body mass index more than 30 kg/m^2 , the sample was chosen by cluster random sampling method. the data were collected using a questionnaire for demographic information (age, school year, gender...) and calculating Body Mass Index to determine the obesity level then answering the aggressive behavioral scale which consists of 30 phrases.

The results had shown that 78% of sample are obese class1 and 2% of them obese class2, the study also found statically important differences in anger among adolescents, the overweight adolescents were more anger than obese adolescents.

Keywords: Adolescents, Aggressive Behavior, Obesity.

* Postgraduate Student (Master), Department of pediatric Health Nursing, Faculty Of Nursing ,Tishreen university, Lattakia, Syria.

** Associate Professor, Department of Maternity And Women's Health Nursing, Faculty Of Nursing, Tishreen university, Lattakia, Syria .

1-المقدمة:

تعد مرحلة المراهقة من المراحل الهامة لجميع الفئات العمرية، فالعالم يضم 1.2 مليار فرد تتراوح أعمارهم ما بين (10-19 عاماً)، ويعد المراهقون والمراهقات أكثر صحة رغم استمرار المخاطر، وعلى الرغم من التصورات العامة لعكس ذلك؛ فإن المراهقين في جميع أنحاء العالم هم حالياً أكثر صحة -بصفة عامة- مما كانوا عليه في الأجيال السابقة ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى المكاسب الكبيرة الناتجة عن الاستثمار والاهتمام تجاه مرحلة الطفولة المبكرة، وارتفاع معدلات تطعيم الرضع وتحسين تغذيتهم، وهو ما يحقق فوائد فيزيولوجية تستمر في فترة المراهقة، بالرغم من ذلك في عام (2004) توفي ما يقرب من مليون طفل تحت سن 18 عاماً بسبب امراض المتعلقة بالسمنة وتعاطي المخدرات والادمان على الكحول. (1,2)

تتعدد التحديات والمخاطر الصحية التي تواجه المراهقين وخصوصاً مشاكل الصحة السلوكية لدى المراهقين التي لا تحظى بالمساعدة، حيث يصاحبها انخفاض في مستوى التحصيل العلمي وارتفاع البطالة وتعاطي المخدرات، سلوكيات المخاطرة، والجريمة، وسوء الصحة الجنسية والإنجابية، إلحاق الأذى بالنفس وإهمال الشخص لنفسه؛ كل ذلك يزيد من خطر الإصابة بالأمراض طوال حياتهم والوفيات المبكرة.

يعد السلوك الغذائي غير الصحي والخمول البدني (قلة الحركة) أحد أهم العوامل المسببة للسمنة، إذ يحتل الخمول البدني (نقص النشاط البدني) المرتبة الرابعة ضمن عوامل الخطورة الرئيسية الكامنة وراء الوفيات التي تسجل على الصعيد العالمي 6% من الوفيات العالمية، كما أن التغيرات الملحوظة في نمط الحياة السائد في المجتمعات الحديثة، والاعتماد كثيراً في معظم جوانب الحياة اليومية على التقنية الآلية، كل ذلك جعل الفرد مقلداً في حركته راکناً للخمول البدني، أسيراً لوسائل الترف والرفاهية ولم تسلم شريحة الأطفال والمراهقين من هذه التغيرات، فأصبح الواحد منهم ينتقل من المدرسة وإليها بوساطة السيارة، ويقضي معظم وقته أمام التلفاز أو الفيديو أو الكمبيوتر، وعندما يضاف إلى ذلك قلة عدد حصص التربية البدنية المدرسية التي يتلقاها الطلاب في الأسبوع؛ فإن النتيجة حتماً هي انتشار المشكلات والأعراض الصحية المرتبطة بنمط الحياة المعاصرة، ومن بينها السمنة تعد السمنة مرض متعدد العوامل ويقال عادة أنه تحدث عندما يتجاوز استهلاك الطاقة إنفاق الطاقة على مدى فترة طويلة، وهي الحالة التي يكون فيها مؤشر كتلة الجسم 30 كغ/م^2 وما فوق. (3)

لا يتركز خطر السمنة على صحة المراهقين الجسدية فقط بل يتعدى ذلك الأمر إلى نمو السلوك العدواني لديهم نتيجة العوامل الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها المراهقين الذين يعانون من السمنة من قبل الأشخاص المحيطين بهم أثناء تواجدهم في المجتمع وعلى ما يتلقونهم من إساءات لفظية وجسدية من قبل أقرانهم في المدرسة أو الشارع. (4)

يعرف السلوك العدواني على أنه: سلوك يصدره الفرد لفظياً أو معنوياً أو بدنياً أو مادياً صريحاً أو ضمناً، مباشراً أو غير مباشر، إيجابياً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك، أو الآخرين. وتتنوع أشكال السلوكيات العدوانية لتشمل العدوان الجسدي (الذفع، الضرب)، بالإضافة إلى المضايقات اللفظية (الإغاضة) أي العدوان اللفظي، وانتشار الشائعات واستبعاد عن قصد أي العدوان الاستبعادي، ومن العوامل المسببة للسلوك العدواني عند المراهقين العوامل البيولوجية (فيزيولوجية) تشمل التغيرات الجسدية والفيزيولوجية والجنسية التي تحدث في مرحلة المراهقة، والعوامل النفسية عند تعرض المراهق للإحباط نتيجة فشله أو عدم تحقيقه للأهداف وحاجاته فإنه يعبر عن هذا الإحباط بإصداره سلوك عدواني، والعوامل الأسرية فلأسرة أهمية عظمى في تشكيل شخصية الفرد إذ أن هناك علاقة بين بيئة الأسرة والسلوك العدواني (5,6,7). بينت دراسة قام بها (El Mouzna, et al, 2010) حول انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال والمراهقين السعوديين أن نسبة (23 %) من الطلاب يعانون من زيادة الوزن والسمنة بنسبة (11 %)، وأن متغير نوع المنطقة له علاقة بالسمنة (8).

أجريت دراسة من قبل (Rupp K et al,2018) هدفها فحص السلوك العدوانى عند المراهقين الذين يعانون من السمنة وأظهرت نتائج الدراسة أن المراهقين الذين يعانون من السمنة لديهم احتمالات أكبر للتعرض لسلوكيات التتمر مقارنة مع أقرانهم ذوي الوزن الصحي وبينت الدراسة أن المراهقون الذين يعانون من السمنة المتورطين في سلوكيات التتمر لديهم احتمالات أعلى بكثير من مشاكل السلوك السلوكي والاكنتاب والجدل المفرط والصعوبة في تكوين صداقات مقارنة بالمراهقين الذين لا يعانون السمنة⁽⁹⁾

يتركز الدور الرئيسي للممرضين المختصين في سلوكيات المراهقين والعاملين على الحد من الآثار السلبية للسمنة الملازمة لهم من خلال العمل على الوقاية الأولية من حدوث السمنة وتقليل وصمة العار الناتجة عن السمنة، وتشمل تلك التدابير الاستشارات السريرية التي تركز على النظام الغذائي والنشاط البدني وتغيير السلوك والعلاج الدوائي وجراحة السمنة والوقاية من السمنة وعلاجها^(10,11) كما يشارك الممرضون في أخذ القياسات الحيوية للمراهقين وتصميم وتنفيذ برامج تدبير الوزن المناسبة ويساعد المراهق وعائلته في التكيف مع أنماط الحياة المتبعة لتدبير مشكلة السمنة من خلال برامج التنقيف الصحي وتشجيع النشاط البدني وتعليم السلوكيات الصحية⁽¹²⁾

2- أهمية البحث وأهدافه:

1-2 أهمية البحث: يتضح مما سبق أن السمنة في مرحلة المراهقة ترتبط بزيادة حدوث العديد من المضاعفات الصحية والسلوكية، لهذا يحتاج المراهقون إلى معرفة تأثيرات السمنة والسلوك العدواني خلال هذه المرحلة العمرية، خاصة بعد زيادة انتشار هذه الظاهرة في سوريا خلال الحرب بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية، ومن هنا تأتي أهمية هذه الدراسة من كونها ستوفر معلومات عن تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين، مما يساهم في التأسيس لقاعدة بيانات مهمة يمكن الاستناد عليها عند إجراء المزيد من الأبحاث المتعلقة بموضوع هذا البحث وعند تصميم البرامج التنقيفية للمراهقين حول السمنة والسلوك العدواني لسد الثغرات في حال وجودها، وتعزيز المعرفة بالمشكلة مما يساهم في الحد قدر الإمكان من زيادة انتشار هذه الظاهرة، كما أن هذه الدراسة ستشكل إضافة للأدب النظري حول تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين في ظل قلة الأبحاث العربية والمحلية حول هذا الموضوع في سورية.

2-2 هدف البحث: تقييم أثر السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين

3- طريقة البحث ومواده:

1-3 تصميم البحث: تم استخدام منهجية البحث الوصفي الارتباطي. أجريت هذه الدراسة الوصفية الارتباطية

2-3 مكان وزمان البحث: تم إجراء هذه الدراسة في المدارس الإعدادية والثانوية التابعة لمديرية التربية في محافظة اللاذقية، في الفترة الزمنية الممتدة من (2021/3/1 م ولغاية 2021/5/1 م)

3-3 عينة البحث: تم إجراء هذه الدراسة على عينة من المراهقين الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أكثر من 30 كغ/م² وعددهم 200 مراهق.

مواصفات أفراد العينة:

من عمر 12 حتى 17 سنة، لا يعاني من أي أمراض جسدية ونفسية ولا يتناول أي أدوية

معايير الاستبعاد:

المراهق الذي يعاني من النحافة، المراهق المشخص لديه أمراض جسدية، المراهق المشخص لديه اضطراب نفسي سابق أو حالي.

3-4 أداة البحث: اشتملت أداة البحث على ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: استمارة البيانات الديموغرافية وتتضمن (العمر، الجنس، المرحلة التعليمية، مكان السكن)

الجزء الثاني: تحديد درجة السمنة من خلال قياس مؤشر كتلة الجسم BMI
الجزء الثالث: مقياس السلوك العدواني: أعد هذا المقياس أرنولد باص A. Buss ومارك بيرري M. Perry سنة (1992) وقام الباحثان "معتز سيد عبد الله و صالح أبو عباة سنة (1995) بترجمته إلى اللغة العربية ثم عرضه على مجموعة من المحكمين بهدف مراجعة الترجمة والتأكد من أن الصياغة العربية للبنود تتقل المعنى في إطار الثقافة العربية، كما يتصف المقياس بدرجة عالية من الصدق والثبات حيث بلغت درجة ثباته على مقياس ألفا كرونباخ 0.778 وهذا يشير إلى أنه يمكن الاعتماد على النتائج والثوق بها. ويتكون المقياس من 30 عبارة تقريرية خصصت لقياس أربعة أبعاد افتراض معدا المقياس أنها تمثل مجال السلوك العدواني وهي: العدوان البدني (9 عبارات)، والعدوان اللفظي (6 عبارات)، والغضب (7 عبارات) والعداء (8 عبارات) يتم الإجابة عليها وفق مقياس ليكرت الخماسي. (13)

طريقة استخدام المقياس:

تتم الإجابة على عبارات مقياس السلوك العدواني باختيار إجابة واحدة من خمسة بدائل للإجابة وفق مقياس ليكرت الخماسي (تطبق تماماً، تنطبق غالباً، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق نادراً، لا تنطبق)، حيث تعطى الإجابات الايجابية وزناً كالآتي: (تنطبق تماماً= 5، تنطبق غالباً= 4، تنطبق بدرجة متوسطة= 3، تنطبق نادراً= 2، لا تنطبق= 1)، بينما يتم عكس الوزن في العبارات السلبية كالآتي: (تنطبق تماماً= 1، تنطبق غالباً= 2، تنطبق بدرجة متوسطة= 3، تنطبق نادراً= 4، لا تنطبق= 5). تم من خلاله الحصول على درجة السلوك العدواني ومن ذلك بجمع درجات المراهق لمختلف فقراته، تمثل بذلك أعلى درجة للمقياس ككل في 150 وأدنى درجة فيه، 30 وتم تحديد ثلاث مستويات للسلوك العدواني للمراهقين وتكون على النحو التالي: الذين يحصلون على درجة تتراوح بين 30-70 تكون ضمن فئة ذوي السلوك العدواني المنخفض، أما إذا كانت تتراوح ما بين 71-110 يكونون ضمن فئة ذوي السلوك العدواني المتوسط، أما إذا كانت تتراوح ما بين 111-150 يكونون ضمن فئة ذوي السلوك العدواني المرتفع.

3-5 طريقة البحث:

تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة للقيام بالبحث. ثم أجريت دراسة استرشادية (Pilot Study) باستخدام استمارة البحث على 10% من العينة وذلك للتأكد من وضوح الاستمارة وتحديد العوائق والمشاكل التي قد تحدث أثناء جمع البيانات ولتحديد الوقت اللازم لإتمام الاستمارة (تم استبعاد هؤلاء المراهقين من عينة البحث) وتم إجراء التعديلات اللازمة، تم شرح الهدف من الدراسة للمراهقين والحصول على موافقة شفوية قبل البدء بإجراء المقابلة، تم جمع البيانات في الفترة الزمنية من شهر اذار ولغاية شهر أيار 2021 حيث استغرقت المدة المقابلة مع كل طفل من 15-30 دقيقة.

3-6 التحليل الإحصائي:

تم ترميز البيانات المأخوذة من الاستبيانات، ومن ثم تفرغها ضمن برنامج التحليل الإحصائي SPSS V20، ليتم معالجتها بالاختبارات الإحصائية المناسبة ومن ثم عرضها ضمن جداول مناسبة حيث تم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية: التكرار (N)، والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD) النسبة المئوية (%)، وعامل الارتباط لـ "سبيرمان" Spearman لدراسة العلاقة بين مستوى السمنة ومستوى أبعاد مقياس السلوك العدواني لدى المراهقين، و اختبار T. test لعينتين مستقلتين للفروق في السلوك العدواني تبعاً للمتغيرات الديموغرافية، اختبار كاي تربيع X^2 لدراسة العلاقة بين مستويات السلوك العدواني ومؤشر كتلة الجسم تبعاً لعمر المراهقين. ويتم استخدام اختبار فيشر عندما لا تكون شروط كاي تربيع محققة. الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.05$) اعتبرت هامة إحصائياً وأشار لها بالرمز (*).

4- النتائج:

الجدول رقم(1):توزع المراهقين في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية

N=200 العدد الكلي		البيانات الديموغرافية	
النسبة المئوية %	N التكرار		
48.0	96	12 – 14 سنة	العمر
52.0	104	15 – 17 سنة	
50.0	100	اعدادي	مستوى التعليم
50.0	100	ثانوي	
46.0	92	ذكر	الجنس
54.0	108	انثى	
0	0	الريف	مكان السكن
100.0	200	المدينة	

يبين الجدول رقم 1 توزع المراهقين في الدراسة وفقاً لبياناتهم الديموغرافية، حيث شكل المشاركون من الشريحة العمرية (15-17 سنة) أكثر من نصف العينة 52%، والنسبة الباقية 48% كانوا بعمر (12-14 سنة). وتوزع المراهقون مناصفةً بين اعدادي وثانوي من حيث مستوى التعليم. أما من حيث الجنس فقد شكلت الاناث النسبة الاعلى 54% والباقي من الذكور 46%. وجميع المراهقين كانوا يقطنون في المدينة.

الجدول رقم (2): توزع المراهقين في الدراسة تبعاً لتصنيفات السمنة لديهم وفق مؤشر كتلة الجسم

%	N	مؤشر كتلة الجسم
78.0	156	بدن درجة أولى (بين 30 – 34.9 كغ/م ²)
22.0	44	بدن درجة ثانية (بين 35 – 39.9 كغ/م ²)

يبين الجدول رقم 2 توزع المراهقين في الدراسة تبعاً لتصنيفات السمنة وفق مؤشر كتلة الجسم لديهم، حيث أظهر أن حوالي ثلاثة أرباع العينة بدنيون من الدرجة الاولى (BMI بين 30 – 34.9 كغ/م²) والبقية كانوا بدنيين من الدرجة الثانية (BMI بين 35 – 39.9 كغ/م²).

الجدول رقم (3): توزع المراهقين في الدراسة وفق مستويات السلوك العدواني لديهم

عالي		متوسط		منخفض		مستويات السلوك العدواني	
%	N	%	N	%	N		
11.5	23	55.0	110	33.5	67	العدوان الجسدي	المقاييس الفرعية للسلوك العدواني
40.5	81	42.5	85	17.0	34	العدوان اللفظي	
24.5	49	56.0	112	19.5	39	الغضب	
19.0	38	65.0	130	32.0	16	العداء	
9.5	19	76.5	153	14.0	28	مقياس السلوك العدواني الكلي	

يبين الجدول رقم 3 توزع المراهقين في الدراسة وفق مستويات السلوك العدواني لديهم، ففي بُعد العدوان الجسدي كانت النسبة الأعلى للمراهقين 55% بمستوى متوسط، تلاها 33.5% بمستوى منخفض و11.5% فقط بمستوى عالي. وفي بُعد العدوان اللفظي كانت النسبة الأعلى للمراهقين 42.5% بمستوى متوسط، تلاها 40.5% بمستوى عالي و17% فقط بمستوى منخفض. وفي بُعد الغضب كانت النسبة الأعلى للمراهقين 56% بمستوى متوسط، تلاها 24.5% بمستوى عالي و19.5% فقط بمستوى منخفض. وفي بُعد العداء كانت النسبة الأعلى للمراهقين 65% بمستوى متوسط، تلاها 19% بمستوى عالي و32% فقط بمستوى منخفض. وبالنسبة للمستوى الكلي للسلوك العدواني لدى المراهقين في الدراسة فكانت النسبة الأعلى منهم 76.5% بمستوى متوسط، تلاها 14% بمستوى منخفض، و9.5% فقط بمستوى عالي.

الجدول رقم(4): متوسطات وترتيب ومستويات السلوك العدواني وأبعاده لدى المراهقين في الدراسة

المستوى	الترتيب	SD	M	Max	Min	المقاييس الفرعية للسلوك العدواني
متوسط	2	6.989	24.01	40	9	العدوان الجسدي
متوسط	4	4.768	16.82	25	6	العدوان اللفظي
متوسط	3	5.413	21.69	35	11	الغضب
متوسط	1	5.819	24.05	38	10	العداء
متوسط		17.445	86.62	132	40	مقياس السلوك العدواني الكلي

يبين الجدول رقم 4 متوسطات وترتيب ومستويات السلوك العدواني وأبعاده لدى المراهقين في الدراسة، حيث أظهر أن بُعد العداء جاء بالمرتبة الأولى بمتوسط قدرة 24.05 وبمستوى متوسط، تلاه بُعد العدوان الجسدي بالمرتبة الثانية بمتوسط

24.01 وبمستوى متوسط، ثم بُعد الغضب بالمرتبة الثالثة بمتوسط 21.69 وبمستوى متوسط، وأخيراً بُعد العدوان اللفظي بالمرتبة الرابعة وبمتوسط 16.82 وبمستوى متوسط أيضاً. وجاء متوسط السلوك العدوانى الكلي بمتوسط 86.62 وبمستوى متوسط.

الجدول رقم (5): العلاقة بين مستويات السلوك العدوانى لدى المراهقين في الدراسة ومؤشر كتلة الجسم

P. Value	X2	عالي		متوسط		منخفض		مستويات العدوان الجسدي	
		%	N	%	N	%	N		
0.192	3.307	7.5	15	45	90	25.5	51	بدین درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)	BMI
		4	8	10	20	8	16	بدین درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)	
P. Value	X2	%	N	%	N	%	N	مستويات العدوان اللفظي	
0.650	0.947	34.5	69	30.5	61	13	26	بدین درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)	BMI
		8	16	10	20	4	8	بدین درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)	
P. Value	X2	%	N	%	N	%	N	مستويات الغضب	
0.267	2.651	21	42	41.5	83	15.5	31	بدین درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)	BMI
		3.5	7	14.5	29	4	8	بدین درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)	
P. Value	X2	%	N	%	N	%	N	مستويات العداة	
0.747	0.634	14	28	51.5	103	12.5	25	بدین درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)	BMI
		5	10	13.5	27	3.5	7	بدین درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)	
P. Value	X2	%	N	%	N	%	N	مستوي السلوك العدوانى الكلي	
0.955	0.283	7.5	15	60	120	10.5	21	بدین درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)	BMI
		2	4	16.5	33	3.5	7	بدین درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)	

*: $0.05 \geq P \text{ Value}$

يظهر الجدول رقم 5 العلاقة بين مستويات السلوك العدوانى لدى المراهقين في الدراسة ومؤشر كتلة الجسم لديهم، حيث لوحظ عدم وجود اختلاف مهم احصائياً في مستويات السلوك العدوانى ككل ومستويات العدوان الجسدي أو العدوان اللفظي أو الغضب او العداة لدى المراهقين تعزى لمؤشر كتلة الجسم.

الجدول رقم(6):علاقة الارتباط بين مستويات السلوك العدوانى ومستوى مؤشر كتلة الجسم عند المراهقين المشاركين في الدراسة

السلوك العدوانى الكلى	العداء	الغضب	العدوان اللفظى	العدوان الجسدى	السلوك العدوانى
R:-0.105 P:0.138	R:-0.108 P:0.129	R:-0.152 P:0.032*	R:-0.122 P:0.085	R:0.031 P:0.665	مؤشر كتلة الجسم

R: قيمة معامل ارتباط سبيرمان * : $0.05 \geq P \text{ Value}$

يبين الجدول رقم 6 علاقة الارتباط بين مستويات السلوك العدوانى ومستوى مؤشر كتلة الجسم عند المراهقين المشاركين في الدراسة، حيث أظهر وجود علاقة ارتباط عكسية (r: سالبة) ذات دلالة احصائية مهمة ($0.05 \geq P \text{ Value}$) بين مؤشر كتلة الجسم والغضب. بمعنى أنه المراهقون البدينون من الدرجة الاولى هم أكثر غضباً من المراهقين البدينين من الدرجة الثانية.

الجدول رقم (7) العلاقة بين متوسطات السلوك العدوانى وأبعاده ودرجة السمنة حسب مؤشر كتلة الجسم

P. Value	T	SD	M	N	العدوان الجسدى
0.987	0.017	6.627	23.73	156	بدين درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)
		7.130	23.75	44	بدين درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)
0.144	1.467	4.787	17.01	156	بدين درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)
		4.275	15.84	44	بدين درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)
0.013*	2.215	5.470	21.96	156	بدين درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)
		4.719	19.68	44	بدين درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)
0.339	0.958	6.068	24.18	156	بدين درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)
		6.222	23.18	44	بدين درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)
0.083	1.741	17.332	86.96	156	بدين درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)
		18.594	81.73	44	بدين درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)

يظهر الجدول رقم 7 العلاقة بين الدرجة الكلية للسلوك العدوانى ومحاوره وبين مستوى مؤشر كتلة الجسم للمراهقين في الدراسة، حيث لوحظ عدم وجود فروق مهمة احصائياً في العدوان الجسدى أو اللفظى أو في العداء أو السلوك العدوانى الكلى لدى المراهقين تعزى لمؤشر كتلة الجسم ($P= 0.987$)، ($P= 0.144$)، ($P= 0.339$)، ($P= 0.083$)، على التوالي. بينما لوحظ وجود فروق مهمة احصائياً في الغضب لدى المراهقين تعزى لمؤشر كتلة الجسم ($P= 0.013$) حيث كان المراهقون البدينون أكثر غضباً من المراهقين البدينين من الدرجة الثانية.

الجدول رقم (8): العلاقة بين الدرجة الكلية لمقياس السلوك العدواني والمتغيرات الديموغرافية للمراهقين

P. Value	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي M	العدد N	المتغيرات الديموغرافية	
0.995	0.006	17.553	85.8	96	12 – 14 سنة	العمر
		17.926	85.8	104	15 – 17 سنة	
0.962	0.048	17.252	85.8	100	اعدادي	مستوى التعليم
		18.230	85.8	100	ثانوي	
0.734	0.340	16.328	86.271	92	ذكر	الجنس
		18.862	85.417	108	انثى	

يظهر الجدول رقم 8 العلاقة بين الدرجة الكلية لمقياس السلوك العدواني والمتغيرات الديموغرافية للمراهقين في الدراسة، حيث لوحظ عدم وجود فروق هامة احصائياً في السلوك العدواني لدى المراهقين تبعاً لمتغيرات العمر ($P= 0.995$)، ومستوى التعليم ($P= 0.962$)، والجنس ($P= 0.734$).

الجدول رقم (9): العلاقة بين مستويات السلوك العدواني لدى المراهقين في الدراسة ومؤشر كتلة الجسم تبعاً لمتغير العمر

17 – 15 n= 104 سنة				14 – 12n= 96 سنة				العمر	
بدين درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)		بدين درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)		بدين درجة ثانية (35 – 39.9 كغ/م ²)		بدين درجة أولى (30 – 34.9 كغ/م ²)		BMI	
%	N	%	N	%	N	%	N		
9.61	10	0.96	1	11.46	11	6.25	6	منخفض	مستويات السلوك العدواني
62.50	65	17.30	18	57.29	55	15.63	15	متوسط	
7.70	8	1.92	2	7.29	7	2.08	2	عالي	
0.751/ 0.746				1.584/ 0.483				X ² / P. Value	

يبين الجدول رقم 9 العلاقة بين مستويات السلوك العدواني لدى المراهقين المشاركين في الدراسة ومؤشر كتلة الجسم لديهم تبعاً لمرحلتهم العمرية، حيث أظهر الجدول أن النسبة الأعلى للمراهقين (57.29% من المرحلة العمرية 12 – 14 سنة و 62.50% من المرحلة العمرية 15 – 17 سنة) كانوا من البدينين درجة ثانية وسلوكهم العدواني بمستوى متوسط. الا ان الجدول 9 لم يظهر وجود اختلاف هام احصائياً بين مستوى السلوك العدواني ومستوى مؤشر كتلة الجسم في كلا المرحلتين العمريتين.

5- المناقشة

يتعرض المراهقون الذين يعانون من السمنة بشكل خاص للسلوكيات المحفوفة بالمخاطر وهم أكثر عرضة لعدم التكيف بالمقارنة مع أقرانهم ذوي الوزن الطبيعي ، ويكونون أكثر عرضة لضعف العلاقات مع الأقران، وصمة العار، والإجهاد الناتج عن الوزن الزائد، وقد يجعل المراهقين أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات خطيرة على الصحة⁽¹⁴⁾ وأظهرت الدراسات ارتباطاً إيجابياً بين مؤشر كتلة الجسم المرتفع لدى المراهقين والإفراط في التدخين، شرب الكحول وتعاطي المخدرات، القتال والعدوان، والسلوكيات العدوانية⁽¹⁵⁾ وعلاوة على ذلك ، غالباً ما تحدث عوامل الخطر السلوكية للمراهقين الذين يعانون من السمنة من النظام الغذائي غير الكافي والنشاط البدني الخامل ، ونمط الحياة غير المستقرة وترتبط هذه العوامل على مخاطر صحية عند المراهقين الذين يعانون من السمنة بالمقارنة مع أقرانهم ذوي الوزن الطبيعي⁽¹⁶⁾

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن حوالي ثلاثة أرباع أفراد العينة بدينون من الدرجة الأولى (BMI بين 30.1 – 35 كغ/م²) وأقل من ربع أفراد العينة كانوا بدينين من الدرجة الثانية (BMI بين 35.1 – 40 كغ/م²). (جدول 2) وتوافقت النتيجة الحالية مع نتائج دراسة (العوجان، 2011) أن غالبية أفراد العينة يعانون من السمنة لدى المراهقين بنسبة (91%)⁽¹⁷⁾ ولم تتوافق النتيجة الحالية مع دراسة قام بها (El Mouzan, et al, 2010) حيث أظهرت نتائجها أن نسبة (23%) من المراهقين يعانون من السمنة⁽⁸⁾، ويعزى ارتفاع نسبة السمنة بين المراهقين لعدة أسباب : قلة النشاط البدني وتغير نمط الحياة وتناول الوجبات السريعة وساعات الجلوس الطويلة أمام التلفاز أو الموبايل.

بينت نتائج الدراسة الحالية أن المستوى الكلي للسلوك العدواني لدى المراهقين في الدراسة فكانت النسبة الاعلى منهم بمستوى متوسط. جدول (4) وأظهرت نتائج الدراسة الحالية أن بُعد العداة جاء بالمرتبة الأولى وبمستوى متوسط، تلاه بُعد العدوان الجسدي بالمرتبة الثانية وبمستوى متوسط، ثم بُعد الغضب بالمرتبة الثالثة وبمستوى متوسط، وأخيراً بُعد العدوان اللفظي بالمرتبة الرابعة وبمستوى متوسط أيضاً، وجاء متوسط السلوك العدواني الكلي بمتوسط 86.62 وبمستوى متوسط. جدول (3) حيث توافقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (الصالح، 2012) التي بينت أن مستوى مظاهر السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية أتت بمتوسط (88,2) وبمستوى متوسط للدرجة الكلية لمظاهر السلوك العدواني ويشمل المجالات التالية: (السلوك العدواني نحو الآخرين، السلوك العدواني اللفظي والجسدي نحو الذات، السلوك العدواني الموجه نحو الممتلكات)⁽¹⁸⁾ وتوافقت نتيجة الدراسة الحالية بلحلول بُعد العداة بالمرتبة الأولى من مستويات السلوك العدواني مع دراسة (الزعيبي، 2007) أظهرت النتائج أن درجة الميل للسلوك العدواني العدائي تصدرت درجات السلوك العدواني.⁽¹⁹⁾

أظهرت نتائج الدراسة الحالية العلاقة بين مستويات السلوك العدواني لدى المراهقين في الدراسة ومؤشر كتلة الجسم لديهم، حيث لوحظ عدم وجود اختلاف هام احصائياً في مستويات العدوان الجسدي أو الغضب أو العداة أو العدوان اللفظي لدى المراهقين تبعاً لمؤشر كتلة الجسم. جدول (5) ولم تتوافق النتيجة الحالية مع دراسة (Michelle J. et al 2001) التي كشفت أن المراهقين الذين يعانون من السمنة أبلغوا عن تعرضهم للإيذاء اللفظي أكثر من غيره من مستويات السلوك العدواني الأخرى⁽²⁰⁾.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية علاقة ارتباط عكسية (r: سالبة) ذات دلالة احصائية مهمة ($P \text{ Value} \leq 0.05$) بين مؤشر كتلة الجسم والغضب. ولم تتوافق النتيجة الحالية مع دراسة من قبل (Seyedamini B, et al. 2010) التي أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباط ايجابي بين المشاكل السلوكية العدوانية مع السمنة عند المراهقين⁽²¹⁾، وقد يعزى الوصول إلى النتيجة الحالية إلى صغر حجم العينة وحرص أفراد العينة على الإجابة بعدم عدوانيتهم على أسئلة الاستبيان خوفاً من النظرة لهم من قبل الباحث.

أظهرت نتائج دراستنا الحالية عدم وجود فروق هامة احصائياً في العدوان الجسدي أو اللفظي أو في العداة أو السلوك العدواني الكلي لدى المراهقين تبعاً لمؤشر كتلة الجسم. جدول (7)، ولم تتوافق النتيجة الحالية مع دراسة Seyedamini B, et al (2010). التي لاحظت وجود دلالة احصائية هامة بين السلوكيات العدوانية والسمنة عند المراهقين⁽²¹⁾، كما بينت النتائج وجود فروق هامة احصائياً في الغضب لدى المراهقين تبعاً لمؤشر كتلة الجسم حيث كان المراهقين الذين يعانون من السمنة من الدرجة الأولى أكثر غضباً مقارنةً بالأطفال الذين يعانون من السمنة من الدرجة الثانية، وتوافقت النتيجة الحالية مع دراسة من قبل (Seyedamini B, et al .2010) وأظهرت نتائج الدراسة أن إجمالي المشكلات السلوكية شوهدت مشاكل نفسية لدى أفراد العينة بما في ذلك (القلق والغضب والعدوان الجسدي) في 11% ، و 15% ، و 2%⁽²¹⁾ وقد يعزى هذا الأمر بسبب مشاكل التعرض للتمتر من قبل زملاء في المدرسة والمعلمين.

بينت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق هامة احصائياً في السلوك العدواني لدى المراهقين تبعاً لمتغيرات العمر، والجنس. جدول (8)، ولم تتوافق النتيجة الحالية مع دراسة (Farhat et al, 2009) التي بينت وجود اختلافات دالة احصائية لكل من متغيري الجنس والعمر عند المراهقين الذين يعانون من السمنة والسلوكيات العدوانية⁽²²⁾ ولم تتوافق مع دراسة الغريباوي (2006) كانت أهم نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في السلوك العدواني (العدوان الجسدي ، العدوان اللفظي، على الذات ، على الممتلكات) لصالح الذكور⁽²³⁾. وقد يعود ذلك بسبب صغر حجم العينة المدروسة ولاختلاف طبيعة المجتمع.

6-الاستنتاجات:

أظهرت نتائج الدراسة أن المستوى الكلي للسلوك العدواني لدى المراهقين في الدراسة كان مستوى متوسط، حصل بُعد (العداء) على المرتبة الأولى من أبعاد السلوك العدواني عند المراهقين الذين يعانون من السمنة تلاه بُعد العدوان الجسدي بالمرتبة الثانية ثم بُعد الغضب بالمرتبة الثالثة، وأخيراً بُعد العدوان اللفظي بالمرتبة الرابعة، وعدم وجود اختلاف هام احصائياً في مستويات العدوان الجسدي أو العدوان اللفظي أو الغضب أو العداة لدى المراهقين تبعاً لمؤشر كتلة الجسم، ويوجد علاقة ارتباط عكسية (r: سالبة) ذات دلالة احصائية مهمة ($P \text{ Value} \leq 0.05$) بين مؤشر كتلة الجسم والغضب. بمعنى أنه المراهقين البدنيون من الدرجة الأولى هم أكثر غضباً من المراهقين البدنيين من الدرجة الثانية، كذلك تبين عدم وجود فروق هامة احصائياً بين الدرجة الكلية للسلوك العدواني وأبعاده (العدوان الجسدي أو اللفظي أو في العداة) أو السلوك العدواني الكلي للمراهقين.

7-التوصيات

بناء على نتائج الدراسة الحالية يمكن اقتراح التوصيات الآتية:

- 1- اجراء برامج تثقيفية تشمل مخاطر السمنة وكيفية السيطرة على الوزن وأهم العادات الغذائية الصحية.
- 2- وضع المنشورات التعريفية بمخاطر السمنة والعوامل المسببة لها عند المراهقين.
- 3- اجراء برامج تثقيفية ووضع منشورات تعريفية بمخاطر السلوك العدواني وأشكاله والعوامل المسببة له عند المراهقين.
- 4- إجراء التعديلات المناسبة في المناهج والمقررات الدراسية بما يتوافق مع السلوك الغذائي الصحي في مختلف مستويات التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي والجامعي.
- 5- القيام بدراسة مشابهة مطبقة على شرائح عمرية أخرى كالأطفال وكبار السن بعينات أكبر.
- 6- اجراء دراسات تتبعية لنمط الحياة وعلاقته بالسمنة لمعرفة مدى التغير الذي يطرأ عليه ضعفاً وقوة.
- 7- اجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول العوامل الغذائية والمعيشية والاجتماعية والنفسية والنشاط البدني المرتبطة بالسمنة لدى المراهقين.

8- إجراء دراسات مستقبلية تتعلق بمظاهر وأسباب السلوك العدواني من وجهات نظر الأهل.

8-المراجع

1. ainsworth b, haskell w, whitt m, and irwin m, (2000): Compendium of physical activity: an update of activity codes and met intensities. *med sci sports exerc*, 32; 498– 516.
- 2.yu jh, kim ms. Molecular mechanisms of appetite regulation (2012). diabetes mellitus .*metab j*.;36(6):391– 398.
4. bell sk, morgan sb (2000). Children’s attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: does a medical explanation for the obesity make a difference? *j pediatric psychol*.; 25:137–45.
- 3.sánchez, v; munoz–fernández, n; vega–gea, e. (2017). Peer sexual cyber victimization in adolescents: development and validation of a scale. *international journal of clinical and health psychology*, 17, 171–179
- 4.banis, h; varni, j; wallander, j; korsch, b; jay, s; adler, r; temple, e; negrete, v. (1998). Psychological and social adjustment of obese children and their families. *child care, health and development*, *j pediatric psychol*. 14, 157–173.
5. el mouzan ml, foster pj, al herbish as, al salloum aa, al omer aa, qurachi mm, kecojevic t. (2010). Prevalence of overweight and obesity in saudi children and adolescents. *international journal of obesity*, (30), p, 203–8
6. kristie rupp, and stephanie m. mccoy (2018). Bullying perpetration and victimization among adolescents with overweight and obesity in a nationally representative sample childhood obesity. *journal of adolescent health*. 15(5):12–16
- 7.jensen md, ryan dh, apovian cm et al. Guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on practice guidelines and the obesity society. *circulation* 2014; 129: s102–s138
- 8.bocquier a, verger p, basdevant a (2005). Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners inference. *obes res*; 13: 787–795.
- 9.maruthur nm, bolen s, brancati fl, clark jm.(2009). Obesity and mammography: a systematic review and meta–analysis. *j gen intern*; 24: 665–677.
- 10.booker cl, gallagher p, unger jb, ritt–olson a, johnson ca.(2004) Stressful life events, smoking behavior, and intentions to smoke among a multiethnic sample of sixth graders. *ethnicity & health*. ;9(4):369–397.

11. pasch ke, nelson mc, lytle la, moe sg, perry cl.(2008) Adoption of risk-related factors through early adolescence: associations with weight status and implications for causal mechanisms. *journal of adolescent health*.;43(4):387–393.
- 12.hasler g, pine ds, gamma a, milos g, ajdacic v, eich d, (2004). The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. *psychological medicine*. ;34(6):1047–1057
13. michelle j. pearce, julie boergers and mitchell j. princeton(2001). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. . *journal of adolescent health*: (3)386–390.
14. bayanah seyedamini; ayyoub malek; mehrangiz ebrahimi–mameghani, and ali tajik. (2012). Correlation of obesity and overweight with emotional–behavioral problems in primary school age girls in tabriz, iran. *iran j pediatric*, 22 (1): 15–22.
15. tilda farhat, ronald j. iannotti, , and bruce simons–morton.(2009). Overweight, obesity, youth, and health–risk behaviors. *am j prev med*.; 38(3): 258–267.
1. اليونيسف(2011) . وضع الأطفال في العالم – المراهقة مرحلة الفرص .مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، عمان.
2. مختار، وفيق صفوت (2001). مشكلات الأطفال السلوكية،(ط2) ، مصر: دار القلم والثقافة
3. رحمانى، جمال؛ معمري، عبد الوهاب. (2015). التوافق النفسي وعلاقته بالسلوك العدواني لدى تلاميذ السنة الأولى ثانوي. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية،جامعة البويرة:الجزائر
4. العوجان، جعفر. (2011) لمستوى الاجتماعي الاقتصادي وعلاقته بنسبة الشحوم لدى عينة من الأطفال الأردنيين . المجلة العربية للغذاء والتغذية .السنة الحادية عشر، العدد السادس والعشرون .ص6-28
5. تهاني محمد عبد القادر الصالح(2012). درجة مظاهر وأسباب السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظات شمال الضفة الغربية وطرق علاجها من وجهة نظر المعلمين. جامعة النجاح الوطنية. كلية الدراسات العليا. ص6-8.
- 6.الزعيبي، سامح.(2007).العوامل الاجتماعية الاقتصادية والأكاديمية المؤثرة في الميل نحو السلوك العدواني لدى طلبة الجامعة الهاشمية ، مجلة العلوم التربوية ، (34)1 ، ص ص (73- 82) .
- 7.الغرباوي، مي حسن. (2006). السلوك العدوان دراسة مقارنة بين الذكور والإناث في المرحلة العمرية من (8-16) سنة. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

تأثير المناخ الجامعي على دافعية الإنجاز والتحصيل العلمي

أ.د. نسرين اسكندر داؤود**

ايمان جابر عثمان*

(الإيداع:6 شباط 2022،القبول:14 حزيران 2022)

الملخص:

تعد بيئة الجامعات التعليمية من أهم بيئات التفاعل الاجتماعي للطلبة، حيث تلعب دوراً أساسياً في تشكيل شخصياتهم وتحديد مستقبلهم. وهي إحدى المؤسسات الاجتماعية الفعالة التي تهدف إلى تعزيز القيم السلوكية المقبولة، وتشجيع القيم والاتجاهات النفسية الإيجابية التي يحرص عليها المجتمع الحديث. تقيم تأثير المناخ الجامعي على دافعية الإنجاز والتحصيل العلمي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين. تم إجراء دراسة وصفية تحليلية باستخدام عينة متاحة مؤلفة من 226 طالب من طلاب كلية التمريض (السنة الثالثة والرابعة) في جامعة تشرين في محافظة اللاذقية. تم جمع البيانات خلال الفترة الممتدة من شهر أيلول عام 2019 إلى شهر تشرين الثاني عام 2019. تم إكمال استبيان منظم حول المعلومات الديموغرافية، وتم تقييم المناخ الجامعي من خلال استمارة مؤلفة من 4 أقسام (البعد الأكاديمي، البعد الإداري، البعد الاجتماعي، البعد الخدماتي) واستمارة خاصة بتقييم مستوى دافعية الإنجاز، وتقييم مستوى التحصيل العلمي من خلال معدلات الطلاب. أظهرت النتائج أن المعدل الوسطي لنصف العينة بتقدير جيد وجاء المناخ الجامعي العام بدرجة متوسطة حيث احتل البعد الأكاديمي المرتبة الأولى تلاه البعد الخدماتي تلاه البعد الاجتماعي بينما جاء البعد الإداري في المرتبة الأخيرة وجاء مستوى دافعية الإنجاز لدى الطلاب بدرجة متوسطة ولوحظ وجود علاقة ارتباطية هامة احصائياً بين أبعاد المناخ الجامعي ودافعية الإنجاز وعدم وجود علاقة ارتباط هامة احصائياً بين أبعاد المناخ الجامعي والتحصيل العلمي للطلاب.

الكلمات المفتاحية: المناخ الجامعي، دافعية الإنجاز، التحصيل العلمي.

* طالبة دراسات عليا، قسم الإدارة في التمريض، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

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

The impact of university climate on achievement motivation and academic achievement

Eman Gaber Othman*

Dr. Nisreen Eskandar Daoud**

(Received:6 February 2022 ,Accepted:14 June)

Abstract:

The educational environment of universities is one of the most important social interaction environments for students, as it plays a key role in shaping their personalities and determining their future. It is one of the effective social institutions that aim to promote acceptable behavioral values, and encourage positive psychological values and trends that modern society is keen on. To assess the impact of the university climate on the achievement motivation and educational attainment of students of the Faculty of Nursing at Tishreen University. A descriptive analytical study was conducted using an available sample of 226 students from the Faculty of Nursing [3rd and 4th year] at Tishreen University in Lattakia Governorate. Data were collected during the period from September 2019 to November 2019. A structured questionnaire was completed about demographic information, and the university climate was evaluated through a form consisting of 4 sections [the academic dimension, the administrative dimension, the social dimension, the service dimension] and a special form for evaluating the level of achievement motivation, and evaluating the level of educational attainment through student rates. The results showed that the average rate for half of the sample was a good grade. The general university climate was moderately high, where the academic dimension ranked first, followed by the service dimension. Followed by the social dimension, while the administrative dimension ranked last. The level of achievement motivation among students came to a medium degree. It was noted that there was a statistically significant correlation between the dimensions of the university climate and the achievement motivation, and the absence of a statistically significant correlation between the dimensions of the university climate and the student average.

Keywords: university climate, achievement motivation, educational attainment

* Postgraduate student (MA), Department of Nursing Administration, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia City, Syria Arab Republic.

** Assistant Professor, Department of Nursing Administration, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia City, Syria Arab Republic.

1-المقدمة:

تعد بيئة الجامعات التعليمية من أهم بيئات التفاعل الاجتماعي للطلبة، حيث تلعب دوراً أساسياً في تشكيل شخصياتهم وتحديد مستقبلهم. وهي إحدى المؤسسات الاجتماعية الفعالة التي تهدف إلى تعزيز القيم السلوكية المقبولة، وتشجيع المبادئ والاتجاهات النفسية الإيجابية التي يحرص عليها المجتمع الحديث، وتسعى لتنمية الأفكار والحقائق العلمية التي لا تتعارض مع العقائد الدينية والقيم الأخلاقية القائمة بين الأهداف التربوية الإبداعية والواقع الجامعي، وهي بذلك تعد الأمانة على تحقيق أهداف المجتمع المخطط لها بعدد كبير من المتغيرات التنظيمية ويعد المناخ الجامعي أحدها. فالجو السائد داخل الجامعة له أثر مباشر في تحقيق الأهداف النهائية التي يصبو إليها المجتمع، يرى باحثون أن البيئة الجامعية ليست مكاناً يتم فيه تعلم المهارات الأكاديمية فحسب، وإنما هي مجتمع صغير يتفاعل فيه الأعضاء، ويؤثر بعضهم في بعض، فالعلاقات الاجتماعية بين الطلاب والمعلمين، والطلاب بعضهم ببعض تؤثر تأثيراً كبيراً في الجو الاجتماعي الجامعي، وهذا يؤثر بدوره في نتائج التعليم. ولذلك يجب توفير الوسائل والامكانيات اللازمة لتهيئة المناخ الجامعي المناسب للطلاب، فالمناخ الجامعي الذي يقابل احتياجات الطلاب ويحقق توقعاتهم سوف يؤدي إلى تحقيق توافقهم الجامعي، إن جودة المناخ الجامعي هو نتيجة لنوعية العلاقات الأكاديمية، والتنظيمية والإدارية والاجتماعية السائدة وطبيعتها بين أفراد المجتمع الجامعي^[1]. ويقول (Sabo): إن الطلاب السعداء يسهمون في الحياة الجامعية، ويشعرون بالثقة دائماً، ويتفوقون أكاديمياً، فكلما استطاعت الجامعة توفير مناخ يتميز بعوامل وعناصر تسهم في رضا الطلاب يكون شعورهم فيها أن أهدافهم وطموحاتهم ستتحقق، وسيؤدي إلى ارتفاع مستويات عملية التعلم، إلى جانب زيادة الروح المعنوية لديهم^[2]. وتختلف البيئات الجامعية عن بعضها في كثير من النواحي بصرف النظر عن مبانيها وما يظهر فيها من مميزات مثل: التجهيزات والتسهيلات والإمكانات المادية، فإن المناخ الجامعي يختلف من جامعة إلى أخرى، وتذكر (Hamblett) أن مثل هذه الاختلافات تبلغ درجة الدقة والغموض بحيث يصعب وصفها. وبالتالي فإن لكل جامعة مناخها الخاص بها الذي يجعل منها مؤسسة لها طابعها الفريد عن غيرها^[3]. والمناخ الجامعي (بالنسبة للطلاب) هو: الجو الجامعي العام الذي يحيط بالطلاب وما له من علاقة بالتأثير في شخصياتهم، والذي يتمثل بالمناهج وأساليب التدريس والإدارة والعلاقات بين الطلاب وبينهم وبين المعلمين، ومجموع النشاطات العلمية والأدبية والفنية والرياضية والترفيهية التي توفرها الجامعة^[4].

يقاس المناخ الجامعي بمدى تقبل وانسجام الطلاب مع المناخ الجامعي المحيط بهم بأبعاده المختلفة، البعد الأكاديمي والبعد الإداري، البعد الاجتماعي، البعد الخدماتي، بحيث يشعرون بالألفة والاعجاب بكل ما يحيط بهم. ومن العناصر المكونة والمدرجات التي يكونها الفرد نتيجة استنارته بمجموعة من المحددات البيئية لاستجابة الفرد لهذه التصورات وترى مريم (2010) انه يمكن قياس المناخ الجامعي من خلال أربعة ابعاد وهي: **البعد الأكاديمي**: هذا البعد يعبر عن العلاقات الناشئة عن التفاعلات الأكاديمية بين الطلاب ومعلميهم وزملائهم أثناء أوقات المحاضرات، ومدى تشجيع المعلمين للطلاب في الحصول على أفضل المستويات العلمية، متضمناً المقررات الدراسية والتخصص الدراسي ونظام الامتحانات وطرق التدريس، وهو من العوامل المهمة في تشكيل المناخ الجامعي، وأفضل من يستطيع التعبير عن هذه العلاقات هو الطالب، لأن الأنشطة الأكاديمية تتمحور حوله كونه المستهدف في عملية التعليم الجامعي. **البعد الإداري**: ينظر إلى البعد الإداري في كل ما يتعلق بعلاقة الطلاب بموظفي الإدارة وما يتعلق بمجموعة اللوائح والأنظمة والاجراءات الإدارية وأساليب تقديم الخدمات فيما يتعلق بسياسات القبول والتسجيل والاعفاءات والامتحانات. **البعد الاجتماعي**: إن الجامعة وكلباتها كمؤسسات اجتماعية في أي مجتمع تلعب دوراً مهماً في تشكيل الحياة الاجتماعية منطلقاً من أهدافها التربوية المتضمنة تنشئة الطلاب اجتماعياً، بما لا يتعارض مع القيم الاجتماعية للمجتمع، وهذا لا يحدث إلا من خلال العلاقات الاجتماعية التي يحاول المجتمع الجامعي تكوينها بواسطة الأنشطة الأكاديمية والاجتماعية، في اطار الأنشطة الصفية و اللاصفية التي يتم توفيرها من قبل الجامعة

لطلابها أثناء فترة تواجدهم فيها. **البعد الخدماتي:** ما تقدمه الجامعة من خدمات للطلاب، تشمل القاعات والمباني والمرافق والمختبرات والعيادة الطبية، والتي من شأنها أن تعمل على مساعدة الطلاب على التكيف مع الحياة الجامعية. [5].

المناخ الجامعي يمكن تطويره وتحسينه وتغييره إذا توافرت الإمكانيات والإرادة والتفكير في واقع المناخ الجامعي والسبل والوسائل القادرة على الرقي بهذا الواقع لما هو أفضل، بحيث إن هناك العديد من المجالات يمكن لإدارة الجامعات أن تعمل على تحسين المناخ الجامعي وتطويره من خلالها، ومنها كفاءة الجهاز الإداري والأكاديمي، ورعاية الطلاب وتوجيههم وتحفيزهم، والاهتمام بمناهجهم التعليمية والتربوية لتتنغم مع احتياجات مجتمعهم وقيمه. [6]

تعتبر دافعية الإنجاز من المصطلحات التي ظهرت حديثاً في الدراسات النفسية، وهي تدل على حالة غير ملموسة، فلا يمكن ملاحظتها إلا عن طريق أثارها ونتائجها، مما أدى إلى تعدد تعريفاتها من قبل الباحثين للكشف عن مفاهيم أوسع لها، وتعد دافعية الإنجاز من بين الدوافع التي تجعل الفرد مثابراً على القيام بعمل ما ومحاولة تحقيق النجاح. [7].

ويعد الدافع للإنجاز دافعاً بشرياً معقداً أو مركباً، يتسم بالطموح والمتعة في المنافسة والاستقلال، وتفضيل المخاطرة، والحرص على تحقيق الأشياء الصعبة أو التحكم في الأفكار مع حسن تناولها وتنظيمها [8]، ويرجع الفضل في تحديد مفهوم دافع الإنجاز إلى Murray عام [1938]. غير أن هذا المفهوم قد أخذ في الذيوع والانتشار منذ بداية الخمسينات من خلال الأبحاث التي قام بها كل من MaClelland، Atkinson وعدد كبير من الدارسين من عام [1953] إلى الآن، ومن تلك المفاهيم أن دافعية الإنجاز هي: "حافز بشري أولي لمقابلة الأهداف العريضة المختلفة" [9]، كما أنها خاصية متعلمة تُشبع من خلال الاجتهاد للوصول لمستوى السعادة [10]. ويتسم الشخص ذو الدافعية المرتفعة للإنجاز بتتميته لمستويات داخلية عالية من التفوق والامتياز، والاستقلالية، واختيار الأداء الذي يتصف بالصعوبة، كما أن لديه أهدافاً محددة ومفهومة في ذهنه. [11] ويؤكد العلماء على أن أي سلوك بشري لا بد أن تكون وراءه دوافع كثيرة توجهه [12]. والدافعية تعتمد على دافع الإنجاز والرغبة في التفوق، وكذلك على طبيعة المنافس والاهتمام العام بالمنافسة، إلى جانب القدرة على تنشيط الدوافع المختلفة في نفس الوقت والتي يمكن أن تتعارض معاً أو تجتمع لتشكل قوة الدافعية في لحظة معينة، ودافع الإنجاز هو ما يحث الفرد على أن يكون دائماً متقدماً ومتميزاً بين أقرانه في العمل [13].

يرتبط الدافع للإنجاز بالتحصيل العلمي الذي يعتبر من الأهداف السامية التي يسعى إلى تحقيقها من قبل برامج التربية والتعليم، باعتبار التحصيل هو المؤشر الأساسي لمعرفة مدى نجاح العملية التعليمية وتحقيقها للأهداف الموضوعية، لا شك أن التحصيل الجامعي له أهمية كبيرة على مستوى الفرد حيث يؤدي إلى إشباع حاجة الفرد وتحقيق التوافق النفسي، وتقبل الفرد لذاته، ومن ثم عدم الوقوع في مشكلات سلوكية قد تؤدي إلى اضطراب النظام داخل الجامعة وخارجها [14]. ويعتبر التحصيل الدراسي من الأهداف السامية التي تسعى المجتمعات إلى تحقيقها من خلال برامج التربية والتعليم. ويعرف سيد [2009] التحصيل بأنه مقدار المعرفة أو المهارة التي حصل عليها الفرد نتيجة التدريب والمرور بخبرات سابقة، وللتحصيل الدراسي أهمية كبيرة بالنسبة للطلاب أو أسرته أو مجتمعه حيث أن التحصيل الدراسي يمارس دوراً هاماً في صنع الحياة اليومية للفرد والأسرة والمجتمع لا يوازيه في ذلك أي مفهوم تربوي آخر سوى الإنسان نفسه المنتج للتحصيل كما أن التحصيل مهم للحياة وتقدم الفرد فإنه أيضاً هام جداً للمجتمع وخاصة في بيئتنا العربية على اعتبار أننا في مجتمع يعطي قدراً كبيراً من الاهتمام للتحصيل الدراسي والنجاح ولا شك أن التحصيل الدراسي له أهمية كبيرة على مستوى الفرد حيث يؤدي إلى إشباع حاجة الفرد وتحقيق التوافق النفسي وتقبل الفرد لذاته ومن ثم عدم الوقوع في مشكلات سلوكية قد تؤدي إلى اضطراب النظام داخل الجامعة وخارجها [15].

2- أهمية البحث وأهدافه:

2-1 أهمية البحث: تكمن أهمية هذا البحث كونه يتطرق إلى موضوع هام هو المناخ الجامعي بأبعاده الأربعة [الأكاديمي، الإداري، الاجتماعي والخدماتي] وما له تأثير على تحصيل الطلاب ودافعتهم للإنجاز، والذي لم يحظ بالاهتمام الكافي لدراسته في سوريا، إضافة إلى أن نتائج البحث وتوصياته قد تفيد في تحسين واقع المناخ الجامعي بما يتناسب مع متطلبات الطالب الجامعي وستفيد في رفع مستوى دافعية الإنجاز لدى الطلاب ودرجة تحصيلهم العلمية.

2-2 هدف البحث: تحديد علاقة المناخ الجامعي بدافعية الإنجاز والتحصيل العلمي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين.

2-3 أسئلة البحث: هل توجد علاقة بين المناخ الجامعي ودافعية الإنجاز لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين؟

هل توجد علاقة بين المناخ الجامعي والتحصيل العلمي لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين؟

3- مواد وطرق البحث:

3-1 تصميم البحث: تم استخدام منهجية البحث الوصفي التحليلي.

3-2 مكان وزمان البحث: أجري هذا البحث في كلية التمريض في جامعة تشرين- محافظة اللاذقية في الفترة الزمنية الممتدة من شهر تموز 2019 حتى حزيران 2021.

3-3 عينة البحث: تم إجراء هذا البحث على عينة مؤلفة من [226] طالب من طلاب السنة الثالثة والرابعة في كلية التمريض في جامعة تشرين تم اختيارهن بطريقة الإعتيان المتاح، والتي شملت جميع الطلاب الذين أجابوا على الاستبيان الإلكتروني الذي نشر في الصفحة الرسمية لكلية التمريض في جامعة تشرين، مع توفر الشروط المطلوبة.

3-4 أداة البحث: تم تطوير استمارتي استبيان من قبل الباحثة لجمع البيانات الخاصة بالدراسة بعد الاطلاع على المراجع ذات الصلة^[13]. وقد اشتملت بصورتها النهائية على جزأين:

الاستمارة [الأداة] الأولى: تتألف من جزأين:

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية: العمر، الجنس، السنة الدراسية، معدل الطالب.

الجزء الثاني: أبعاد المناخ الجامعي: البعد الأكاديمي ويشمل [11] عبارة، مثال: يقوم عضو هيئة التدريس بتقييم الطلبة بشكل موضوعي.

البعد الإداري ويشمل [7] عبارات، مثال: أنظمة الكلية وتعليماتها واضحة.

البعد الاجتماعي ويشمل [10] عبارات، مثال: يوجد تفاعل ايجابي بين الطلبة داخل الكلية.

البعد الخدماتي ويشمل [8] عبارات، مثال: تتسم القاعات الدراسية بالنظافة والترتيب.

الاستمارة [الأداة] الثانية: استبانة دافعية الإنجاز وتشمل [18] عبارة، مثال: أصر على اتمام العمل حتى إذا كان صعباً. تم تطويرها من قبل الباحثة.

3-5 طرق البحث:

1. تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة للقيام بالبحث.

2. تم تطوير أداتي الدراسة من قبل الباحثة بالاعتماد على المراجع المتعلقة بموضوع البحث، وتم تحديد مصداقيتها من خلال عرضها على لجنة مؤلفة من أربع خبراء من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الإدارة في التمريض في كلية التمريض وتم إجراء التعديلات اللازمة.

3. تم إجراء دراسة استرشادية (Pilot study) باستخدام أداة البحث على 5 % من العينة [تم استبعادهم من عينة الدراسة] لتقييم وضوح الأداة وإمكانية تطبيقها لجمع البيانات، حيث كانت العبارات مفهومة وواضحة ولم تحتاج لأي تعديل.

7- تم التأكد من ثبات أداة الدراسة إحصائياً باستخدام معامل الثبات إلفا كرومباخ، والذي بلغ قيمته 0.88.

4. تم جمع البيانات باستخدام أداتي الدراسة، مع ضمان سرية المعلومات المذكورة ضمن الاستبيان واستخدامها لغرض البحث فقط مع التأكيد على حق الطلاب في رفض المشاركة في الدراسة أو الانسحاب منها.

4- التحليل الإحصائي:

1- تم تفرغ البيانات ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS v20) ومن ثم عُرضت ضمن جداول مناسبة. وتم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية: التكرار [N]، والنسبة المئوية [%]، والمتوسط الحسابي [M]، والانحراف المعياري [SD]، عامل الارتباط لـ "سبيرمان للرتب" لدراسة العلاقة بين مستويات المناخ الجامعي وكل من معدل الطالب ودافعية الإنجاز لديه عند عينة الدراسة، الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.05$) اعتبرت هامة إحصائياً.

2- تم تصنيف مستويات درجة المناخ الجامعي العام وفي كل بعد من أبعاده كالاتي: تم قياس استجابة الطلاب على عبارات محور المناخ الأكاديمي على سلم ليكرت الخماسي، فكان مجال المتوسط الحسابي للاستجابات بين [1 و 5]، فيكون المدى [5-1=4]، وبتقسيم المدى إلى ثلاثة فئات تكون طول الفئة الواحدة هي $[1.33 = 3/4]$ ، وبناء عليه تنقسم المستويات كالاتي:

- ❖ مستوى ضعيف للمناخ الجامعي اذا كان المتوسط الحسابي من 1- 2.33 .
 - ❖ مستوى متوسط للمناخ الجامعي اذا كان المتوسط الحسابي أكثر من 2.33 - 3.66 .
 - ❖ مستوى مرتفع للمناخ الجامعي اذا كان المتوسط الحسابي أكثر من 3.66 - 4 .
- 3- تم تصنيف مستويات دافعية الإنجاز لدى الطلاب كالاتي: تم قياس استجابة الطلاب على عبارات محور دافعية الإنجاز على سلم ليكرت الخماسي كما هو في المناخ الجامعي وبناء عليه تنقسم المستويات كالاتي:
- ❖ مستوى ضعيف لدافعية الإنجاز إذا كان المتوسط الحسابي من 1- 2.33 .
 - ❖ مستوى متوسط لدافعية الإنجاز إذا كان المتوسط الحسابي أكثر من 2.33 - 3.66 .
 - ❖ مستوى مرتفع لدافعية الإنجاز إذا كان المتوسط الحسابي أكثر من 3.66 - 4 .

4- النتائج:

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

عدد العينة = 226		فئات المتغير	المتغيرات الديموغرافية
النسبة المئوية %	N التكرار		
52.7	119	23 سنة < 20 -	العمر
45.6	103	26 سنة < 23 -	
1.7	4	26 - 28 سنة	

38.9	88	نكر	الجنس
61.1	138	أنثى	
38.9	88	الثالثة	السنة الدراسية
61.1	138	الرابعة	
49.1	111	60 – 70%	معدل الطالب
41.2	93	71 – 80%	
8.8	20	81 – 90%	
0.9	2	أكثر من 90%	

يبين الجدول رقم 1 توزع الطلاب في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية، حيث يظهر بأن نصفهم تقريباً 52.7% من الفئة العمرية [20-22 سنة]، تلاها 45.6% من الفئة العمرية [23-25 سنة]، ومن حيث الجنس شكلت الإناث النسبة الأعلى 61.1% والذكور نسبة 38.9%. وبالنسبة للسنة الدراسية يظهر الجدول أن نسبة الطلاب 61.1% في السنة الرابعة و38.9% في السنة الثالثة. ويظهر الجدول بأن غالبية الطلاب 49.1% معدلهم بين 60 – 70%، تلاها 41.2% معدلهم بين 71 – 80%، ولم تتجاوز 8.8% معدلهم بين 81 – 90%. ونسبة ضئيلة جداً 0.9% معدلهم أكثر من 90%.

الجدول رقم(2): متوسطات محور المناخ الجامعي وأبعاده الأربعة

المستوى	SD	M	أبعاد المناخ الجامعي
متوسط	0.684	3.54	البعد الأكاديمي
متوسط	0.834	2.90	البعد الإداري
متوسط	0.733	3.08	البعد الاجتماعي
متوسط	0.848	3.24	البعد الخدماتي
متوسط	0.626	3.21	مستوى تقييم الطلاب للمناخ الجامعي الكلية

يبين الجدول رقم 2 متوسطات أبعاد المناخ الجامعي، جاء البعد الأكاديمي بالمرتبة الأولى بمتوسط قدرة 3.54 وبدرجة متوسطة، تلاه البعد الخدماتي بالمرتبة الثانية بمتوسط 3.24 وبدرجة متوسطة، ثم البعد الاجتماعي بالمرتبة الثالثة بمتوسط 3.08 وبدرجة متوسطة، وأخيراً البعد الإداري بالمرتبة الرابعة بمتوسط 2.90 وبدرجة متوسطة أيضاً. وجاء متوسط المناخ الجامعي العام بمتوسط 3.21 وبدرجة متوسطة.

الجدول رقم(3): متوسطات وترتيب إجابات الطلاب على عبارات دافعية الإنجاز

SD	M	عبارات دافعية الإنجاز
0.773	3.92	1. أتحمّل المشكلات والأعباء التي أواجهها
0.785	4.27	2. أسعى نحو النجاح لأنه يحقق لي الاحترام
0.706	4.23	3. لا أترك العمل الموكّل إليّ حتى أنجزه

0.813	3.98	4. أحب القيام بالأعمال التي لا يتطلب إنجازها وقتاً طويلاً
1.021	3.80	5. أمتلك قدرة على الصبر
0.749	4.11	6. أصر على إتمام العمل حتى إذا كان صعباً
0.956	3.79	7. أحب القيام بالأعمال التي لا تتطلب جهداً كبيراً
1.038	3.75	8. أعمل ساعات إضافية لإتمام العمل الموكل إلي
1.053	3.30	9. أشعر أنني أكثر نشاطاً من زملائي
1.146	2.95	10. أشغل نفسي بعمل آخر عندما أجد العمل الذي أقوم به صعباً
1.172	2.91	11. أشعر بالملل والتعب بعد فترة قصيرة من بداية العمل
1.151	3.06	12. أتجنب تحدي الآخرين في العمل
1.150	3.65	13. أتجنب تحمل المسؤوليات
1.226	2.40	14. من السهل أن أشعر بالإحباط
1.318	2.90	15. أبذل جهداً قليلاً في تحقيق هدف ذي قيمة
1.063	2.36	16. أتوقف عن إتمام ما أقوم به من عمل عندما تواجهني مشكلات وصعوبات
1.146	2.68	17. أوجل ما أقوم به من عمل لوقت آخر
1.213	2.62	18. أقوم بعمل الأشياء قبل التفكير بها جيداً
0.347	3.23	مستوى تقييم الطلاب للدافعية للإنجاز الكلي

يبين الجدول رقم 3 متوسطات عبارات دافعية الإنجاز لدى عينة الدراسة، حيث أظهرت إجابات الطلاب أن "السعي نحو النجاح لأنه يحقق الاحترام" جاء بالمرتبة الأولى بمتوسط 4.27، تلاها بالمرتبة الثانية "عدم ترك العمل الموكل للطلاب حتى إنجازها" بمتوسط 4.23، ثم "الإصرار على إتمام العمل حتى إذا كان صعباً بمتوسط" 4.11 والمرتبة الثالثة، و"أحب القيام بالأعمال التي لا يتطلب إنجازها وقتاً طويلاً" في المرتبة الرابعة بمتوسط 3.98. وجاءت عبارة من "السهل أن أشعر بالإحباط" بالمرتبة السابعة عشر بمتوسط 2.40، تليها "أتوقف عن إتمام ما أقوم به من عمل عندما تواجهني مشكلات وصعوبات" بالمرتبة الأخيرة بمتوسط 2.36.

الجدول رقم(4):علاقة الارتباط بيرسون بين أبعاد المناخ الجامعي ودافعية الإنجاز لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين.

العام	البعد الخدماتي	البعد الاجتماعي	البعد الإداري	البعد الأكاديمي	أبعاد المناخ الجامعي
R: 0.590 P: 0.000*	R: 0.183 P: 0.006**	0.107R: P: 0.110	R: 0.139 P: 0.036*	0.107R: P: 0.109	دافعية الإنجاز

R: قيمة معامل الارتباط سبيرمان للرتب، P: P Valu الأهمية الإحصائية، * P< 0.05 ، ** P< 0.01

يبين الجدول 4 وجود علاقة ارتباط طردية [إشارة R موجبة] وضعيفة [R < 0.25] وهامة احصائياً [P < 0.05] بين أبعاد المناخ الجامعي الإداري [P = 0.036]، والخدماتي [P = 0.006] ودافعية الإنجاز للطلاب في عينة الدراسة، كما يظهر وجود علاقة ارتباط طردية [إشارة R موجبة] ومتوسطة القوة [R = 0.25 – 0.75] وهامة احصائياً [P < 0.05] بين المناخ الجامعي العام ودافعية الإنجاز، حيث أن دافعية الإنجاز تزداد بازدياد درجة المناخ الجامعي العام وبازدياد كل من درجة البعد الخدماتي ودرجة البعد الإداري. لكن لم يظهر الجدول وجود علاقة هامة احصائياً [P > 0.05] بين أبعاد المناخ الجامعي الأكاديمي [P = 0.109]، والخدماتي [P = 0.006] ودافعية الإنجاز للطلاب.

الجدول رقم(5):علاقة الارتباط بين أبعاد المناخ الجامعي ومعدل الطالب لدى طلاب كلية التمريض في جامعة تشرين.

أبعاد المناخ الجامعي	البعد الأكاديمي	البعد الإداري	البعد الاجتماعي	البعد الخدماتي	العام
معدل الطالب	R: -0.013 P: 0.850	R: 0.005 P: 0.935	R: 0.005 P: 0.935	R: 0.065 P: 0.331	R: 0.027 P: 0.686

R: قيمة معامل الارتباط سبيرمان للرتب.

P: P Value الأهمية الإحصائية، * P < 0.05، ** P < 0.01

يبين الجدول رقم 5 عدم وجود علاقة ارتباط هامة احصائياً بين أبعاد المناخ الجامعي ومعدل الطالب.

5- المناقشة:

يعتبر المناخ الجامعي من أهم المؤثرات على دافعية الإنجاز والتحصيل العلمي لدى الطلاب، فالطالب الذي يجد في المحيط الجامعي ما يساعده على النمو السوي والشعور بالأمن والتقدير يكون لديه الدافع للإنجاز والتحصيل العلمي أما إذا كان المناخ الجامعي فقيراً ومليناً بالإحباط والتهديدات فإن ذلك قد يؤثر سلباً تجاه التحصيل الدراسي وتحول دون تقدم الطلاب دراسياً وبهذا يصبح المناخ عامل طرد وليس عامل جذب. أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن نصف العينة تقريباً كانت من الفئة العمرية {20 – 22} وشكلت الإناث النسبة الأعلى منهم كما شكل طلاب السنة الرابعة ثلثي العينة تقريباً وكان المعدل الوسطي لنصف العينة بتقدير جيد. لوحظ من البيانات الديمغرافية أن النصف الآخر من عينة الطلاب كانت تقريبا من الفئة العمرية [23 – 25] وفي هذا السن يجب أن يكون الطالب تقريباً متخرج وفي ميدان العمل وهذا يدل على نسبة بقاء مرتفعة في الجامعة قد يعود ذلك لتأثير الأزمة السورية على الطلاب فمنهم من لم يستطع الوصول لجامعته بسبب الحصار وقطع الطرقات ومنهم من عانى من فقدان فرد أو أكثر بالعائلة مما أثر سلباً على الوضع الدراسي للطلاب وقد يعود ذلك الى أن فئة الشباب اتجهوا لمحاولة تأخير التحاقهم بخدمة العلم من خلال التأجيل على الوضع الدراسي.

أظهرت نتائج البحث بالنسبة لترتيب أبعاد المناخ الجامعي من حيث المتوسط الحسابي أن البعد الأكاديمي جاء بالمرتبة الأولى تلاه البعد الخدماتي ثم البعد الاجتماعي وأخيراً البعد الإداري ، قد يعود وجود البعد الأكاديمي بالمرتبة الأولى لأن الجامعة تسعى باستمرار مع وزارة التعليم العالي لتحسين جودة العملية التعليمية الأساسي من خلال عقد الندوات المستمرة ووجود تقييم دوري سنوي للكليات على المناهج والمقررات وطرق التدريس مع وجود فرق تزور الطلاب دائماً من مركز ضمان الجودة لمتابعة العملية التعليمية وقد يعود لتركيز وزارة التعليم العالي في السنوات الأخيرة على المناهج وتطويرها واللوائح وتطويرها. بالنسبة للبعد الخدماتي الذي جاء في المرتبة الثانية قد يعود ذلك لحدثة مبنى الكلية ومتابعة صيانة البنى التحتية وتوفير كل المرافق المهمة. بينما جاء البعد الاجتماعي في المرتبة الثالثة الذي يعتبر من حيث الأهمية بنفس مستوى البعد

الأكاديمي لان التركيز الحالي للجامعات العالمية متوجه لخلق بيئة اجتماعية داعمة نفسياً للطلاب ويسودها الطمأنينة والامان لأهميتها في التحصيل العلمي والإنجاز ،لذا لا بدّ من التركيز على دراسة أهم الوسائل الضرورية وترسيخها لبناء بيئة اجتماعية ملائمة تخلق الطمأنينة والشعور بالثقة والأمان وتعزز التوافق النفسي. أما وجود البعد الإداري في المرتبة الأخيرة بحسب إجابات الطلاب فقد يعود ذلك لعدم اهتمام الطلاب في الاطلاع على اللوائح والتعليمات ومن الممكن وجود أو توفير كتيبات ارشادات خاصة للطلبة أن تساعد في ذلك ولعدم تفعيل موقع الجامعة الالكتروني وموقع الكلية الالكتروني بشكل كامل والذي يساعد الطلاب في الحصول على الكثير من المعلومات كذلك الحصول على الكثير من الخدمات الطلابية. وهذا يتوافق مع دراسة احمد (2018) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين المناخ الجامعي ومستوى الطموح لدى طلبة الكليات الطبية وأظهرت نتائج الدراسة ان مستوى المناخ الجامعي على جميع الأبعاد كان متوسط وبينت النتائج أن مستوى البعد الاجتماعي احتل المرتبة الأولى تلاه البعد الإداري تلاه البعد الخدماتي وأخيراً البعد الأكاديمي^[16] ، ودراسة أبو سمرة والطبي (2008) المناخ الجامعي في جامعات الضفة الغربية في فلسطين وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى طلبتها و التي توصلت نتائجها أن درجة المناخ الجامعي في الضفة الغربية كانت متوسطة حيث جاء البعد الأكاديمي في المرتبة الأولى تلاه البعد الخدماتي تلاه البعد الاجتماعي وأخيراً البعد الإداري^[13]. بينما تتعارض النتيجة مع دراسات أخرى كدراسة موسى وحمد (2013) التي هدفت للتعرف على المناخ الجامعي لدى طلاب الجامعة بولاية النيل الابيض وعلاقته ببعض المتغيرات وتوصلت نتيجة الدراسة الى أن المناخ الجامعي كان منخفض ولا يمثل المتطلبات المثالية للبيئة الجامعية من عوامل فيزيقية وقاعات دراسية ومكتبات والخدمات الاساسية للطلاب^[17].

تعتبر دافعية الإنجاز مكون جوهرى في سعي الفرد لتحقيق ذاته حيث يشعر الفرد بتحقيق ذاته من خلال ما ينجزه وما يحققه من أهداف وما يسعى إليه من أسلوب حياة أفضل ومستويات أعظم لوجوده الإنساني الواعي ويقاس نجاح المجتمع في عصرنا الحالي بمدى ما يقدمه أفرادهم من عطاء في المواقع التي يشغلونها. بالنسبة لنتائج البحث المتعلقة بدافعية الإنجاز جاءت في المرتبة الأولى بالموافقة وبحسب إجابات الطلاب عبارة "أسعى نحو النجاح لأنه يحقق لي الاحترام" بينما جاءت بالمراتب الأخيرة بالموافقة بحسب إجابات الطلاب عبارة "من السهل أن أشعر بالإحباط" تلاها عبارة "أتوقف عن اتمام ما أقوم به من عمل عندما تواجهني مشكلات وصعوبات". بالنسبة لعبارة " أسعى نحو النجاح لأنه يحقق لي الاحترام "قد يعود ذلك لطبيعة الانسان حيث النجاح والتفوق هو هدف أي فرد في المجتمع وجميع الأفراد يسعون لتحقيق هذا الهدف لأنه في النهاية يحقق للإنسان مكانته بين الأفراد ويحصل من خلاله على الاحترام الذي هو أحد أهم الحاجات الإنسانية وهذا يؤكد هرم ماسلو حيث كان تحقيق وتقدير الذات في ذروة الهرم من الحاجات التي يسعى الفرد لإشباعها بعد إشباع الحاجات الفيزيولوجية [التنفس والغذاء والماء.....الخ] وإشباع حاجة الأمان والطمأنينة ثم إشباع الحاجات الاجتماعية [الحب والصدقة] يأتي إشباع الحاجة لتقدير الذات وأخيراً الحاجة لتحقيق الذات. بينما سهولة شعور الطالب بالإحباط والتوقف عن اتمام العمل عندما تواجهه صعوبات ومشاكل فقد يعود ذلك لعدة عوامل تؤثر في انجاز الطالب منها الضغوط النفسية التي تعتبر حالياً من أهم المواضيع التي تركز عليها معظم المنظمات العالمية [اليونيسيف - منظمة الصحة العالمية] لما للأثر النفسي من أهمية في حياة الأفراد وأعمالهم وانجازاتهم وطموحاتهم فكما كانت الصحة النفسية للفرد مرتفعة كانت لديه قدرة أكثر على التأقلم مع ضغوطاته وإيجاد الحلول للمشكلات والصعوبات، و كما للبيئة المحيطة بالطلاب تأثير نحو تحفيزه وتشجيعه على حل المشكلات و اتمام الأعمال وتجنب الشعور باليأس والاحباط.

أظهرت النتائج أن مستوى دافعية الإنجاز لدى الطلاب كان متوسط وقد يعود ذلك لعدم توفر فرص العمل بالنسبة لهم وتأثرهم بمن تخرج قبلهم ولم يجد فرصة مناسبة للعمل فاضطر للعمل بمهنة مغايرة لمهنته أو حاول الهجرة خارج البلد والعمل بأي مهنة لتحسين الوضع المادي. تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة ابو سمرة و الطبي(2008) التي أظهرت ان مستوى

دافعية الإنجاز لدى طلبة جامعة الضفة الغربية في فلسطين كان متوسط وأن هناك فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الجامعة بينما كانت الفروق غير دالة احصائياً حسب متغيري الجنس والكلية^[13].

بالنسبة لعلاقة الارتباط بين المناخ الجامعي ودافعية الإنجاز أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة هامة احصائياً فكلما كان المناخ الجامعي جيد ارتفعت دافعية الإنجاز وقد يعود ذلك الى ان المناخ الجامعي الجيد الذي يعيشه الطلاب سوف يؤدي الى ارتفاع مستوى دافعية الإنجاز لديهم كما أن للجامعة دوراً هاماً في استثارة دافعية الإنجاز لدى الطلاب لأن التعليم يعتبر أداة تعدل من سلوك الفرد وتكسبه الخصائص النفسية والقيم المرتبطة بالإنجاز مثل الاستقلالية والرغبة في النجاح، التوجه إلى المستقبل، المثابرة، وهذا شيء طبيعي لأن التعليم يزيد من التوجه الاجتماعي للأداء الجيد، كما أن النجاح المتواصل في سنين الدراسة يرفع مستوى المعايير الاجتماعية الخاصة بالكفاءة والمثابرة التي هي من القيم المعززة لدافعية الإنجاز، و أي مجتمع يركز على قيم التقان في العمل والانضباط واستقلالية الفرد سيشجع السلوك الإنجازي، ولأهمية دور عضو هيئة التدريس في رفع مستوى دافعية الإنجاز لدى الطلاب من خلال توفير الجو الملائم للعملية التعليمية والبحث العلمي وخلق جو الود والترابط والتعاون والمشاركة الوجدانية بين الطلاب، حيث أن إعطاء فرصة للطلبة لإبداء آراءهم واقتراحاتهم عند مناقشة موضوع ما، وتشجيع الطلاب على البحث والاطلاع وإيجاد الأفكار الجديدة، ومساعدة الطلاب على التعامل مع المواقف المتنوعة وإكسابهم مهارات تمكنهم من تخطي هذه المواقف والعقبات والتفكير في قدراتهم وتعزيزها، وحصول الطلاب على المقررات الدراسية، والتي من شأنها أن تعطي للطلبة مادة علمية مشتملة على المحتوى والأفكار التي من الضروري معرفتها وإكسابها للطلبة، والتخصصات الدراسية ونظام الامتحانات وطرق التدريس، ووجود الأنشطة الطلابية بما توفره من إمكانية لبناء وتكوين العلاقات في الجامعة بما فيها من طلاب وهيئة تدريسية وإداريين، و تشجيع المحاضرين للطلبة على التعاون فيما بينهم كل هذا يساعد في تنمية دافعية الإنجاز لديهم.

اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة عدة أبحاث نذكر منها نتيجة دراسة **ابو مصطفى(2010)** المناخ الجامعي وعلاقته بالدافعية للإنجاز ومستوى الطموح لدى طالبات جامعة الأزهر والاسلامية و التي اظهرت وجود علاقة دالة احصائياً بين ابعاد المناخ الجامعي والدافع للإنجاز لدى طلاب جامعة الأزهر وطالبات الجامعة الاسلامية وترى الباحثة أن الطلاب في الجامعات دائماً يسعون الى انجاز الاعمال الصعبة والبراعة في تنظيم الافكار الرئيسية وانجاز ذلك بسرعة وباستقلالية ويميلون لمواجهة المشكلات ومحاولة حلها والعمل بجد اكثر حينما يواجهون الاحباطات والمشاكل.^[14]

ونتيجة دراسة **ابو سمرة والطيطي(2008)** التي اظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين ابعاد المناخ الجامعي ودافعية الإنجاز حيث يرى الباحثان أن المناخ الجامعي الذي يقابل احتياجات وتوقعات الطلاب يحقق توافقهم الدراسي ويرفع مستوى دافعتهم للإنجاز^[13].

أما بالنسبة لعلاقة الارتباط بين المناخ الجامعي التحصيل العلمي للطلاب أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة هامة احصائياً بين أبعاد المناخ الجامعي ومعدل الطالب حيث أن وجود مناخ جامعي جيد لا يؤثر بشكل كبير على التحصيل العلمي للطلاب قد يعود ذلك لوجود عدة عوامل أسرية ونفسية واقتصادية تؤثر بشكل أكبر على معدل الطالب من المناخ الجامعي، حيث أن الطلاب يعيشون المناخ الجامعي نفسه و لكن لا يعيشون نفس البيئة و الظروف خارج الجامعة، أي أن الظروف التي يعيشها الطلاب الجامعيين ليست واحدة ولا تتشابه في الثقافة والعادات الاجتماعية كذلك هم يمتلكون استراتيجيات وفلسفات مختلفة وظروف اقتصادية مختلفة، وظروف أمنية مختلفة بين كل طالب وكل منطقة. اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة **موسى وحمد (2013)** التي توصلت لعدم وجود علاقة بين المناخ الجامعي ومعدل الطالب وهذه النتيجة حققت فرضية البحث ولم يجد الباحثان ما يستند عليه في تفسير هذه النتيجة^[17].

6-الاستنتاجات:

أهم نتائج البحث:

- 1-درجة المناخ الجامعي الكلية كانت متوسطة، درجة دافعية الإنجاز كانت متوسطة.
- 2-توجد علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً في متوسط الاجابات بين أبعاد المناخ الجامعي ودافعية الإنجاز لدى الطلاب.
- 3-لا توجد علاقة هامة إحصائياً بين أبعاد المناخ الجامعي ومعدل الطالب.

7-التوصيات:

- 1-تطوير سياسات وأنظمة لعملية تقييم الطلاب في الامتحانات بطرق حديثة وموضوعية.
- 2-تحفيز الطلاب على استخدام موقع الجامعة الإلكتروني وموقع الكلية الإلكتروني لمساعدة الطلاب في الحصول على المعلومات المطلوبة والخدمات الطلابية وايصال مشكلاتهم.
- 3-تفعيل دور المرشد الأكاديمي في الكلية.
- 4-إقامة الرحلات الترفيهية وحفلات التعارف والتخرج.
- 5-إقامة ورشات دعم نفسي اجتماعي داخل كل كلية بالتعاون مع الجمعيات والمنظمات المختصة بالدعم الاجتماعي لرفع مستوى دافعية الإنجاز لدى الطلاب.

8-المراجع:

1. Sabo، Dennis[1993]. The Organizational Climate and Health and Quality of Student Life in Middle Schools. Unpublished EdD، State University of NewJersey، USA.
2. Hamblett. J. [1977]: The nature and measurement of organizational climate in part fulfillment of the requirements for the M. A. degree in education at the University of London. Institute of education.
3. Murray، H.A.[1938].Explorations in Personality. New York: Oxford University.
4. Zimbardo ، Philip G & Ann L Weber [1994] Psychology *Harper Collins college publishers [U.S.A].
5. Feldman، R. [1994]: "Essentials of undersianding Psychology "by Co word man graphic communication، MC grown Hill، Inc. New York.
- 1.القيروتي، محمد قاسم(1997). دراسة السلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات الإدارية، عمان، دار الشرق.
- 2.المغربي، محمد كامل(1995). السلوك التنظيمي، مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، ط2، عمان، دار الفكر.
- 3.علي السلطان، عبد العزيز(2004) السلوك القيادي للمدرب الرياضي وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى لاعبي بعض الألعاب الجماعية بالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- 4.صابر، عبير (2003)برنامج لتنمية دافعية الإنجاز لدى أطفال ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- 5.عبد الخالق أحمد، والنيال مایسة.(2003) الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر ، دراسات نفسية، المجلد 12، العدد 3 .
- 6.الحامد، محمد(1996)قياس دافعية الإنجاز الدراسي على البيئة السعودية، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد 58، السنة 16،ص 131 .

7. عنان ،محمود وباهي ،مصطفى.(2000) مقدمة في علم نفس الرياضة، مركز الكتاب للنشر، القاهرة.
8. أبو سمرة ،محمود والطيطي ،محمد.(2008) المناخ الجامعي في جامعات الضفة الغربية في فلسطين وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى طلبتها، مجلة اتحاد الجامعات العربية، العدد[44].
9. أبو مصطفى ،مريم.(2010). المناخ الجامعي وعلاقته بدافعية الإنجاز ومستوى الطموح ،كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
10. فلوح ،احمد.(2018) الواقع الدراسي للطالب الجامعي /دراسة ميدانية/ الجريدة العربية ،غليزان، الجزائر.
11. أحمد ،تجديدة.(2018) المناخ الجامعي وعلاقته بمستوى الطموح لدى طلبة الكليات الطبية، الجامعة الإسلامية، زليتن.
12. منتصر، موسى. عبدالله، حمد(2013) المناخ الجامعي لدى طلاب المرحلة الجامعية بولاية النيل الأبيض وعلاقته ببعض المتغيرات ،المجلة العربية لكلية الدراسات العليا، جامعة النيلين.

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. Eihab Al Damman**
- **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، 33(3):15-45.

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
Effect of applying Chlorhexidine versus Povidone–Iodine for Prevention intravascular Central Catheter related infections (comparative study)	Abdullah Mohammed Zaatar Dr. Rola Abboud	1
Assessment of health staff memberscommitment in the operations department ofHama National Hospital the correct steps for surgical hand washing.	Nadia Mahmoud Khazhel	16
Assessment of Nursing Staff Knowledge And Performance About The Nursing Care in Patients With Urinary Catheters	Jasmine Oubiad Al Abd Dr. ali maziad zrek	25
Level Of Organizational Confidence And Its Relationship To Organization Commitment Of The Nursing Staff	Zainab Adeeb Halloum A.prof. Dr. Walaa Hashem Sbiera	40
Quality Of Life Of Adolescents With Thalassemia	Hisham Daham AlAlloush Dr. Anna Ahmad	53
Effect of an Educational Video Intervention on Anxiety Level among Patients prior to Cardiac Catheterization	Hasan Bostan Hussein A.prof. Dr.frial mahmoud nizamli	66
Effectiveness of an Educational Program about Premarital Medical Examination on Knowledge and Attitude among Students at Non–Medical Faculties.	Suha nasr Alsaqr Prof. Dr. Marwan Essa	77
Assessment of the level of administrative empowerment of the nursing staff at Al–Assad Medical Hospital in Hama	Hosin Ziad Alhindi Dr. Buthaina Daoud Alkourdi	90
Effect of Obesity on Aggressive Behaviors in Adolescents	Mariam Suliman AL–Hussien A.prof. D. Nisreen Mostafa	103

The impact of university climate on achievement motivation and academic achievement	Eman Gaber Othman A.prof. Dr. Nisreen Eskandar Daoud	117
--	---	------------



Volum :5
Number :4



Journal Of Hama University

ISSN Online (2706-9214)