

بناء برنامج تدريبي قائم على الكفايات الأدائية التمريضية وقياس فاعليته في
تنمية الكفايات لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في
الأردن

إعداد

أليس عبد المسيح الخوري

إشراف

الأستاذ الدكتور عدنان الجادري

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه فلسفة

في التربية

تخصص مناهج التمريض وطرائق تدريسها

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

كلية الدراسات التربوية العليا

قسم المناهج وطرق التدريس

تموز، ٢٠٠٦

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى كل ممرض وممرضة

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

نموذج تفويض

أنا أليس عبد المسيح الخوري، أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع: 

التاريخ: ٢٠٠٦ / ١٢ / ٢٠٠٦

I am Alice AlKhoury, I authorize Amman Arab University for Higher Studies to supply copies of my dissertation to libraries or institutions or individuals on request.

Signature: 

Date: 20/12/2006

قرار لجنة المناقشة

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها :-

" بناء برنامج تدريبي قائم على الكفايات الأدائية التمريضية وقياس فاعليته في تنمية الكفايات لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في الأردن "

وأجيزت بتاريخ 2006/11/7

التوقيع

رئيساً
عضواً
عضواً
عضواً ومشرفاً

أعضاء لجنة المناقشة

ا.د. يعقوب عبدا لله أبو حلو
ا.د. محمد مقبل عليمات
د. منيف عبدالرحمن قطيشات
ا.د. عدنان حسين الجادري

الشكر والتقدير

الحمد لله العظيم الذي هداني ووفقني وذلك الصعوبات أمامي كي أنهل من نبع العلم الذي لا ينضب. وفي البداية أتقدم بوافر التقدير والاحترام وجزيل الشكر لسعادة الأستاذ الدكتور عدنان الجادري المشرف على هذه الأطروحة والذي ضرب المثل الراقي للأستاذ المعلم ولم ييخل علي بوقته أو علمه وساندي خطوة بخطوة لإنجاز هذا العمل.

والشكر موصول إلى أعضاء لجنة المناقشة، الأستاذ الدكتور يعقوب أبو حلو، الأستاذ الدكتور محمد عليما، الدكتور منيف قطيشات، الذين أثروا هذه الأطروحة بملاحظاتهم واقتراحاتهم حتى خرجت بهذا الشكل. ولن أنسى أيضاً تقديم عميق الشكر والثناء للدكتور عمر مصطفى الملكاوي الذي قدم لي كل الدعم والمساعدة ومكنني من اجتياز المراحل الصعبة خلال فترات إعداد هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى مديرة التمريض في مستشفى البشير السيدة ألماس حداد كذلك أخص بالذكر السيد إبراهيم عواد والذي قام بمساعدتي في إتمام إجراءات البحث في مستشفى البشير، وكان نعم الأخ والصديق، والسيد أحمد عوض الذي قام بمساعدتي وتشجيعي لإتمام العمل كله.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى الفاضلة أمل المورلي، والأخت كاترين، والأخت منى، والأخت نادية، اللواتي كانت أيديهن بيضاء في مد العون والمساعدة لي في تحقيق أي إنجاز بخصوص هذا البحث.

فهرس المحتويات

و	فهرس المحتويات	.....
ح	فهرس الجداول	.....
ي	فهرس الملاحق	.....
ك	الملخص باللغة العربية	.....
م	Abstract	.....
١	الفصل الأول خلفية الدراسة وأهميتها	.....
١	المقدمة:	.....
٤	مشكلة الدراسة:	.....
٤	عناصر مشكلة الدراسة:	.....
٥	فرضيات الدراسة:	.....
٥	أهمية الدراسة:	.....
٦	محددات الدراسة:	.....
٦	مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:	.....
٧	الفصل الثاني الأدب النظري والدراسات السابقة	.....
٧	أولاً: الأدب النظري	.....
٢٢	ثانياً: الدراسات ذات الصلة	.....
٢٨	ثالثاً: التعقيب على الدراسات ذات الصلة	.....
٣٠	الفصل الثالث الطريقة والإجراءات	.....
٣٠	منهجية الدراسة:	.....
٣٠	مجتمع الدراسة وعينتها:	.....
٣٢	أدوات الدراسة:	.....
٣٦	متغيرات الدراسة:	.....
٣٧	إجراءات الدراسة:	.....
٣٨	الأساليب الإحصائية:	.....
٣٩	الفصل الرابع نتائج الدراسة	.....
٣٩	النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول:	.....
٥٦	النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني:	.....
٦٠	النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث:	.....
٦٩	النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع:	.....
٧٢	الفصل الخامس مناقشة النتائج والتوصيات	.....
٧٢	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:	.....
٧٤	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:	.....
٧٦	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:	.....

٧٧	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:
٨٠	التوصيات
٨١	المراجع
٨١	المراجع العربية:
٨٣	المراجع الأجنبية:
٨٦	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
٤٦	مجتمع وعينة الدراسة حسب سنوات المشاركة	١
٤٧	توزيع العينة حسب النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي	٢
٤٨	توزيع الكفايات على المجالات في بطاقة الملاحظة بصيغتها الأولية	٣
٥٠	توزيع الكفايات على المجالات في بطاقة الملاحظة بصيغتها النهائية	٤
٥٩	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية وفق مجالاتها لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية	٥
٦٠	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الأول (المسؤولية المهنية والمساءلة)	٦
٦١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية)	٧
٦٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي)	٨
٦٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الرابع (التواصل والتعاون)	٩

٦٥	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة)	١٠
٦٧	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال السادس (البيئة الآمنة)	١١
٦٨	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال السابع (إدارة الجودة الشاملة)	١٢
٧٠	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الثامن (البحث العلمي)	١٣
٧١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في الكفاية التاسعة (التطوير والتعليم) مرتبة تنازلياً	١٤
٧٢	ملخص درجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية للمجالات التسعة وللکفايات كافة	١٥
٧٦	نتائج اختبار (ت) (T-test) لدرجة ممارسة الكفايات التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي	١٦
٧٨	نتائج اختبار (ت) لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي	١٧
٩١	نتائج اختبار (ت) لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في البرنامج التدريبي المقترح حسب الاختبار القبلي والبعدي	١٨

فهرس الملحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
١١٢	كتاب جامعة عمان العربية للدراسات العليا الموجه إلى وزارة الصحة لتسهيل مهمة الباحثة	١
١١٣	كتاب وزارة الصحة الموجه لمدير تنمية القوى البشرية من مدير مستشفى البشير لتسهيل مهمة الباحثة	٢
١١٤	الطلب المقدم لعطوفة أمين عام المجلس التمريضي الأردني	٣
١١٥	قائمة بأسماء المحكمين	٤
١١٦	بطاقة الملاحظة: مقياس درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية	٥
١٢٧	البرنامج التدريبي المقترح	٦
١٩٣	الامتحان الموضوعي	٧
٢٠٣	مفتاح الإجابة	٨
٢٠٤	ملاحق البرنامج التدريبي	٩
٢١٨	استمارة تقييم البرنامج التدريبي	١٠

بناء برنامج تدريبي قائم على الكفايات الأدائية التمريضية وقياس فاعليته في تنمية الكفايات لدى المشاركين

في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في الأردن

إعداد

أليس عبد المسيح الخوري

إشراف

الأستاذ الدكتور عدنان الجادري

الملخص باللغة العربية

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج تدريبي قائم على الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج

تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية وقياس فاعليته في تنمية تلك الكفايات.

وقد انبثق عن مشكلة هذه الدراسة أربعة أسئلة هي:

ما درجة ممارسة الكفايات الأدائية المطلوبة لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟

هل هنالك اختلاف في درجة ممارسة الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة تعزى

إلى متغير النوع الاجتماعي، والمؤهل العلمي؟

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض

بوزارة الصحة؟

ما أثر البرنامج المقترح في تنمية الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟

واعتمدت الدراسة منهجين بحثيين: المنهج الوصفي والمنهج التجريبي، فالمنهج الأول يقوم على وصف مجتمع

الدراسة المكون من المشاركين في برامج وحدة تطوير التمريض في مستشفى البشير وعددهم (٣١٧) ممرض

وممرضة، إضافة لإجراء المسح البحثي لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج

تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، وتحديد الفروق وفقاً لمتغيرات النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي.

أما عينة الدراسة فبلغت (٢٠٠) مشارك اختيروا بالطريقة العشوائية البسيطة، ولجمع معلومات الدراسة،

استخدمت بطاقة الملاحظة وتم التأكد من صدقها من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة

والاختصاص في الجامعات الأردنية الرسمية والخاصة والمجلس التمريضي الأردني للحكم على مصداقيتها

ومناسبتها

لأغراض الدراسة.

ولتحليل معلومات الدراسة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، وتم استخدام اختبار (ت) لمتغيري النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي.

أما المنهج التجريبي الذي يتمثل في تصميم المجموعة الواحدة باستخدام الاختبار القبلي والبعدي فقد اعتمد على عينة من (٣٠) مشاركاً كانت درجات ممارستهم للكفايات الأدائية التمريضية ضمن المتوسط، لتطبيق البرنامج التدريبي المقترح عليها، وبيان أثره في تنمية تلك الكفايات استخدم اختبار (ت) للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين لنتائج الملاحظة القبليّة والبعديّة.

وأظهرت نتائج الدراسة المسحية أن أعلى نسبة بين المشاركين هم في المستوى المتوسط من حيث درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية، كما أظهرت فروقاً ذات دلالة إحصائية تعزى لاختلاف المؤهل العلمي لصالح حملة درجة البكالوريوس في التمريض.

أما فيما يتعلق بأثر البرنامج التدريبي المقترح فقد أظهر اختبار (ت) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين ولصالح الملاحظة البعديّة، تعزى لأثر البرنامج التدريبي.

وفي ضوء النتائج فقد أوصت الباحثة بما يلي:

تبني البرنامج التدريبي المقترح والبحث عن آليات مناسبة لطرحه ضمن الخطة التدريبية لوحدة تطوير التمريض عبر التعليم والتدريب المستمر، بعد أن تأكد أثر البرنامج في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية. اعتبار مجالات الكفايات الأدائية التمريضية التي شملها البرنامج التدريبي المقترح بمثابة احتياجات تدريبية لبناء برامج التعليم والتدريب المستمر.

تقييم درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية بشكل دوري في المستشفيات باستخدام أداة القياس المتضمنة مجالات الكفايات الأدائية التمريضية في هذه الدراسة.

**The Effect of a Training Program on the Development of Nursing
Performance Competencies Among Participants in Nursing
Development Programs at The Ministry of Health in Jordan**

Prepared By:

Alice Khoury

Supervised By:

Professor Dr. Adnan Al-Jadiry

Abstract

The aim of this study is to construct a training program based on nursing performance competencies among participants in nursing development programs at The Ministry of Health in Jordan, and to measure its effect on developing these competencies.

To achieve this, the study tried to answer the following questions:

What is the performance level of nursing competencies among the participants in nursing development programs?

Are there any significant differences in the performance level of nursing competencies contributed to gender and scientific qualification?

What are the components of the training program prepared to develop nursing performance competencies?

What is the effect of the training Program on the development of nursing performance competencies among the participants in nursing development programs?

The study used the descriptive and experimental design to answer the research questions. Population of the study consisted of all participants in nursing development programs at The Ministry of Health.

The total population was (٣١٧) of both male and female nurses. A random sample consisted of (٢٠٠) participants was selected.

Data were collected using an observation tool. The tool was developed by the researcher for the purpose of this study. Validity of the instrument was tested by a panel of experts from different sectors of government and non-government universities, hospitals and Jordanian Nursing Council.

Data were analyzed with both descriptive and inferential analysis utilizing SPSS package. Mean and standard deviation were implied to determine the performance level of nursing competencies among participants of the study T-test was used to measure differences in levels of performance between male and female nurses, and between Bachelor's Degree nursing and diploma nurses.

For testing the effectiveness of the training program on nursing competencies developed for the purpose of the study, experimental design was used. The sample consisted of (٣٠) nurses from the experiment sample whose levels of performance was measured at moderate levels. T-test was used to measure the effect of the program by comparing the arithmetic means between Pre and Post findings of the performance observation tool.

Findings of the study revealed that the majority of nurses scored moderate on nursing performance competencies as measured by the observation tool. There was a significant statistical difference in performance according to scientific qualification with the highest score for Bachelor Degree nursing.

In addition to the above findings, results revealed that there were

statistical significant differences in nursing performance competencies attributed to the effect of the designed program. Results of the T-test indicated differences between means of Pre and Post experiment t-test with the highest score for the post test.

In accordance to the findings, it can be recommended that:

There is a need to implement the designed training program on most schedules of nursing development units within continuing education and training for nurses.

Nursing performance competencies levels and scope could be considered as educational needs for designing continuing education programs.

The nursing performance competencies observation tool used in the study could be used for nursing performance evaluation in hospitals.

الفصل الأول خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة:

نعيش في عصر شديد التعقيد وكثير التغيرات ومتفرع التخصصات، وقد انتهى الاعتقاد الذي كان سائداً بأن التحاق العامل بعمله يعني انه قد اكتسب مسبقاً المهارات اللازمة للأداء الفعلي كافة ولم يعد بحاجة للتدريب الإضافي، فإن التعليم و التدريب أصبحا سمة مميزة من سمات العصر الحديث. وتظهر الثورة العلمية العارمة في عالم اليوم اكتشافات علمية جديدة وباهرة، وتطبيقات تدعو إلى الدهشة، وكذلك أدت التكنولوجيا إلى حدوث اختلاف في طرق العمل وأساليب أدائه، فقد اختلفت مهارات العمل وتطورت وتعقدت، وصبح التعليم بالصبغة التكنولوجية فأصبح أمراً بدهياً أن يعد المجتمع الأفراد للتعامل مع التكنولوجيا الحديثة في شتى تخصصاتها، بإكسابهم الخبرات اللازمة والمستمرة لتحقيق أعلى درجات الفاعلية في الإنجاز.

وإن خصائص العصر ومتطلباته التقنية تدعو إلى فهم حقائق، تكفل العناية بالعنصر البشري والحفاظ على وسائل وأدوات لدعم الاستمرار والتطور، وعبر استيعاب المدخلات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي تسهم في تشكيل سياسات التعليم والتدريب والتخطيط للقوى العاملة في أي بلد، فقد أعتبر التعليم والتدريب من أكبر الاستثمارات التي يمكن للدول تبنيها على المستوى الوطني لتحقيق التنمية، وأصبح إنجاز جيل واحد يفوق إنجاز عشرات الأجيال السابقة نتيجة للتفجر التقني الذي نعيشه (حجي، ٢٠٠٣).

ويعني التعليم من حيث المفهوم، تزويد الفرد بالمعارف والقدرات العلمية والتقنية لبناء مدى واسع من المهارات تؤهله للقيام بعملٍ ما، والتدريب عملية تعلم وتعليم تمكن الفرد من تنمية المهارات الخاصة بالأداء واكتساب الاتجاهات الايجابية التي يتطلبها العمل، إضافة إلى المعلومات العلمية والفنية اللازمة له.

وكما هو التعليم فكذلك التدريب والإعداد للعمل، حيث يعتبر أهم المجالات لإعداد الفرد وتمكينه من شغل وظائف إنتاجية وخدمية أياً كان تخصصها وذلك بهدف رفع مستوى أدائه، سواء أثناء العمل أم ضمن برامج

إعادة التأهيل والتدريب، أم برامج التعليم المستمر التي تقدم للعاملين أحدث ما توصل إليه العلم من معرفة وما استحدثته التكنولوجيا من تقنيات في التخصص المعني.

إن التدريب والتعليم في مجال العمل له مردود استثماري عالٍ وذلك من خلال برامج التدريب الموجهة مهنيًا ووظيفيًا، والتعليم المستمر يكسب الأفراد خبراتٍ متنوعةً ويؤدي بهم إلى الاعتماد على أنفسهم، وإتقان المهارات كمدخل إلى تحسين الأداء والنجاح في العمل. وإذا أردنا أن نحسن أداء الفرد في أي نوع من أنواع المنظمات مهما كانت تخصصاتها، يجب دراسة العوامل التي تؤثر على أدائه وإنتاجيته وتحليل هذه العوامل، فالمهارات تمثل مستوى الأداء الذي يملكه الفرد العامل وقدرته على أن يطبق المعلومات في مواقف عملية، ومعايير الأداء تعني وجودَ مستوياتٍ معينةٍ للأداء المقبول من الأفراد، وتفجر المعرفة والتقدم الهائل للتكنولوجيا أبرز أهمية تعليم الأفراد كيف يتعلمون مهارات جديدة وكيف يسترجعون المعلومات والمعارف، بدلاً من تعلم مهارات سرعان ما يتخطاها الزمن، فالمنهاج مهدد بالتقادم المتسارع، والتعليم المستمر ليس فقط مجالاً للعمل بين مختلف التخصصات بل التقاء بين مجالات الحياة العلمية والعملية والاجتماعية معاً (الدحلة، ٢٠٠١).

إن النظام التربوي في الأردن اعتمد تدرّيس الثقافة المهنية خلال مرحلة التعليم الثانوي بصورة اختيارية، بهدف تركيز المهارات العلمية لمن يختارون التعليم الأكاديمي، والعمل على إرشاد الطلبة إلى نوع التعليم الجامعي الذي سيلتحقون به مستقبلاً ضمن التعليم النظامي القائم، أما التعليم غير النظامي فإنه يشمل التدريب المهني الذي يكون رديفًا ومساعدًا وموازيًا للتعليم النظامي.

وقد أنشئت مؤسسة التدريب المهني بموجب قانون تنظيم العمل المهني الذي يهدف إلى تنظيم سوق العمل الأردني، وتقوم هذه المؤسسة بتقديم خدماتها لكافة المواطنين بغض النظر عن طبيعة عملهم أو مستواهم التعليمي، من مبدأ التعليم المستمر مدى الحياة، سواء أفي برامج الإعداد المهني بكافة مستوياتها المهنية أم في برامج رفع الكفاية للممارسين في سوق العمل، ورسالة هذه المؤسسة هي تقديم خدمات متميزة في مجالات التدريب، والاستشارات، وتنظيم العمل المهني وفق معايير معتمدة.

إن التعليم المهني كأحد الدعائم الرئيسة للحضارة يؤدي إلى تحسين الأداء وتطويره في العمل وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتنمية التفكير لدى الفرد لمعالجة حالات نقص المعرفة أو باستخدام الأجهزة أو بأسلوب العمل نفسه، والتي نجمت عن التفجر العلمي والتقني في هذه الأيام (نصر الله وعاشور، ٢٠٠٢).

ومن هذا المنطلق صدرت الإرادة الملكية السامية بإنشاء المركز التعليمي لتنمية القوى البشرية في الحقل الصحي، كأحد حقول التعليم المهني في الجامعة الأردنية في عام ١٩٨٣، بهدف تنمية خبرات العاملين في الحقل الصحي وإكسابهم المزيد من المعلومات والمهارات، وذلك بتطوير مناهج التعليم الصحي وإعداد البرامج والمواد التعليمية المتطورة، وإجراء البحوث والدراسات وعقد الدورات التدريبية وورشات العمل التعليمية وتنظيم المؤتمرات المحلية والإقليمية والعالمية والمشاركة فيها، والتعاون مع المنظمات والهيئات المحلية والدولية التي تعني بالتعليم الطبي

المستمر والتدريب في المجال الصحي.

ولأن عملية التنمية البشرية في الجامعة الأردنية تستدعي الجهد المنظم المتكامل من قبل الجهاز التدريسي والجهاز الإداري، فقد ارتأت الجامعة أن تستبدل تسمية المركز ليصبح أكثر شمولية وأضافت إلى مهامه جميع العمليات والإجراءات اللازمة لتطوير أعضاء الهيئة التدريسية وتنميتهم وكذلك الجهاز الإداري في الجامعة وأصبح يسمى (مركز تنمية القوى البشرية).

أسوة بذلك فقد سعت وزارة الصحة في الأردن عام ١٩٨٩ إلى إنشاء وحدات تعليمية وتدريبية في كافة مستشفياتها ومراكزها المتعددة للغاية نفسها، ومن أهم هذه الوحدات وحدة تطوير التمريض في كل مستشفى، لكي تقدم برامج التعليم والتدريب المستمر للممرضين، بهدف تنمية الكفايات الأدائية التمريضية ورفع المستوى العلمي والعملي للتمريض، إذ أن واقع العمل التمريضي في الأردن لا يزال وسوف يبقى لزمان غير قصير بحاجة لتقديم برامج تعليمية وتدريبية، تمد الممرضين والممرضات على الدوام بآفاق تعليمية واسعة ومتنوعة ومتقدمة لإثراء معلوماتهم ولتنمية كفاياتهم الأدائية في العمل، وذلك لا يتأتى دون وجود برامج خاصة بالتدريب والتعليم المستمر. حيث أنه من المتوقع للعاملين في مهنة التمريض أن يعملوا على زيادة فاعليتهم في العمل، لمواكبة التكنولوجيا الجديدة ومواجهة الممارسات العملية الحديثة، للحفاظ على المستوى التقني الذي يمثل التحدي الأكبر للمهنة، فالمعرفة سرعان ما تتغير في أنظمة الرعاية الصحية الحديثة والمتطورة، الأمر الذي يستدعي التطوير المهني الدائم وذلك بتوفير التعليم المستمر للتمريض كأحد الاستراتيجيات الرئيسة في مجال رفع مستوى الأداء التمريضي وتطوير مهنة التمريض (Hegge, et al., ٢٠٠٢).

واستناداً إلى حاجات العمل المتخصصة فإنه ينبغي التخطيط و التطوير والتطبيق للتعليم المستمر في مهنة التمريض و تنمية الكفايات الأدائية في العمل للوصول إلى تقديم رعاية تمريضية أفضل للأفراد، والعمل على

التقييم الدائم لبرامج التعليم المستمر للتعرف على المدى الذي أمكن تحقيقه من الأهداف التعليمية والتدريبية و تقديم مؤشرات عن نسبة الإنجاز ومدى التطوير المتوقع حدوثه على المعرفة والمهارة للمشاركين في مثل هذه البرامج، أي بعبارة أخرى مدى فاعلية برامج التعليم المستمر في تنمية وتطوير كفايات الأداء التمريضي. تقصد هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة وإعداد برنامج مقترح لتنمية تلك الكفايات، للوصول بها إلى المستوى التقني المطلوب، تماشياً مع متطلبات العصر والمستوى التمريضي العالمي.

مشكلة الدراسة:

بما أن الهدف المنشود لوحدة تطوير التمريض في وزارة الصحة هو توفير قوى عاملة تمريضية ماهرة ذات مستوى متميز من الأداء، فإن هناك حاجة ماسة إلى معرفة درجة ممارسة الكفايات الأدائية المطلوبة من تلك الفئة العاملة، ومتابعة برامج التعليم والتدريب المستمر للتمريض، للتحقق من مدى فاعلية هذه البرامج في تنمية الكفايات الأدائية للمشاركين، واقتراح برامج تدريبية لمعالجة النقص في المعرفة أو التدني في مستوى الأداء العملي.

إن الغرض من هذه الدراسة هو بناء برنامج تدريبي قائم على الكفايات الأدائية التمريضية وقياس فاعليته في تنمية تلك الكفايات لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية.

عناصر مشكلة الدراسة:

ستجيب هذه الدراسة عن الأسئلة الآتية:

ما درجة ممارسة الكفايات الأدائية المطلوبة لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟ هل هنالك اختلاف في درجة ممارسة الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة،

تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي، والمؤهل العلمي؟

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟

ما أثر البرنامج المقترح في تنمية الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟

فرضيات الدراسة:

اختبرت الدراسة صحة الفرضيات الآتية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) في متوسط درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض تعزى لمتغير النوع الاجتماعي.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) في متوسط درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) في متوسط درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض، تعزى لأثر البرنامج المقترح.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من التعرف على واقع ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى الممرضين والممرضات العاملين في وزارة الصحة، وإلقاء الضوء على الحاجة إلى تصميم برامج تدريبية تهدف إلى سد النقص الحاصل في الكفايات الأدائية التمريضية، مقارنة بالمستوى التمريضي المعتمد عالمياً.

إن توفير مؤشرات ودلالات واقعية عن كفايات الأداء للمشاركين في برامج وحدات تطوير التمريض بوزارة الصحة من خلال نتائج هذه الدراسة، يساهم في إيجاد طرق أفضل لإعداد البرامج التدريبية، وفي تقديم مادة تعليمية تستند إلى الحاجات التدريبية للمشاركين في هذه البرامج، ووضع استراتيجيات التعليم والتدريب الخاصة بتنمية الكفايات الأدائية التمريضية.

إن معرفة جوانب الضعف في برامج التعليم التمريضي المستمر في وحدات تطوير التمريض بوزارة الصحة، تقدم للعاملين في مهنة التمريض مؤشرات جديدة عن الدور الذي يمكن تحقيقه من الأهداف التعليمية والتدريبية لمثل هذه البرامج، وتزود الباحثين والدارسين بمرجعية تساعدهم في بناء وتطوير برامج التعليم والتدريب التمريضي المستمر، في خطوة نحو تطوير كفايات الأداء التمريضي.

وتنبع أهمية تصميم برنامج تدريبي مقترح لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية، من التلازم بين مفهومي تحسين وتجويد العناية التمريضية المقدمة للمستفيد، وتنمية كفايات أداء العاملين في هذا المجال.

محددات الدراسة:

تقتصر الدراسة الحالية على:

كفايات الأداء التمريضي التي حددها المجلس التمريضي الأردني لممارسة مهنة التمريض. الممرضين والممرضات العاملين في مستشفى البشير بوزارة الصحة باعتباره أكبر المستشفيات في الأردن ويحوي كافة التخصصات الطبية المطلوبة لتقديم الخدمات الصحية الشاملة، ويندرج تحت قائمة المستشفيات التي تم اختيارها للاعتمادية على المستوى الدولي.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

تستخدم الدراسة بعض المصطلحات والتي تحتاج إلى تعريفات إجرائية، وهي كالآتي:

١. الكفاية الأدائية: هي القدرة على أداء المهارات التي يقوم بها الممرض / الممرضة عند تقديم العناية التمريضية بفاعلية وإتقان وبأقل جهد ووقت ممكنين، قياساً بالدرجة التي يعبر عنها المبحوث على أداة قياس الأداء التمريضي التي طورتها الباحثة (بطاقة الملاحظة).

٢. المشارك: وهو الممرض (أو الممرضة) الحاصل على شهادة الدبلوم أو البكالوريوس من معهد أو جامعة معترف بها، والذي شارك في برامج التعليم والتدريب المستمر في وحدات تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية. ٣. وحدة تطوير التمريض: القسم المعني بتخطيط وتنفيذ وتطوير مختلف برامج التدريب والتعليم التمريضي المستمر في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية.

٤. برنامج تطوير التمريض: برنامج التعليم والتدريب المستمر المعمول به في وحدة تطوير التمريض بمستشفى البشير والقائم على الحاجات التدريبية والتعليمية للكوادر التمريضية. ٥. النوع الاجتماعي (الجنس): ويعني جنس المشارك، ذكراً كان أم أنثى.

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

تناول هذا الفصل الأدب النظري المتعلق بالتدريب والتعليم التمريضي المستمر والكفايات الأدائية التمريضية، والدراسات السابقة ذات العلاقة التي تبحث أثر كلٍ من متغيري التدريب والتعليم المستمر في تحسين الكفايات الأدائية التمريضية وتطوير الممارسة العملية في التمريض.

أولاً: الأدب النظري

تناول هذا الجزء الأدب النظري المتعلق بمفهوم التدريب، وأهدافه، وإعداد برامجه، وتعريف الأداء، ومعايير، وتقييمه، ومفهوم الكفاية، وكذلك خصائص البرامج القائمة على الكفايات، وعرضت الدراسة باختصار للتعليم والتدريب التمريضي في وزارة الصحة الأردنية، لإلقاء الضوء على دور وحدة تطوير التمريض في إعداد برامج التدريب والتعليم التمريضي المستمر.

التدريب:

يعد التدريب أداة التنمية ووسيلتها الفاعلة، ويهدف إلى تحقيق النمو المهني ورفع مستوى الأداء وإكساب المتدربين معارف واتجاهات ومهارات من أجل تطوير كفايات أدائهم وتنمية قدراتهم المهنية. والتدريب أثناء العمل هو الأساس الذي يحقق تنمية العاملين ويضمن قيامهم بالأعمال والمسؤوليات والواجبات بصورة تتناسب مع المستجدات والتطورات العلمية والتكنولوجية، ويعمل على صقل مهاراتهم وقدراتهم وزيادة معارفهم، ويبقى التدريب الموضوع الشامل الذي تلتقي في كنفه معظم الجهود المبذولة لتنمية العاملين وتطويرهم.

مفهوم التدريب:

التدريب هو "عملية تفاعل الشخص مع خبرات تعليمية، تهدف إلى بناء وتطوير خصائص وقدرات، أي مهارات ذهنية وأدائية واتجاهية مرغوبة تجعله قادراً على أداء مهام وواجبات محددة ضمن ظروف وتسهيلات معينة" (جابر، ٢٠٠١، ص: ٢١).

والتدريب أيضاً هو "عملية مساعدة الأشخاص على اكتساب المهارات والاتجاهات والعادات التي تساعدهم على فهم ما يقومون به وتأديته بشكل كفؤ" (العاني والجميلي، ٢٠٠٢، ص: ١٥).

ويعرف على أنه عملية التنمية المستمرة والمنظمة لمعارف ومهارات العاملين وتحسين سلوكهم واتجاهاتهم بقصد رفع مستوى أداء العمل (الدوري، ١٩٨٥)، وبأنه الطريقة التي تساعد العاملين للوصول إلى المستوى الأمثل في عملهم الحاضر أو القادم، بتنمية عادات وأفكار وحركات ومهارات صحيحة فيهم وتزويدهم بالمعلومات والمهارات الفنية (الطعاني، ٢٠٠٢).

وكما يشير اللامي وآخرون (٢٠٠٣) لتعدد تعريفات التدريب وتنوعها في العديد من المراجع، فهناك من ينظر إليه على أنه خلق الظروف للتعليم الفاعل، وبأنه عملية تبادلية لتعليم مجموعة من المعرفة وتعلمها والأساليب المتعلقة بالعمل، والتدريب عملية ديناميكية تستهدف إحداث تغييرات في معلومات وخبرات وطرائق أداء وسلوك واتجاهات المتدربين بغية تمكينهم من استغلال إمكاناتهم وطاقاتهم الكامنة بما يساعد على رفع كفاياتهم في ممارسة أعمالهم بطريقة منتظمة وإنتاجية عالية.

وإن اختلفت التعريفات إلا أن النتائج تؤكد أن التدريب مجال هام لإعداد الفرد وتمكينه من شغل وظائف إنتاجية أيا كان تخصصها، ويؤدي إلى رفع مستوى الأداء، إما عن طريق التدريب أثناء العمل، أو برامج إعادة التأهيل والتدريب، أو ضمن برامج التعليم المستمر، وبرامج التأهيل والتدريب في العمل هي هيئات رسمية وتطوعية تكون بمثابة مراكز تدريب وظيفي لاكتساب مهارات جديدة وبرامج تقدم للعاملين أحدث ما توصل إليه العلم وما استحدثت من تقنيات في التخصص المعني (نصر الله وعاشور، ٢٠٠٢).

وفي ضوء هذه التعريفات يمكن صياغة تعريف التدريب على أنه الجهود المخطط لها لتزويد المتدربين بمهارات ومعارف وخبرات متجددة تستهدف إحداث تغييرات إيجابية مستمرة في خبراتهم واتجاهاتهم وسلوكهم من أجل تطوير كفاية أدائهم.

وعليه يعد التدريب مصدراً مهماً من مصادر إعداد الكوادر البشرية وتطوير كفاياتهم، بما ينعكس إيجابياً على مستوى الأداء العملي والتدريب في عصر النهضة التكنولوجية وبما يعد جانباً أساسياً في تطور المجتمع بكافة أنشطته، إذ لم يعد التدريب استثماراً بعيد المدى، بل إنه يساعد على استثمار القوى البشرية بكل طاقاتها وتظهر مردوداته في مدى زمني قصير بتقليل الهدر الاقتصادي.

أهداف التدريب:

نظراً إلى التطورات والمستجدات التي طرأت وتطراً في مجال العمل، فإنه "حدث تطور في بنية القوى العاملة نتيجة التقدم العملي التكنولوجي وآثارهما التطبيقية، بما أثر على متطلبات الاستخدام للأيدي العاملة، و تبعه تطور لخصائص ومهام الوظيفة العملية؛ وهذا التقدم الهائل فرض ظروفاً جديدة تتعلق بالتدريب وإعادة ممارسته خلال فترات معينة، وهذا التدريب المستمر اللازم للتقدم العلمي المتجدد، أدى إلى ظهور التربية المستمرة وتحديد المهارات المهنية بما يتلاءم ومستجدات العلم والتكنولوجيا" (المصري، ١٩٨٤، ص: ٣٧).

وتأكيداً على ذلك فإن توفير برامج التعليم المستمر والدورات التدريبية للقيام بإعادة التدريب واستكمال المؤهلات ورفع مستواها للذين أصبحت معارفهم الحالية غير صالحة بسبب التقدم العلمي والتكنولوجي أو بسبب التغييرات التي طرأت على بنية العمل أو على الوضع الاجتماعي والاقتصادي، وللذين يعيشون في ظروف خاصة، أصبح مطلباً رئيساً (حجي، ٢٠٠٣).

ويرى عبد الوهاب (١٩٩٨) أن إحداث تغييرات محددة في المتدرب الذي هو محور العملية التدريبية من خلال تغييرات سلوكية وفنية وذهنية لتلبية احتياجات محددة حالية أو مستقبلية بغية الأداء الأفضل للعمل، هو هدف التدريب، ويضيف القاسمي (٢٠٠١) أن التدريب المستمر يضمن توفير التعليم اللازم للنهوض بشخصية الفرد وثقافته، وتطوير المفاهيم الاجتماعية والاقتصادية والبيئية ذات صلة بالمهنة، وتقديم الدعم والمشورة في العمل.

مما تقدم يمكن تلخيص أهداف التدريب بما يلي:

١. تطوير الكفايات الأدائية المهنية بما يتلاءم ومستجدات العلم والتكنولوجيا.
٢. إحداث تغييرات سلوكية وفنية وذهنية في المتدرب لتلبية الحاجات المهنية.
٣. تأهيل العاملين باستكمال مؤهلاتهم ورفع مستواها للأداء الأفضل.

٤ . الإلمام بالجوانب الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بالمهنة.

٥. النهوض بشخصية الفرد وثقافته.

إعداد وتصميم برامج التدريب:

من مجموعة الأسس التي يقوم عليها برنامج التدريب، أن يؤسس البرنامج المعني ضمن إطار أو نموذج نظري يستمد مبادئه من الحقائق الواقعية، وأن تكون الأهداف واضحة وعملية تلبى احتياجات المتدربين، ومن التوجهات الحديثة في إعداد برامج التدريب تغيير الطرائق والأساليب التدريبية لمواكبة التغيير المتزايد في تقنيات التدريب، واعتماد التدريب الذاتي أي تفريد التدريب، واستخدام التدريب المبرمج وما إلى ذلك.

ترتكز برامج التعليم والتدريب المستمر الأكثر فاعلية على نماذج تدريبية ذات صلة بالواقع العملي، وبما أن الهدف من التعليم والتدريب هو تحسين فاعلية الأداء المهني ورفع كفايته فإن تصميم البيئة التدريبية هو تحقيق لهذا الهدف، وقد قدمت تكنولوجيا التعليم نماذج تدريبية مختلفة تعتمد مبادئ ومفاهيم التصميم التعليمي وصيغ التعلم الذاتي والمنهج النظامي كأسلوب في تصميمها، وتشير الدراسات إلى أن البرامج القائمة على نماذج تدريبية واضحة تكون أكثر كفاية وفاعلية من البرامج غير الواضحة من حيث الإطار النظري. إن أحد هذه النماذج هو نموذج الطريقة النظامية والذي يتطلب التعرف على خصائص البيئة التدريبية وكيفية ارتباط الأجزاء فيما بينها وكيفية تفاعلها، وتحديد الهدف من هذه التفاعلات للقيام بتصميم البرنامج التدريبي في ضوء ذلك. يتوافر المنهج النظامي بأشكال عدة، ويتكون من سلسلة من الخطوات والإجراءات مرتبة بتسلسل منطقي، بحيث تؤسس كل خطوة لما يليها بشكل يؤدي إلى زيادة ارتباطية برنامج التعليم والتدريب بمتطلبات المهنة، وتهتم الطريقة النظامية بمكونات البيئة التدريبية، فتشمل خصائص المتدرب واحتياجاته المهنية قبل التدريب، والتصميم التدريبي، وكذلك العملية التدريبية، وخصائص المتدرب بعد التدريب.

"إن الطريقة المنظمة للتدريب تتمتع بإيجابيات من حيث دور المدرب، المنهاج المحدد والتوقيت الزمني، واعتماد الأساليب الحديثة والأسس العلمية والفنية لتصل بالمتدرب إلى أقصى إنتاجية أو مهارة ضمن فترة زمنية أقل من التدريب بالممارسة" (نصر الله وعاشور، ٢٠٠٢، ص: ٦٣).

إن تصميم البرامج التدريبية القائمة على الطريقة النظامية يتطلب تنفيذ خمسة نشاطات هي التحليل، والتركيب، والتنفيذ، والتقييم، والتطوير، بحيث يتم بناء البرنامج المطلوب بإتباع الخطوات الآتية:

الخطوة الأولى: تحديد الحاجات التدريبية، وتعتبر هذه الخطوة هي الأهم في تصميم البرنامج التدريبي وذلك لتبرير وجود البرنامج و تحديد أهدافه، فالاحتياج مفهوم مرتبط بالأداء الوظيفي ويعبر عن حجم القصور فيه، والقصور في الأداء يعد بمثابة الفجوة التدريبية أو الحاجة الفعلية للتدريب، أي أنه إذا كانت مجموعة العناصر السلوكية (المعارف والمهارات في مجال التخصص) والتي يمتلكها المتدرب قد اكتسبها من خلال برامج الإعداد ويمارسها في أدائه الفعلي أقل من مجموعة العناصر السلوكية الضرورية للأداء الفاعل والناجح فهناك عجز في الأداء ويحتاج إلى معالجته، ولا يقتصر العجز على الإخفاق في أداء المهمات، بل في التعامل مع معلومات ومعرفة وتقنيات مستحدثة في الاختصاص، وهنا تلعب البرامج التدريبية دوراً كبيراً في تحديث المعلومات حول تلك التطورات.

وتهدف عملية تحديد الحاجات التدريبية إلى تحديد المجالات والمستويات المهنية الواجب التركيز عليها، والتعرف على المشكلات التي يمكن حلها عن طريق التدريب، بحيث يمكن حصر الحاجات التدريبية وتحديد الأولويات لتصميم برنامج تدريبي يهدف إلى إكساب المتدرب المهارات والمعارف والكفايات الناقصة (مصطفى، ٢٠٠١)، ومثل الحاجات التدريبية الأهداف التدريبية للبرنامج والتي يتم في ضوءها صياغة مفردات المنهاج والمضمون وأساليب التنفيذ.

الخطوة الثانية: تحليل المهمات، أي تجزئة موضوع البرنامج التدريبي إلى مكوناته الأساسية، حتى يمكن التعرف على المعلومات والخبرات التي تكون موضوع البرنامج، والخبرات السابقة التي يفترض أن يملكها المتدرب، والوحدات التدريبية و الأهداف الأدائية التي يتضمنها البرنامج، إذ يجب مراعاة ربط المعرفة السابقة مع التعلم الجديد الذي يرمي البرنامج إلى تحقيقه، ويحتاج مصمم البرنامج التدريبي إلى معرفة طبيعة الفئة المستهدفة من البرنامج، وتحديد معلومات عن المستهدفين تشمل المستوى التخصصي والعلمي والوظيفي، والعمر، والنوع الاجتماعي، وأية معلومات أخرى ضرورية.

ويتضمن البرنامج التدريبي و وحداته أهدافاً أدائية تصف الأداء الذاتي للمتدرب، بحيث تصف هذه الأهداف أنواع السلوك الذي سيحدث بتأثير فاعليات البرنامج، فيكون محور الهدف هو وصف السلوك بهيئة فعل إجرائي

يمكن ملاحظته وقياسه، و تكتب الأهداف بصورة متسلسلة حسب تسلسل المادة التدريبية في البرنامج، ويتضمن الهدف الأدائي السلوك النهائي (ناتج التعلم)، الشروط والظروف التي في ضوئها يتحقق الهدف، ومعايير بلوغ الهدف أي مستوى الأداء المقبول، ويتم في ضوء ذلك كله تقييم المتدرب.

الخطوة الثالثة: تحديد محتوى البرنامج التدريبي، أي تحديد جميع الفاعليات والأنشطة التي تعمل على تحقيق المحتوى العلمي لإيصال المعرفة وتطوير المهارات، و يشمل ذلك عملية بناء البرنامج، وتحديد المحتوى والطرائق والوسائط، إضافة لبناء الاختبارات، واستناداً إلى خطوة تحليل المهمات يقسم البرنامج التدريبي إلى وحدات فمطية (Modules)، ثم إلى وحدات تدريبية (Units)، ثم إلى دروس (Lessons) أو ورش عمل (Workshops)، و تحدد بعد ذلك المصادر العلمية والتدريبية اللازمة.

الخطوة الرابعة: تحديد أساليب التدريب، والتي تتنوع، فقسم منها يركز على المتدرب وقسم يركز على المدرب وآخر يركز على الاثنين معاً، وتؤكد الاتجاهات المعاصرة في تكنولوجيا التعليم والتدريب على أهمية الأساليب التدريبية التي تتسم بمشاركة المتدرب الفاعلة في تنظيم عملية التعلم وتحقيق الأهداف التعليمية، ويعد اختيار تقنيات التدريب الحديثة واحداً من الأجزاء الحيوية للنظام التعليمي.

الخطوة الخامسة: إعداد طرق التقييم، وتعد الاختبارات في البرامج التدريبية من أهم العناصر، وبوساطتها يقاس تقدّم المتدرب نحو تحقيق أهداف التدريب، وتتناول البرامج التدريبية أنواعاً من الاختبارات منها، اختبار متطلبات التعلم المسبقة، والاختبار التشخيصي القبلي، قائمة فحص الأداء، والاختبار البعدي وما شابه، وتدل الدراسات على أن الاختبارات المرجعية هي المعيار الأكثر ملاءمة في تقييم البرنامج التدريبي، لأنها تزود المتعلم بمؤشرات عن مهاراته ومعارفه التي اكتسبها خلال مشاركته في البرنامج التدريبي. وكما أشارت فان هوزر (Van Hoozer, ١٩٩٥) فإنه يمكن استخدام نموذج العملية التمريضية (Nursing Process) كإطار مرجعي في بناء البرامج التدريبية القائمة على الكفايات، لأن العملية التمريضية تقوم على أساس اتباع خطوات المنهج العلمي في حل المشكلات وإدارة العمل التمريضي كالآتي:

جمع المعلومات عن الحالة العامة للمريض وتقييم احتياجاته (Assessment)

تطوير خطة العناية التمريضية (Planning)

تقديم العناية التمريضية حسب الخطة الموضوعية (Implementation)

تقييم المداخلات التمريضية ومقارنتها بالمرجات المطلوبة (Evaluation)

مما سبق نلاحظ أن العملية التمريرية تقدم نموذجاً مناسباً لبناء البرنامج التدريبي القائم على الكفايات الأءائية التمريرية كما يلي:

الخطوة الأولى: تحديد الحاجات التدريبية للمشاركين

الخطوة الثانية: جمع المعلومات عن الفئة المسءهءة

الخطوة الثالثة: تطوير خطة التدريس

الخطوة الرابعة: تطبيق وتنفيذ الخطة الءراسية

الخطوة الخامسة: تقييم المخرجاء التعليمية حسب الأهداف الموضوعة

مما سبق نستنتج أن نموذج العملية التمريرية والذي يعتمد التقييم والتخطيط والتنفيذ كما أن التقييم يمكن أن يستخدم لبناء البرامج القائمة على الكفايات.

وقء قام ديء وكاري (Dick & Cary, ١٩٨٥) بتطوير نموذج للءعلم الءائي يعتمد إءاءاء محاور مءاءلة

(Integrated themes) وأهءافاً مءءة وأنشطة تعليمية مءنوعة، إلى جانب المءءوى الءراسي المءلوب وإءاءاء

الاختبارات، ويعتمد هذا النموذج الوءاءاء التدريبية (Modules) التي ءضمن ءفاعل المءءلم مع المءاءة

التعليمية من ءلال الأنشطة المقءرءة، وءمكنه من إنهاء ءراسة هذه الوءاءاء ءلال ساعات زمنية معقولة.

ويمكن اسءءءام هذا النموذج في بناء البرامج القائمة على الكفايات التمريرية باءباع الخطوات الءالية:

ءءءء الأهداف التعليمية، والتي يمكن أن ءشق من المناهج التمريرية الأكاءمية ومن الوصف الوءيفي

المهني.

ءءليل المهماء ووصف مسءوى الكفايات الأءائية المءلوبة.

ءءريف السلوك المءءلي للمءءلم وءصائصه وءبراءه السابقة.

ءءابة الأهداف السلوكية.

ءطوير امءءان معيارى المرجع (Criterion-referenced test).

وضع الاسءرائيجاء التعليمية.

ءءءء المءاءة التعليمية.

التقييم التكويني (Formative Evaluation).

مراجعة المحتوى.

التقييم الختامي (Summative Evaluation).

في ضوء ما تقدم ترى الباحثة أن الطريقة النظامية والعملية التمريضية نموذجان يمكن الاستعانة بهما كإطار مرجعي لبناء البرنامج التدريبي القائم على الكفايات الأدائية التمريضية تحقيقاً لأغراض هذه الدراسة. الكفايات الأدائية:

مفهوم الأداء Performance

يُعرف الأداء بأنه ناتج عن جهد معين يقوم ببذله فرداً أو مجموعة ما، لإنجاز عملٍ ما. والتعرف على هذا الأداء، والتأكد من إنجازه، يتطلب عملية تقييم له تتم في ضوء المعايير المحددة لإنجازه، والمتطلبات الأساسية اللازمة فيمن يؤديه، وبأنه المقدرة على القيام بعمل شيء بكفاية وفاعلية وبمستوى معين، فهو الفعل الإيجابي النشط لاكتساب المهارة، أو القدرة أو المعلومة، والتمكن الجيد من الأداء تبعاً للمعايير المحددة، أي أن الأداء هو ما ينجزه الفرد في مهام المهارات والكفايات بشكل قابل للقياس. (الزايدي، ٢٠٠٢)

إن أداء الكفاية يتشكل من ثلاثة عناصر، الأول: المعرفي ويتألف من مجموع العمليات المعرفية والقدرات العقلية والوعي، والثاني: السلوكي (الأدائي) ويتألف من مجموعة الأعمال والحركات التي يمكن ملاحظتها، والثالث: الوجداني ويشير إلى عوامل الالتزام والثقة بالنفس، ويعد إتقان هذه العناصر والمهارة في توظيفها أساساً لإنتاج الأداء الكفؤ الفاعل والملاحظ، وتصبح الكفاية متمثلة في الأداء العملي (الفتلاوي، ٢٠٠٣).

معايير الأداء Performance Standards

وتمثل المقياس الذي يحتكم إليه عند الحكم على الأداء، وقد يكون رقمياً أو وصفيًا (مصطفى، ٢٠٠١)، هناك معياران لقياس كفاية الأداء هما الوقت والدقة؛ فالدقة توضح غالباً بصيغة نسب مئوية أو بعدد المشكلات التي يتم الإجابة عنها بشكل صحيح، ففي بعض الحالات المهنية لا يحتمل أن يكون هنالك مجال للخطأ في الأداء بسبب الخطر الذي يترتب على ذلك الخطأ، ويعتبر الزمن مؤشراً على درجة الإتقان للمهارات، والوقت يُحدد بناء على طبيعة المهنة ومتطلباتها وعوامل السلامة العامة والعوامل الاقتصادية، إذ يجب مقارنة الفترة

الزمنية المطلوبة لتنفيذ النشاط والفوائد المتوقعة مع الوسائل المتيسرة لبلوغ كل هدف من الأهداف، والمقصود بالنشاط الممارسة العملية للمهارة المطلوبة (عليما، ١٩٩١).

تتضمن معايير الأداء تحديد مستوى الأداء المطلوب تحقيقه، وتشتمل على تحديد دقة الأداء، وتسلسل الخطوات وشروط السلامة وزمن الإنجاز، وبالتالي فإن المعايير يمكن أن تكون كمية أو نوعية (الزوبعي، ٢٠٠٣). وحسب المجلس التمريضي الأردني (٢٠٠٥)، فإن معيار الأداء التمريضي هو المرجعية الأساسية التي يعتمد عليها المجتمع المحلي والمستفيدون والزملاء من المهنة الصحية الأخرى والممرضون أنفسهم في تقييم المهنة، وهي تمثل المتطلبات المقبولة لتحديد جودة العناية التمريضية التي يحصل عليها المستفيد، وبشكل عام يعكس المعيار قيم المهنة وأولوياتها والكفايات الأدائية الواجب أن يقوم بها الممرض القانوني مهنيًا لأداء واجباته نحو المستفيد والمجتمع، ويتوافق مع كل معيار مجموعة من المؤشرات التي توضح كيفية تطبيق الكفاية وتساعد في قياس مدى تحقيقها، أي أن المؤشرات تمثل مجموعة الدلائل التي تقيس مدى تحقيق كفايات الأداء ومتطلبات معايير مهنة

التمريض والتي تقدم وصفاً واضحاً للمعيار.

حدد المجلس التمريضي الأردني معايير المهنة في تسعة مجالات للكفايات الأدائية التمريضية لممارسة مهنة التمريض وتشمل المسؤولية والمساءلة والمهنية، والممارسة المستندة إلى المعرفة العلمية وكفاية الأداء التمريضي والتواصل والتعاون والالتزام بأخلاقيات المهنة والبيئة الآمنة للمستفيد وإدارة الجودة الشاملة والبحث العلمي والتطوير والتعليم.

وقد نصت المادة (٨/٦) من قانون المجلس على وضع البرامج اللازمة لتنمية الموارد البشرية وتطوير الإمكانيات الفنية في مجال المهنة، بما في ذلك تنمية الكفايات الأدائية للعاملين من خلال إيجاد برامج تدريب وتعليم مستمرين فاعلة في كافة المؤسسات الصحية، تهدف إلى تطوير الأداء التمريضي وتشجيع الاستفادة من نتائج البحث العلمي في الممارسة العملية، واعتبار التعليم المستمر إلزامياً لأغراض التطوير الذاتي والتقييم الفني والتدرج في سلم التصنيف الوظيفي، وبالرجوع إلى المجال التاسع لكفايات الأداء نجد أن المشاركة في نشاطات

التطوير والتعليم لتحسين مستوى الأداء التمريضي هو هدف تسعى إليه قيادات التمريض في المملكة كافة (قانون المجلس التمريضي الأردني، ٢٠٠٢).

تري الباحثة بأن مجالات الكفايات الأدائية التمريضية التي حددها المجلس التمريضي الأردني تصلح كأداة لقياس درجة ممارسة الكفايات الأدائية الأولية التمريضية للممرضين وللممرضات العاملين في وزارة الصحة الأردنية، تحقيقاً لأغراض هذه الدراسة.

تقييم الأداء: Performance Evaluation

يقصد بتقييم الأداء تحليل وتقييم أداء العاملين لعملهم ومسلكهم فيه وقياس مدى كفايتهم في القيام بأعباء المهنة، ويعد التقييم جزءاً أساسياً من العملية التدريبية والتي يتم من خلالها التعرف على مستوى أداء الكفايات وذلك لتصحيح الانحرافات التي قد تحصل بسبب التغيرات التكنولوجية السريعة.

"إن عملية تحسين التعليم والتعلم في مواقع العمل هي عملية مستمرة، ويتم التحسين في ضوء التقييم المستمر، حيث يتم التعرف على مواطن الضعف ومواطن القوة، و بناء على ذلك تتم عملية التعديل والتحسين" (عليجات، ١٩٩١، ص: ١٢٠).

وتسهم عملية تقييم الأداء في تحديد الأولويات والاستراتيجيات لتلبية الحاجات التعليمية والتدريبية، وتوفير قاعدة من البيانات تستند إليها خطة البرنامج التدريبي لوضع الأهداف التدريبية، وتقع مجالات التقييم في الأبعاد الثلاثة للسلوك الإنساني، وهي البعد المعرفي، والانفعالي، والنفسي.

إن قياس أداء الفرد في وظيفته الحالية وتحديد المهارات والمعارف والاتجاهات والأفكار التي تلزمه لأداء هذه الوظيفة، ولأداء وظائف أخرى متوقعة، يحتاج إلى تحليل الحقائق والبيانات التي تتعلق بمؤهلات الفرد العلمية، وخبراته العملية وقدراته ومهاراته الخاصة، كذلك المتطلبات الفكرية اللازمة كالقدرة على التحليل والتركيز الفكري والنباهة الذهنية، إضافة إلى المتطلبات الجسدية من النضوج والمظهر العام وكيفية ضبط الأعصاب والاستقرار العاطفي (الطعاني، ٢٠٠٢).

ويعد التقييم من الأسس الهامة التي تهدف إلى الكشف عن مقدار الإنجاز الحقيقي لأداء الأفراد أو الجماعات، كما يهدف إلى التأكد من فاعلية الأساليب والإجراءات المتبعة في تحقيق أهداف النشاط الإنساني، بالإضافة إلى

كشف الانحرافات من مستويات الأداء المرغوبة والسليمة، واتخاذ الإجراءات الضرورية لتقييم تلك الانحرافات (بستان و طه، ١٩٨٣).

والتقييم عملية يمارسها الناس في حياتهم اليومية بشكل مستمر، فإصدار الأحكام على الناس أو الأشياء، أو اتخاذ قرار في موقف معين أو من بين بدائل متعددة، كلها أمور تعتمد على معرفة القيمة، أي تقييم من نوع ما، لتحديد المحاسن والمساوي، والإيجابيات والسلبيات، ويرتبط مفهوم التقييم بمصطلح القياس، والذي يعبر عن الإجراءات والوسائل التي تستخدم من أجل التوصل إلى قيمة عددية، أو كمية للشئ المراد قياسه، من أجل مقارنتها بمعيار محدد والحكم عليها (الزوبعي والجناي، ٢٠٠٣).

ويجري تقييم الأداء من خلال مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير الموضوعية للأداء، ومن خلال إجراء اختباره، فمن أهم الوسائل التي تستخدم لتقييم الأداء هي الاختبارات، حيث تعتبر عملية الإختبار مكتملة لعملية التدريب، لأنها تمكن المتدرب والمدرّب من التعرف على المدى الذي أمكن تحقيقه من الأهداف التدريبية ضمن مرحلة معينة (نصر الله، وعاشور، ٢٠٠٢).

مما تقدم فإن تقييم الأداء يتضمن جوانب هامة تتعلق بتحديد الإطار العام للكفايات الأدائية وتشكيل مرجعية لاتخاذ القرارات وإيجاد مؤشرات لتوجيه برامج التعليم والتدريب المستمر. مفهوم الكفاية:

الكفاية (Competency) هي القدرة على عمل شيء بفاعلية وإتقان، وبمستوى من الأداء وبأقل جهد ووقت وكلفة (مرعي، وآخرون، ١٩٩٣) وهي القدرة على الأداء والممارسة، وأنها حالة الأداء أو الإنجاز المناسب لمهنة معينة، وأنها القدرة (أو القدرات) التي يحتاجها الفرد للقيام بعمله بكفاية وفاعلية واقتدار وبمستوى معين من الأداء (زيتون، ٢٠٠٢).

وتعرف الكفاية على أنها القدرة على أداء أنشطة وفاعليات ضمن المهنة وتستند عليها معايير الأداء وتتطلب امتلاك مهارات ومعارف ومفاهيم وقدرة على التطبيق وتمثل فعلاً أو سلوكاً أو ناتجاً ينبغي أن يكون الشخص ضمن المهنة المحددة قادراً على القيام به (العاني، وآخرون، ٢٠٠٣).

ولكل كفاية مستوى محدد من الإتقان يجب الوصول إليه، وتصنف الكفايات إلى خمس فئات، الفئة الأولى: تشمل الكفايات القائمة على المعرفة والتي تحدد المهارات والقدرات الفعلية، والثانية القائمة على الأداء والتي

تظهر قدرة الفرد على إنجاز عمل بمهارة وفاعلية، والثالثة القائمة على النتائج حين يكون الفرد قادراً على إحداث تغيير بحيث يكون معيار النجاح ليس ما يعرفه أو يؤديه بل ما يستطيع أن ينجزه، والرابعة هي الكفايات الشعورية والتي تضم القيم والاتجاهات المتوقعة التي يصعب تقديرها لتداخلها مع الكفايات الأخرى، أما الخامسة فهي الكفايات الاستكشافية التي يتعلمها الفرد من خلال الممارسات العملية (اللامي وآخرون، ٢٠٠٣). والكفاية الأدائية (Performance) تشير إلى إجراءات وعمليات يمكن ملاحظتها، وتختلف باختلاف المهمات التي ترتبط بها، كما أن الكفاية الأدائية تتكون من عناصر أساسية ثلاثة تتكامل في ما بينها لتكوّن "الكفاية"، وهي:

المكوّن المعرفي: ويضم مجموعة المفاهيم و القواعد التي تتصل بالكفاية، وتعدّ هذه متطلباً أساسياً لإتقان الكفاية وتعزيزها من الناحية النظرية والعملية.

المكوّن العملي: ويتألف من مجموعة الأعمال والحركات وألوان النشاط القابلة للملاحظة الحسية، والتي تمكنّ صاحب المهنة من إنجاز المهمات المنوطة به بطريقة صحيحة تؤدي إلى الإتقان.

المكوّن الوجداني أو الخُلقي: ويشتمل على جملة الاتجاهات والقيم والمبادئ الأخلاقية والمواقف الإيجابية التي تتصل بالمهنة ومجالها، ويؤدي تبينها وممارستها في إطار العمل إلى الالتزام المهني. (مرعي، وآخرون، ١٩٩٣)

فالكفاية قدرات يعبر عنها بعبارات سلوكية تشمل مجموعة مهام معرفية ومهارية ووجدانية تكون الأداء النهائي المتوقع إنجازها بمستوى معين، وتلك القدرات يمكن ملاحظتها وتقييمها بوسائل الملاحظة المختلفة. أما العلاقة بين الكفاية وبين الأداء، فإن الأداء لكي يكون فاعلاً يجب أن يكون ذا كفاية عالية، فالكفاية ترتبط بالمقدرة على العمل بمستوى معين من الأداء، كما ترتبط بسلوك أدائي محدد للقيام بالأعمال التي تتطلبها المهنة (الفتلاوي، ٢٠٠٣).

ولا يتحقق اكتساب الكفاية دون الممارسة العملية، إذ تساعد ممارسة الأداء في تحقيق التعلم الذي يؤدي إلى التمكن والإتقان، وتساعد في تنمية الكفاية وإتاحة الفرصة للأداء الفاعل.

خصائص البرامج القائمة على الكفايات:

تعتمد البرامج القائمة على الكفايات على ما يتقنه المتعلم من مهارات ومعرفة أثناء الممارسة، فالبرامج

المعاصرة تأخذ بعين الاعتبار ما يفترض أن يعرفه المتعلم، وما هو قادر على أدائه وإنجازه.

وتعتبر الكفايات عنصراً مهماً في تصميم البرنامج و تعتمد طرائق متعددة يمكن من خلالها اشتقاق الكفايات، إذ

يمكن تحديد الكفايات من خلال تحليل المهمات ومراقبة الفاعليات والأنشطة العملية، ومن تقدير الحاجات

التعليمية والتدريبية، والأهم من ذلك كله إعداد قائمة بالأهواط السلوكية والتي تنبثق من مفهوم المهنة عند

الفرد الكفو تعرض على الخبراء لتنقيح القائمة والعبارات التي وردت فيها.

وتعتمد بعض البرامج مفهوم النموذج والذي يعرض مجاميع مختلفة من الكفايات، ولكل نموذج افتراضاته

وإجراءاته العملية و يكون متفرداً في أساليب التعليم والتدريس، أما اعتماد نتائج البحوث لتحديد الكفايات

فيكون بمراجعة نتائج الدراسات والبحوث وأدبياتها للوصول إلى المستوى الفاعل لتصميم البرنامج في ضوء

الكفايات الأكثر تحقّقاً.

وتواجه البرامج التعليمية والتدريبية القائمة على الكفايات رغم ما تحقّقه من مزايا بعض المعوقات، لأن البرامج

القائمة على الكفايات تحتاج إلى جهد كبير ووقت طويل عند تطبيقها، وكما تواجه البرامج صعوبة في التطوير

مقارنة بالبرامج الأخرى، لأن التغيير في أي من عناصر البرنامج يؤثر في جميع المنظومات التابعة له، فالعناصر

متكاملة والوحدات النمطية متداخلة، وقد انتقدت طريقة الوحدات النمطية على أنها أنظمة إيصال تعليمية

متصلة بالأهداف وليس باحتياجات المتعلم الفرد.

إضافة لما سبق يواجه البرنامج القائم على الكفايات مشكلات تتعلق بمضمون البرنامج وفيما إذا كان يعتمد

البحث أو التطبيق العملي أو الأحكام المهنية. ويعد تقييم مستوى أداء المتعلم إحدى مشكلات هذه البرامج،

فإيجاد و تصميم أدوات قياس مناسبة وحساسة يتطلب مهارات متقدمة، فمعظم المعاهد التقنية التي تحولت

إلى أنظمة إعداد البرامج القائمة على الكفايات تستخدم وسائل متنوعة لقياس مدى درجة الإتقان في إنجاز عمل

أو فاعلية معينة كالآتي:

التقدير المدرّج (Rating Scale) وهي استمارة تحتوي على عناصر المواصفات المتعلقة بالمنتج النهائي و تمثل قياس درجة الإتقان للعمل المنجز، وتساعد هذه الوسيلة في قياس أداء المتدرب وتقييمه في المجال الأدائي. قائمة الفحص (Check List) وهي استمارة تحتوي على كافة الخطوات العملية التي يتضمنها الأداء، وتستخدم لقياس أداء المتدربين ومدى تفهمهم لخطوات العمل واستعمال الأجهزة بطريقة صحيحة، فتساعد في قياس الأداء و تقييمه.

الاختبار الأدائي (Performance Test) ويستخدم الاختبار الأدائي لتقييم التحصيل في مجالات الأداء العملي والاتجاهات والمعلومات النظرية المرافقة للأداء.

وتستند برامج التدريب والتعليم القائم على الكفايات على مجموعة من الخصائص مثل أن يكون المتعلم مستقلاً ومتعلماً ذاتياً، وأن توجه خبرة المتعلم من خلال التغذية الراجعة، وأن يكون البرنامج نظامياً ومتناسقاً، والتأكيد على متطلبات موجودة، ويتضمن المحتوى على الخبرات والمفاهيم والمهارات والمعارف التي يمكن تعلمها في موقف تعليمي معيّن، وعملية التدريب مهنية ومستمرة يكون المتعلم فيها مشاركاً في تصميم الأنشطة التعليمية. التعليم والتدريب التمريضي في وزارة الصحة

في عام ١٩٨٧ تم تأسيس مَعَهْدِيّ تدريب معلمات التمريض وتأهيل مدربي التمريض السريري بدعمٍ من الحكومتين الإيطالية والأمريكية، وفي عام ١٩٩٢ أصبحا معهداً واحداً سمي بمعهد التمريض التخصصي. وفي عام ١٩٩٨ أصبحت مديريةية التعليم والتدريب في وزارة الصحة تسمى بمديرية تنمية القوى البشرية، وتعمل هذه المديرية على التخطيط والتنفيذ والتقييم لبرامج التعليم الطبي المستمر، والدورات التدريبية والبعثات الدراسية داخل وخارج المملكة، أما قسم تعليم التمريض في المديرية فيرتبط مباشرة مع وحدات تطوير التمريض في المستشفيات الحكومية المختلفة، ويشرف على وضع الخطط السنوية للتعليم والتدريب المستمر في هذه الوحدات وعقد المؤتمرات التمريضية والندوات وورش العمل، وتزويد الوحدات بالموارد المادية والمراجع والخبراء ومنح الشهادات، وتقوم المديرية بعمل مسحٍ دوريٍّ لبيان نسبة المشاركين في نشاطات التعليم المستمر في المستشفيات الحكومية سنوياً.

برامج التعليم و التدريب التمريضي المستمر في مستشفى البشير

يعدّ مستشفى البشير أكبر المستشفيات الحكومية في الأردن، ويقدم ما نسبته (٧٠%) من الخدمات

الصحية لأفراد المجتمع الأردني، إذ يحتوي كافة التخصصات الطبية المطلوبة إضافة إلى الأجهزة والمعدات

الحديثة، وهو أيضاً من أبرز المستشفيات التعليمية والتدريبية في المملكة، ويتدرب فيه معظم العاملين والمتدربين والطلبة من الكوادر الطبية والتمريضية والمهنة المساندة ضمن مجالي الرعاية الصحية العلاجية والتأهيلية.

وابتدأ الاهتمام بالتعليم التمريضي المستمر في بدايات التسعينيات في مستشفى البشير ومن قبل إدارة التمريض حيث شكلت لجنة التعليم التمريضي المستمر لغايات الإشراف على تدريب طلبة التمريض من مختلف كليات التمريض الأردنية، وإعداد برامج التوجيه والإرشاد للمستجدين في العمل من الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات بغية تعريفهم على الأنظمة والقوانين وسياسة العمل في المستشفى من خلال عقد ورشات عمل مصغرة لذلك، إلى جانب الإشراف على العمل التمريضي من قبل مدربي التمريض السريري والمكلفين بتقييم مستوى الأداء العملي للتمريض.

كما أنشئت في عام ١٩٩٢ وحدة تطوير التمريض استناداً إلى أحد أهداف معهد تأهيل معلمي التمريض السريري التابع لوزارة الصحة والذي يرفد مستشفى البشير بالمدرسين والمشرفين على التعليم والتدريب والتقييم التمريضي، ووضعت فلسفة وأهداف الوحدة من الفلسفة العامة للمستشفى والمنبثقة من فلسفة وزارة الصحة ورؤيتها في أن "يتمتع الفرد بالسلامة الجسدية والعقلية والنفسية ويخلو من العاهات ليقدّر على التكيف مع البيئة المحيطة به".

وترتكز أبرز أهداف الرعاية الصحية في مستشفى البشير على تقديم الرعاية الصحية الشاملة لأفراد المجتمع بسهولة ويسر وبأساليب متطورة، وإضافة لتثقيف و تعليم المريض لتسهيل عملية التكيف والإسراع في الشفاء، إلى جانب تعليم وتدريب العاملين في المستشفى لغايات تطوير المهارات المهنية ورفع مستوى الأداء العملي. إلى جانب أهداف وحدة تطوير التمريض في مستشفى البشير وإضافة إلى الهدف العام للوحدة وهو العمل على رفع المستويين العلمي والعملي للكوادر التمريضية فإن الواجبات المطلوبة من العاملين في وحدة تطوير التمريض تتضمن الآتي:

التقييم الدوري لمستوى أداء العناية التمريضية في المستشفى.

تحديد الأولويات التدريبية بالتنسيق مع مشرفي التمريض والمدربين ورؤساء الدوائر.

وضع خطة سنوية لبرامج التعليم والتدريب المستمر.

نشر المعلومات ونتائج البحوث لمواكبة التطورات على الأداء التمريضي.

توفير المراجع العلمية والوسائل التعليمية المتنوعة.

عقد ورشات العمل والندوات والمؤتمرات.

تخطيط عمل البحوث والدراسات التمريضية.

ويقوم العاملون في وحدة تطوير التمريض بدراسة الحاجات التعليمية والتدريبية للتمريض من خلال تقييم

الحاجات الفردية، ومتابعة وتقييم نتائج الدورات والبرامج من خلال استخدام وسائل متنوعة، وإجراء

الامتحانات القبليّة والبعدية، وتقييم المدخلات والمخرجات للبرامج، وتقييم النتائج الفردية للمشاركين بمعايير

نجاح تشمل ٧٠% للجانب المعرفي و٨٥% للأداء العملي و١٠٠% للأداء الذي يشكل خطورة على حياة الفرد

ويخضع الحاصلون على مستويات متدنية لبرنامج تدريبي مكثف كما تستخدم استراتيجيات دراسة الحالة أو

التعلم في مجموعة صغيرة، والتقييم الذاتي ضمن برامج التعليم والتدريب المستمر.

ويمكن القول أن أعمال وحدة تطوير التمريض تتلخص بإجراء دراسات ميدانية تتعلق بالكشف عن المشكلات

الناجمة عن تدني مستوى الأداء التمريضي لتحديد الأولويات في تخطيط برامج التعليم والتدريب، ووضع الخطة

التدريبية السنوية القائمة على الحاجات التعليمية والتدريبية للتمريض، والعمل على تحديث دليل الإجراءات

التمريضية دورياً لمتابعة المستجدات العلمية، واعتماد الوصف الوظيفي والذي أقرته وزارة الصحة الأردنية.

(برامج وحدة تطوير التمريض في مستشفى البشير، ٢٠٠٥)

ثانياً: الدراسات ذات الصلة

تناول هذا الجزء بعض الدراسات التي بحثت في تجديد الكفايات الأدائية التمريضية وأثر برامج التعليم

التمريضي المستمر في تنمية تلك الكفايات.

١. دراسات حول تحديد كفايات الأداء التمريضي

أجرت دي وينغ وترينور (Dewing & Traynor, ٢٠٠٤) من المجلس التمريضي البريطاني دراسة لتطوير الكفايات الأدائية التمريضية بهدف إيجاد إطار نظري يعكس كفايات الأداء التمريضي التخصصي، وتحديد المؤشرات والدلائل عن مستوى الأداء المقبول للعمل على تحسين جودة العناية التمريضية.

اعتمدت الدراسة طريقة البحث الميداني (Action Research) في تطوير الإطار النظري للأداء التمريضي التخصصي والذي تضمن ثماني كفايات أدائية، وتحديد دلائل ومؤشرات تطبيق هذه الكفايات بالمستوى المطلوب. وأبرزت الدراسة أهمية تعريف الكفايات الأدائية المطلوبة في التمريض التخصصي، واستخدام أساليب البحث العلمي في تطوير المهارات العملية و تحديث الممارسة الفعلية نحو التخصص لمواكبة التطور في مجال الرعاية الصحية و خدمة المستفيد.

وبصورة عامة فإن الكفايات الأدائية التمريضية التي طورتها الدراسة اشتملت على الكفايات الأدائية التخصصية وكفايات التقييم الجسماني، وكفايات تحديد الأولويات في العمل، وكفايات الوقاية الصحية.

وأجرت جوني (Joni, ٢٠٠٢) من جامعة متشيغن في الولايات المتحدة الأمريكية دراسة بعنوان "تحديد محاور كفايات الأداء التمريضية"، والتي هدفت لتعريف كفايات الأداء التمريضي المطلوبة للحصول على ترخيص مزاوله المهنة للخريجين في تخصص التمريض، وقد أجرت الباحثة مقابلات مع أعضاء هيئة التدريس لكليات التمريض في ست جامعات مختلفة، للتعرف على المفاهيم المتعلقة بالأداء العملي والتي تشكل في مجملها مستوى كفايات الأداء المهني المطلوب للتمريض. وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود محورين رئيسين يعتقد بأنهما الأصل في كفايات الأداء التمريضي وهما، التقييم الجسماني للمريض (Physical Assessment) وإعطاء الأدوية والعلاجات (Medication Administration).

وتشير هذه الدراسة إلى مسألة مهمة تتعلق بغايات منح رخصة مزاوله المهنة للتمريض حيث جرت العادة أن يمتحن المتقدم لنيل الترخيص في الناحية المعرفية فقط، بغض النظر عن أن التعليم التمريضي الذي يتضمن المجالات المعرفية والنفسحركية والانفعالية معاً، مما يؤدي إلى التقصير في مناحي الأداء الفعلي، وأضافت الباحثة أن هنالك عوامل متعددة ومختلفة تعكس النقص في اختيار كفايات الأداء المطلوبة لإعداد الخريجين في تخصص التمريض، وذلك من نتائج تحليل محتوى المنهاج الذي أجرته الباحثة في أثناء الدراسة.

كما هدف دون ولوسين (Dunn & Lawsins, ٢٠٠٢) من استراليا في دراسة أجريها بعنوان "تحديد معايير الكفاية للممرض اختصاصي العناية الحثيثة"، لتحديد الفرق بين معايير الممارسة المبتدئة والممارسة المتخصصة

باستخدام أسلوب الملاحظة المباشرة للأداء على أكثر من (٨٠٠) ساعة عمل في وحدة العناية الحثيثة وباستخدام طرق نوعية للمقارنة، وبعد تحليل البيانات ظهرت ستة مجالات لمعايير كفايات الأداء المقبولة شملت: الممارسة

المهنية (Professional Practice)، والممارسة التأملية (Reflective Practice)، والتمكين (Enabling)، وحل المشكلات السريرية (Clinical Problem Solving)، إضافة للقيادة والعمل بروح الفريق (Teamwork and Leadership)؛ وعرفت الدراسة الكفاية على أنها القدرة على إنجاز مهمة ضمن مخرجات معينة تحت ظروف متنوعة تحدث في الواقع وبأن الكفاية هي تداخل المعرفة مع مكونات الأداء النفسحركية وحل المشكلات السريرية ضمن مجال الاستجابة الانفعالية.

دون ولوسين (Dunn & Lawsin) أضافا أن الكفاية ليست مهارة أو مهمة ينبغي فعلها، بل هي مميزات وخصائص معتمدة للأداء الفاعل في مواقف العمل التمريضي ومعايير الكفاية تتضمن المعرفة العلمية والمهارات التمريضية السريرية والقيم والاتجاهات الإنسانية، وإن العناية الحثيثة مجال عمل مقنن للعناية المتواصلة بالمرضى ذوى الحالات الحرجة، وصممت الدراسة بجمع البيانات على ثلاث مراحل، تبدأ بإرشاد جامعي للبيانات ثم مرحلة ملاحظة ممارسة الأداء التمريضي في وحدة العناية الحثيثة بحيث تتضمن البيانات المعلومات الديموغرافية عن أفراد عينة الدراسة وبيانات عن خطط العناية التمريضية وتدوين الملاحظات، وبيانات عن طريق المقابلات الشخصية لتوضيح بيانات الملاحظة. وأخيراً المرحلة الثالثة وتشمل تحليل البيانات للحكم على خصائص الكفاية. واستطاعت هذه الدراسة الكشف عن قدرات الممرضين في مواجهة المتطلبات الحالية للعناية التمريضية والتحديات المستقبلية للمهنة.

وتناولت دراسة لينبرغ (Lenburg, ١٩٩٩) من جامعة ريجنت في نيويورك القضايا المتعلقة بالكفايات التمريضية، فوضعت نموذجاً متكاملًا تحكمه المخرجات مبنياً على مفاهيم تتعلق بإيجاد مجموعة الكفايات الأدائية التمريضية لتحديد الكفايات اللازمة للممارسة العصرية، والمؤشرات الدالة على تلك الكفايات، ومعرفة الطرق الأكثر فاعلية للتدرب على الكفايات في برامج التعليم المستمر.

وهوذج الدراسة يحدد أربع كفايات رئيسة للأداء تشمل التفكير الإبداعي، والتواصل والعلاقات الإنسانية،

والقيادة والإدارة، والمعرفة العلمية المتطورة، وسمي نموذج كوبا (COPA: Competency Outcomes)
(and Performance Assessment).

أبرز النموذج مجموعة الكفايات الأساسية للممارسة المهنية باستخدام منظومة من المفاهيم المعرفية والنفسحركية والوجدانية في الوقت نفسه، وليس التركيز على المفاهيم المعرفية فقط. ويشير النموذج إلى أن قياس أداء الفرد

هو مطلب مهم في أي مهنة، وأن في مهنة التمريض ثلاثة مجالات للتعلم، المعرفي والنفسحركي والوجداني، لكن المجال الأوسع الذي يتم قياسه في الغالب هو المعرفي. ويهدف أسلوب تقييم أداء الكفايات واختبارها في نموذج كوبا إلى إيجاد إطار مرجعي لإعداد برامج التعليم والتدريب المستمر للتمريض.

٢. دراسات حول أثر التعليم والتدريب المستمر في الأداء التمريضي

أجرت إليز ونالون (Ellis & Nallon ٢٠٠٥) من المملكة المتحدة دراسة حول التعليم التمريضي المستمر بطريقة دراسة الحالة وباستخدام برنامج تعليمي قصير ومكثف كأداة للدراسة، وتعريف التعليم المستمر إجرائياً. إليز ونالون أشارتا إلى أن طبيعة برامج التعليم التمريضي المستمر بمقارنة التنظيم الأمثل بالتنظيم الضعيف تستند إلى أربعة محاور هي اختيار البرنامج، المحتوى التعليمي، الخبرات والأنشطة، والبيئة التدريبية والاختيار لبرنامج يعتمد التخطيط المنظم بالنظر إلى الاهتمامات الفردية، وأن تتجانس الخبرات التعليمية مع الحاجات التدريبية بحيث تكون مترابطة، وتشاركية، وأن تكون البيئة التدريبية محفزة وداعمة بشكل يتصف بالانفتاحية والتلقائية والتشجيع على التغيير والتطوير.

وضحت هذه الدراسة أبعاد برامج التعليم المستمر وتأثيراتها والتدريب على الأداء التمريضي، وما إذا كانت هذه البرامج تؤدي إلى نتائج أو تغييرات إيجابية، وأشارت هذه الدراسة إلى أن مراجعة الأدب النظري على مدى خمسين عاماً مضت (١٩٤٥-١٩٩٦) بينت أن معظم الدراسات السابقة تطرقت إلى أهمية التعليم التمريضي المستمر بعد الإعداد الأكاديمي بالتركيز على المخرجات التعليمية وأن الإعداد المنظم والمستند إلى الحاجات التدريبية و المعرفية اعتبر الأساس في بناء برامج التعليم والتدريب المستمر لغايات التطوير المهني.

وجاءت دراسة ويلتز و ليف (Willets & Leff, ٢٠٠٣) من المملكة المتحدة حول تأثير برامج التعليم والتدريب على معرفة العاملين ومهاراتهم في العناية التمريضية للمرضى النفسيين، بدافع عدم وجود نظام معتمد لضمان

مستوى الكفايات الأدائية لدى التمريض بعد التخرج للذين يعملون بمجال الرعاية التمريضية النفسية، وكذلك عدم وجود برامج تعليمية تدريبية تشكل القاعدة النظرية أو تضمن المفاهيم الأساسية لربط المعرفة بالممارسة العملية في هذا المجال. وهدفت الدراسة لإعادة تقييم فاعلية برامج التدريب على مستويات الأداء التمريضي، وتقييم المعرفة القبليّة للمشاركين في البرامج عن مرض الفصام والمهارات التمريضية المطلوبة للعناية بالمصابين، بحيث ركزت الدراسة على فئة المشاركين في برامج التعليم و التدريب بشكل خاص. وعينة الدراسة شملت تسعة وعشرين من العاملين في قسم العلاج النفسي.

وتخلص الدراسة باستخدامها لطريقة الاختبار القبلي والبعدي لتقييم فاعلية البرنامج، وإستبانة الاختيار من متعدد والصح والخطأ لقياس معرفة المشاركين عن مرض الفصام، إلى أن التحليل الإحصائي يظهر عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في معرفة المشاركين عن مرض الفصام بينما ظهرت فروقات واضحة بينهم في أساليب العناية التمريضية وإدارة شؤون المرضى مما يشير إلى أن المشاركين يحتاجون إلى التعرف على استراتيجيات جديدة تساعدهم في إحداث التغيير في سلوكيات المريض، وتؤدي إلى تعديل السلوك للتوجه إلى وضع خطة العلاج المناسبة للعناية التمريضية المطلوبة.

وقامت كيبلر (٢٠٠٢، Keppler) من جامعة (Royal Road) في كندا بدراسة شبه تجريبية لتقييم أثر برامج التعليم المستمر على مستوى العناية التمريضية في أقسام الجراحة والباطنية وذلك بهدف تحديد الحاجات التعليمية والتدريبية اللازمة للممرضة المتخصصة، واختيار الاستراتيجيات المناسبة في تطوير هذه البرامج، والتوجه بالممارسة التمريضية نحو أداء بعيد عن المخاطر والأخطاء. استخدمت كيبلر أداة باتون والمسماة (Patton's Utilization - Focused Tool) لتقييم الأداء كأداة للدراسة، وكانت عينة الدراسة قصدية من الممرضات المشاركات في برامج التعليم المستمر في مستشفيات وزارة الصحة الكندية.

وخلصت الدراسة إلى أن الحاجات التعليمية والتدريبية اللازمة للممرضة المتخصصة تشمل التدريب على مهارات التفكير الناقد، ومهارات الإدارة والقيادة واتخاذ القرار، مهارات حل المشكلات النفسية والاجتماعية للمريض، كما أن الكفايات اللازمة للتخصص التمريضي يجب أن تتوجه نحو تكنولوجيا الأداء التمريضي المتطور باستخدام الأجهزة الحديثة والحاسوب، وأن الاستراتيجيات المناسبة لتطوير برامج التعليم المستمر تشمل التعلم المنفرد، والتعلم الذاتي، والتدريب الاختياري والتعلم التشاركي والتفاعلي بين المعلم/ المدرب والمتعلم.

وأجرى أوفريل و آخرون، (O'farrel et al., ٢٠٠٠) من كندا دراسة شبه تجريبية الهدف منها بناء وتطبيق برنامج تعليم تهريري مستمر تحت عنوان التقييم الجسماني المتقدم (Advanced Physical Assessment) باستخدام الوسائل والمصادر المتاحة، لمعرفة أثره على الكفايات الأدائية التهريرية، وكشفت الدراسة باستخدام الاختبار القبلي والبعدى عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة الأداء للمشاركين في المجالات التالية:

تحديد المشاكل الصحية للمريض من خلال التقييم الجسماني.

تطبيق مهارات العناية التهريرية.

إظهار الثقة بالنفس عند القيام بالأداء الفعلى.

وأسهم استخدام هذا البرنامج في مراكز صحية مختلفة إلى تحسين كفايات الأداء التهريري في التقييم الصحى للمرضى وتحديد المشاكل الصحية للمريض بشكل ملحوظ.

وفي دراسة برازيل، (Brazil, ١٩٩٨) في أونتااريو بكندا أيضاً، والتي هدفت إلى معرفة أثر التعليم المستمر في نوعية العناية التهريرية ومستوى الممارسة الفعلية باستخدام نموذج تقييم الأداء التهريري على عينة الدراسة المكونة من (٤٣) ممرضة، استخدمت الباحثة أسلوب البحث المقارن وقامت بتطبيق الامتحان القبلي والبعدى على العينة، فأظهرت نتيجة الدراسة تحسناً ملموساً في مستوى الأداء و في المعرفة لدى المشاركات في نشاطات التعليم التهريري المستمر.

وقامت كلارك و آخرون، (Clarke et al., ١٩٩٦) في سديني بأستراليا بدراسة هدفت إلى مقارنة عدد مرات المداخلات التهريرية المباشرة للمريض مع النتائج المرجوة قبل المشاركة وبعدها في برنامج التعليم المستمر، حيث أجريت دراسة مرجعية لثلاث سنوات سابقة على عينة من المرضى تكونت من اثنين وتسعين مريضاً حالتهم الصحية تستدعى عناية مكثفة ومداخلات تهريرية مستمرة، ولمدة شهرين في كل سنة، ثم جرى تقييم حالة المريض بعد تقديم العناية التهريرية استناداً إلى مدى تعرض هؤلاء المرضى إلى أي من المضاعفات الرئوية والقلبية أو احتياج أي مريض إلى العناية المكثفة خلال الفترة نفسها، وما هي الإجراءات التهريرية التي قدمت له ونوعيتها ومستوى تطبيقها. وكشفت النتائج أن مجموعة المرضى الذين قدمت لهم العناية التهريرية من قبل الممرضين الذين شاركوا في برنامج التعليم المستمر، احتاجوا إلى العناية المكثفة بنسبة (٨%) اقل من

المجموعة التي قدمت لها المداخلات التمريضية قبل المشاركة في برنامج التعليم المستمر، كذلك أظهرت النتائج أن مستوى الأداء للممرضين المشاركين في البرنامج قد تحسن بنسبة (٣٠%)، مما يدل على أن هنالك علاقة إيجابية بين اشتراك الممرضين في برامج التعليم المستمر ومستوى أدائهم التمريضي وذلك من خلال مراقبة مستوى تحسن صحة المرضى الذين قدمت لهم العناية التمريضية بعد المشاركة في برامج التعليم المستمر.

وأجرى جيل ويورزك، (Gill & Ursic, ١٩٩٤) في الولايات المتحدة الأمريكية دراسة هدفت إلى معرفة أثر مشاركة الممرضين في برامج التعليم المستمر في تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وتقليل كلفة المعالجة، ولتحقيق هذا الهدف قورنت نتائج المشاركة في برامج التعليم التمريضي المستمر مع نتائج تقديم العناية التمريضي لعدد من كبار السن الذين أجريت لهم عملية زراعة مفصل الفخذ. فأظهرت النتائج أن هنالك فارقاً ملحوظاً بين مجموعة المرضى التجريبية (الذين قدمت لهم العناية التمريضية من قبل الممرضين الذين شاركوا في برامج التعليم المستمر) وبين المجموعة الضابطة في سرعة بدء المشي وانخفاض مدة البقاء في المستشفى، وعزت الدراسة تلك النتيجة إلى نوعية العناية التمريضية، ولصالح المرضى الذين قدمت لهم العناية التمريضية من قبل الممرضين الذين شاركوا في برنامج التعليم المستمر.

ثالثاً: التعقيب على الدراسات ذات الصلة

مما تقدم نجد أن معظم الدراسات ذات الصلة حاولت تحديد الكفايات الأدائية التمريضية المطلوب امتلاكها من الممرض/ الممرضة القانونية والقدرة على ممارستها، وأشارت إلى أن هنالك علاقة بين درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية ومستوى الأداء العملي، وكشفت الدراسات أيضاً عن أهمية برامج التعليم المستمر وتأثيرها في تنمية المعارف والقدرات وتنمية الكفايات للمشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر. ويلاحظ أن جميع الدراسات السابقة التي تم مراجعتها أظهرت نتائجها بأن هناك أثراً إيجابية للتعليم التمريضي المستمر على مستوى ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين، لكن لم يتم العثور -على حد علم الباحثة- على أي دراسة محلية تبحث في هذه الجوانب، مما يبرر الحاجة لإجراء هذه الدراسة لتقييم مستوى كفايات الأداء التمريضي وبناء برنامج تدريبي يهدف إلى تنمية تلك الكفايات.

كما يلاحظ من استعراض الدراسات السابقة أنها لم تتعرض إلى بيان تأثير كلٍ من النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي على مستوى الأداء، و كذلك محدودية الدراسات العربية والمحلية، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتطوير برنامج تدريبي قائم على الكفايات الأدائية التمريضية لتنمية الكفايات لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر بوزارة الصحة الأردنية، في ضوء متغيرات النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي، بهدف العمل على تحسين مستوى الممارسة التمريضية وتطوير الكفايات الأدائية بما يتلاءم والممارسة العملية المتطورة. والدراسات التي تطرقت إلى تحديد كفايات الأداء التمريضي أشارت إلى محاور رئيسة لهذه الكفايات وأهمها المعرفة العملية المتطورة والممارسة العصرية باستخدام نتائج البحوث والدراسات التمريضية والتواصل والعلاقات الإنسانية مع الأفراد والتطوير والتعليم، وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه المحاور تتوافق تماماً مع مجالات كفايات الأداء التمريضي والتي حددها مجلس التمريض الأردني، واستخدمتها الباحثة كأداة للدراسة. كذلك فإن الدراسات التي بحثت في موضوع أثر التعليم والتدريب التمريضي المستمر على كفايات الأداء أشارت إلى أن برامج التعليم التمريضي المستمر تحقق نتائج إيجابية في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية من خلال تقديم المحتوى المعرفي المتقدم والتدريب على المهارات العملية باستخدام الأساليب التكنولوجية المتطورة، لسد النقص الحاصل في المعارف والقدرات والمهارات والاتجاهات المهنية والتمريضية.

الفصل الثالث الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً للإجراءات التي اتبعت في تنفيذ الدراسة من حيث المنهجية وتحديد مجتمع الدراسة وعينتها، ووصفاً للأدوات المستخدمة لتحقيق أهداف الدراسة، وإجراءات التحقق من صدق الأدوات وثباتها وإجراءات تطبيقها والمعالجات الإحصائية لبيانات الدراسة.
منهجية الدراسة:

اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي القائم على المسح لغرض تحديد درجة ممارسة الكفايات التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض في وزارة الصحة الأردنية باستخدام بطاقة الملاحظة التي تم تطويرها من قبل الباحثة، ومن ثم تحديد الفروق في درجة الممارسة للكفايات التمريضية وفقاً للمتغيرات المستقلة (النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي) والتي في ضوءها تم تطوير البرنامج التدريبي المقترح.

وللتحقق من أثر البرنامج التدريبي المقترح في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين تم استخدام المنهج التجريبي الذي يتمثل بتصميم المجموعة الواحدة باستخدام الاختبارين القبلي والبعدي.

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من الممرضين والممرضات العاملين في مستشفى البشير الذين شاركوا في برامج التعليم والتدريب المستمر بوحدة تطوير التمريض في السنوات الواقعة بين (٢٠٠١-٢٠٠٥).

وبلغ عدد المشاركين في هذه البرامج ولا يزالون على رأس عملهم في مستشفى البشير (٣١٧) مشاركاً من أصل (٤١٦) ممرضاً وممرضة عند إجراء الدراسة.

أما عينة الدراسة المسحية فبلغت (٢٠٠) مشاركاً وبنسبة (٦٣%) من مجتمع الدراسة، باستخدام الطريقة العشوائية البسيطة، بهدف تحديد درجات ممارستهم للكفايات الأدائية التمريضية. الجدول رقم (١) يوضح مجتمع وعينة الدراسة حسب سنوات المشاركة.

الجدول (١)

مجتمع وعينة الدراسة حسب سنوات المشاركة

السنة	مجتمع الدراسة	عينة الدراسة
٢٠٠١	٢٩	١٨
٢٠٠٢	٥٦	٣٦
٢٠٠٣	٧٢	٤١
٢٠٠٤	٧٦	٤٥
٢٠٠٥	٨٤	٦٠
المجموع	٣١٧	٢٠٠

تم توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي والنوع الاجتماعي كما يظهر في الجدول رقم (٢).

جدول (٢)

توزيع العينة حسب النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي

المؤهل العلمي النوع الاجتماعي	بكالوريوس		دبلوم		المجموع	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
ذكور	٧٣	٣٦,٥	٤٨	٢٤	١٢١	٦٠,٥
إناث	٢٥	١٢,٥	٥٤	٢٧	٧٩	٣٩,٥
المجموع	٩٨	٤٩	١٠٢	٥١	٢٠٠	١٠٠

يشير الجدول رقم (٢) إلى أن عينة الدراسة تكونت من (٩٨) مشاركاً من حملة درجة البكالوريوس في التمريض، (٧٣) منهم من الذكور، و(٢٥) من الإناث، وأن عدد المشاركين من حملة الدبلوم في التمريض قد بلغ (١٠٢) مشارك، (٤٨) منهم من الذكور، و(٥٤) من الإناث.

وللتحقق من أثر البرنامج التدريبي المقترح تم اختيار (٣٠) مشاركاً من عينة الدراسة المسحية كانت درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لديهم متوسطة لتطبيق البرنامج التدريبي المقترح عليهم.

أدوات الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة، تم تصميم أداتين هما:

الأداة الأولى: بطاقة الملاحظة:

بما أن هذه الدراسة تهدف إلى بناء برنامج تدريبي للمشاركين في برامج وحدة تطوير التمريض في وزارة الصحة في ضوء مستوى أدائهم للكفايات التمريضية، فقد تم تطوير بطاقة ملاحظة لقياس درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية على أساس الكفايات التمريضية المطلوبة من الممرض القانوني، وذلك من خلال الإطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة بكفايات الأداء التمريضي المعتمدة عالمياً، وكفايات الأداء المعتمدة من

قبل مجلس التمريض الأردني.

وبناء على ذلك تم تطوير بطاقة الملاحظة بصيغتها الأولية، وتضمنت تسعة مجالات للكفايات الأدائية التمريضية المطلوبة، واشتملت على (٧٠) كفاية موزعة على تلك المجالات، وقد صممت إجاباتها وفق مقياس ليكرت الذي يتضمن خمسة مستويات (دائماً، معظم الأحيان، بعض الأحيان، نادراً، غير موجودة إطلاقاً).

جدول (٣)

توزيع الكفايات على المجالات في بطاقة الملاحظة بصيغتها الأولية

رقم المجال	المجالات	الكفايات	النسبة المئوية
الأول	المسؤولية المهنية والمساءلة	٧	١٠,٠
الثاني	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية	٦	٨,٦
الثالث	كفاية الأداء التمريضي	٧	١٠,٠
الرابع	التواصل والتعاون	٩	١٢,٩
الخامس	الالتزام بأخلاقيات المهنة	٥	٧,١
السادس	البيئة الآمنة	٦	٨,٦

السابع	إدارة الجودة الشاملة	١٣	١٨,٦
الثامن	البحث العلمي	٩	١٢,٨
التاسع	التطوير والتعليم	٨	١١,٤
مجمّل الكفايات		٧٠	%١٠٠

صدق الأداة:

عرضت الباحثة بطاقة الملاحظة في صورتها الأولية على (٩) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التمريض وأساليب تدريسه والتربية المهنية في الجامعات الأردنية الرسمية وغير الرسمية والمجلس التمريضي الأردني ومدينة الحسين الطبية ومركز الحسين للسرطان، وذلك للكشف عن مدى صدق فقراتها وملاءمتها لقياس ما صممت

لقياسه. (ملحق رقم (٤) أسماء المحكمين).

وبعد استرجاع بطاقات الملاحظة من المحكمين تم تحليل آرائهم، واعتمدت كل كفاية، أجمع (٨٠%) فأكثر من المحكمين على ملاءمتها، واستناداً إلى ذلك، حذفت (١٧) كفاية، فأصبحت بطاقة الملاحظة تتضمن (٥٣) كفاية من أصل (٧٠) موزعة على المجالات التمريضية التسعة. (ملحق رقم ٥)

ثبات بطاقة الملاحظة:

بهدف التحقق من ثبات بطاقة الملاحظة، تم تطبيقها على عشرين ممرضاً و ممرضة من خارج عينة الدراسة ويعملون في مستشفى البشير، وقامت الباحثة بالاستعانة بمساعد ملاحظة درجة ممارسة الكفايات التمريضية لأفراد هذه العينة، وتم رصد درجة ممارستهم للكفايات حسب ما ورد في بطاقة الملاحظة، ومن ثم استخراج المتوسطات الحسابية لكل كفاية من كفايات البطاقة ومقارنة متوسطات الدرجات التي سجلتها الباحثة والتي سجلها الباحث المساعد، وأشارت النتائج إلى أن (٤٥) فقرة من أصل (٥٣) توافقت عند الملاحظين (الباحثة، والباحث المساعد)، أي أن معامل اتفاق* الملاحظين على بطاقة الملاحظة قد بلغ (٨٤,٩%) وهذا المعامل مقبول بحثياً لتطبيق الأداة على عينة الدراسة.

$$\text{معامل الاتفاق} = \frac{\text{عدد الفقرات المتفق عليها}}{\text{عدد الفقرات الكلي}} \times 100$$

وهكذا أصبحت بطاقة الملاحظة في صورتها النهائية (ملحق رقم ٥) بعد إجراء الصدق والثبات مكونة من تسعة مجالات للكفايات الأدائية التمريضية المطلوبة، وهي: المسؤولية المهنية والمساءلة، الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية، كفاية الأداء التمريضي، التواصل والتعاون، الالتزام بأخلاقيات المهنة، البيئة الآمنة، إدارة الجودة الشاملة، البحث العلمي، و التطوير والتعليم، ومن (٥٣) كفاية، موضحة في الجدول رقم (٤).

جدول (٤)

توزيع الكفايات على المجالات في بطاقة الملاحظة بصيغتها النهائية

رقم المجال	المجالات	الكفايات	النسبة المئوية
الأول	المسؤولية المهنية والمساءلة	٤	٧,٦
الثاني	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية	٤	٧,٦
الثالث	كفاية الأداء التمريضي	٦	١١,٣
الرابع	التواصل والتعاون	٩	١٧,٠
الخامس	الالتزام بأخلاقيات المهنة	٥	٩,٤
السادس	البيئة الآمنة	٢	٣,٨
السابع	إدارة الجودة الشاملة	١٣	٢٤,٥
الثامن	البحث العلمي	٤	٧,٥
التاسع	التطوير والتعليم	٦	١١,٣
مجمل الكفايات		٥٣	١٠٠

الأداة الثانية: البرنامج التدريبي المقترح:

تم بناء برنامج تدريبي في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها بعد تطبيق أداة الملاحظة على أفراد عينة الدراسة، والتي عبر عنها بالكفايات الأدائية التي تقع متوسطات درجات ممارستها ضمن المستويين المتوسط والضعيف حسب المعايير الإحصائية التالية: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرة يقع ما بين (١-٢,٣٣) فهي ضعيفة، وإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرة يقع بين (٢,٣٤-٣,٦٧) فهي متوسطة، أما إذا بلغ المتوسط الحسابي

للفقرة ما بين (٣,٦٨-٥,٠٠) فهي عالية، وذلك لأن التدرج المستخدم في بطاقة الملاحظة خماسي الأبعاد وقد تم تقسيمه إلى ثلاث فئات وفقاً لمدى الفئة التي طولها (١,٣٣)، وبناء على ذلك تم بناء البرنامج المقترح (ملحق رقم ٦) وعرضه على عدد من الخبراء المختصين في التمريض لتحديد أهمية مكوناته وتعديله إن لزم الأمر، وكانت خطوات بناء البرنامج على النحو التالي:

تحديد الحاجات التعليمية والتدريبية.

تحديد الهدف العام للبرنامج التدريبي.

تحديد الأهداف الخاصة للبرنامج وفقاً للاحتياجات.

إعداد محتوى البرنامج اللازم لتحقيق الأهداف الموضوعية.

إعداد المواد التدريبية الضرورية لتحقيق الأهداف الموضوعية.

تهيئة الأنشطة والتسهيلات التدريبية، واختيار التقنيات السمعية والبصرية المناسبة.

وضع خطة تنفيذ البرنامج التدريبي.

أساليب التقييم للبرنامج التدريبي.

تطبيق البرنامج التدريبي المقترح:

المشاركون في البرنامج:

تم اختيار (٣٠) من أفراد عينة الدراسة من المجموعة التي كانت درجة ممارستهم للكفايات الأدائية التمريضية متوسطة، بواقع (١٨) من الذكور، و(١٢) من الإناث، للمشاركة في البرنامج التدريبي.

تنفيذ البرنامج:

طبق البرنامج التدريبي على مرحلتين، المرحلة الأولى تتضمن إعداد المادة الدراسية وتسليمها لكل مشارك قبل أسبوعين من عقد ورشة العمل، لإتاحة الفرصة للمشاركين بالاطلاع على محتوى الموضوعات المطروحة في البرنامج، وقراءتها بحرية تامة وبشكل منفرد، لكي يتمكن كل مشارك من فهم واستيعاب المفاهيم المدرجة في المحتوى من خلال التعلم الذاتي، بحيث تتم تهيئته للنقاش والحوار خلال جلسات ورشة العمل، واستشارة الدافعية لديه في التفكير الناقد وإظهار الذات.

أما المرحلة الثانية، فشملت عقد ورشة عمل للمشاركين للقيام بتنفيذ التدريبات والأنشطة، بأسلوب العمل الجماعي ولعب الأدوار ودراسة الحالة وحل المشكلات، كاستراتيجيات تعليمية لتحقيق أهداف البرنامج

الموضوعة، بالإضافة إلى تدعيم كفايات التواصل والتعاون لدى المشاركين.

الحوافز للمشاركين في البرنامج:

التفرغ من الدوام أثناء عقد ورشة العمل.

منح كل مشارك شهادة مشاركة من قبل إدارة المستشفى.

تقديم كتاب شكر للمشارك المتفوق.

وبالتنسيق مع رئيسة التمريض في مستشفى البشير تم ترتيب لقاء بين المشاركين والمسؤولين لعرض نتائج

المشاركين في البرنامج التدريبي، ومنحهم شهادات المشاركة.

قياس أثر البرنامج:

لبيان أثر البرنامج التدريبي في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية لمجموعة الدراسة من المشاركين في برامج

التطوير التمريضي في وزارة الصحة، تم إجراء الملاحظة البعدية باستخدام أداة الدراسة (بطاقة الملاحظة) لجميع

أفراد المجموعة التي شاركت في البرنامج التدريبي وفي مواقع عملهم بعد شهر واحد من تنفيذ البرنامج التدريبي،

حيث حلت النتائج إحصائياً وقورنت بنتائج الملاحظة القبليّة.

متغيرات الدراسة:

وتضمنت الدراسة المتغيرات التالية:

أولاً: المتغيرات المستقلة:

اشتمل البحث على ثلاثة متغيرات مستقلة وهي:

النوع الاجتماعي للممرض.

المؤهل العلمي للممرض.

البرنامج التدريبي المقترح.

ثانياً: المتغير التابع:

ويتمثل بدرجة ممارسة الممرض للكفايات الأدائية التمريضية.

إجراءات الدراسة:

لغرض تنفيذ الدراسة اتخذت الإجراءات التالية:

مراجعة الأدب النظري بهدف تحديد الكفايات الأدائية التمريضية المطلوبة لممارسة مهنة التمريض.

مراجعة الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

الحصول على كتاب خطي من إدارة جامعة عمان العربية للدراسات العليا لتسهيل عمل الباحثة في الوصول إلى أية معلومات تخص الدراسة (ملحق رقم ١).

الحصول على موافقة المجلس التمريضي لاستخدام نموذج معايير مهنة التمريض (ملحق رقم ٣)

الحصول على كتاب موافقة من وزارة الصحة الأردنية للقيام بعمل الدراسة (ملحق رقم ٢).

الحصول على كشف بأعداد الممرضين والممرضات العاملين في مستشفى البشير بوزارة الصحة الأردنية من قسم شؤون الموظفين في المستشفى.

إعداد كشف بأسماء الممرضين والممرضات الذين شاركوا في برامج تطوير التمريض بمستشفى البشير في السنوات ما بين (٢٠٠١-٢٠٠٥) يبين فيه مؤهلاتهم العلمية والنوع الاجتماعي لكل منهم، والذين شكلوا مجتمع الدراسة. اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة.

إعداد بطاقة الملاحظة وعرضها على عدد من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في الجامعة الأردنية وجامعة عمان العربية للدراسات العليا والمجلس التمريضي الأردني ومدينة الحسين الطبية ومركز الحسين للسرطان للتأكد من مدى صدقها وملاءمتها لقياس ما وضعت لقياسه.

تدريب الباحثة لأحد المدربين السريريين (Clinical Instructor) في المستشفى، للاستعانة به كملاحظ مساعد في جمع المعلومات بموجب بطاقة الملاحظة.

تطبيق بطاقة الملاحظة على عشرين ممرضاً وممرضة من خارج عينة الدراسة ويعملون في مستشفى البشير للتحقق من درجة التوافق بين الباحثة والملاحظ المساعد، وتم استخراج معامل الاتفاق بينهما، وقد بلغ (٨٤,٩%).

إجراء الملاحظة القبليّة من قبل الباحثة والملاحظ المساعد على جميع أفراد عينة الدراسة في مواقع عملهم المختلفة في مستشفى البشير، خلال ساعات العمل في الدوريات الثلاث، حيث قام كل من الملاحظين بتقدير

درجة ممارسة كل الكفايات المتضمنة في بطاقة الملاحظة لكل فرد من أفراد العينة. بناء البرنامج التدريبي المقترح لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية في ضوء نتائج الدراسة المسحية على عينة الدراسة، باعتماد الكفايات التي كانت درجات ممارستها متوسطة كحاجات تدريبية للمشاركين. اختيار ثلاثين ممرضاً وممرضةً من الذين شاركوا في الدراسة المسحية ممن كانت درجة ممارستهم للكفايات الأدائية التمريضية متوسطة، ليكونوا عينة الدراسة التجريبية لقياس أثر البرنامج التدريبي المقترح. أخذ الموافقة للمشاركة في البرنامج التدريبي. توزيع البرنامج التدريبي المقترح على عينة الدراسة التجريبية. عقد ورشة عمل لعينة الدراسة التجريبية بعد أسبوعين من توزيع البرنامج عليهم. إجراء الملاحظة البعدية على عينة الدراسة التجريبية بعد شهر من عقد ورشة العمل في مواقع عملهم بمستشفى البشير.

تحليل بيانات الملاحظة البعدية لبيان أثر البرنامج التدريبي المقترح في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية. مناقشة النتائج والخروج بالتوصيات.

الأساليب الإحصائية:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها واختبار فرضياتها استخدمت الأساليب والإجراءات الإحصائية التالية:

لغايات التعرف على درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لأفراد عينة الدراسة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع الكفايات الأدائية التمريضية ومجالاتها المتضمنة في بطاقة الملاحظة، وذلك للإجابة عن سؤال الدراسة الأول.

وللإجابة عن سؤال الدراسة الثاني والمتعلق بوجود اختلافٍ في درجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض في وزارة الصحة الأردنية تعزى لمتغير النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدام اختبار (ت).

وللتحقق من ثبات بطاقة الملاحظة تم استخدام معامل الاتفاق.

ولقياس أثر البرنامج التدريبي في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدام اختبار (ت).

الفصل الرابع نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج ذات الصلة بأسئلة الدراسة والتي تهدف إلى تحديد درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض في وزارة الصحة الأردنية، من أجل بناء برنامج تدريبي مقترح، وقياس أثر هذا البرنامج في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية لديهم. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة حسب ترتيب أسئلتها:

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول:

ما درجة الممارسة للكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية؟ للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجالات والكفايات المتضمنة في بطاقة الملاحظة للكفايات الأدائية التمريضية، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الكفاية ذات المتوسط الحسابي الذي يتراوح بين (١-٣,٣٣) تعني درجة ممارسة ضعيفة، والكفاية ذات المتوسط الحسابي الذي يتراوح بين (٣,٣٤-٣,٦٧) تعني درجة ممارسة متوسطة، والكفاية ذات المتوسط الحسابي الأعلى من (٣,٦٧) تعني درجة ممارسة عالية، وذلك اعتماداً على مقياس الكفايات الذي تتراوح درجاته بين (١-٥). وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفايات التي تضمنتها بطاقة الملاحظة ككل، ولكل مجال على حده. والجدول رقم (٥) يوضح ذلك.

الجدول (٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

وفق مجالاتها لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

رقم المجال	مجالات الكفايات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
الأول	المسؤولية المهنية والمساءلة	٣,٩٢	٠,٤٨	٢
الثاني	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية	٣,٧٤	٠,٥١	٥
الثالث	كفاية الأداء التمريضي	٣,٧٩	٠,٤٩	٤
الرابع	التواصل والتعاون	٣,٨٢	٠,٤٦	٣
الخامس	الالتزام بأخلاقيات المهنة	٣,٩٥	٠,٤٧	١
السادس	البيئة الآمنة	٣,٦٣	٠,٥٣	٦
السابع	إدارة الجودة الشاملة	٢,٩٦	٠,٦٦	٩
الثامن	البحث العلمي	٣,٠٨	٠,٩٠	٧
التاسع	التطوير والتعليم	٣,٠٥	٠,٨١	٨
الدرجة الكلية		٣,٤٨	٠,٥١	

يوضح الجدول (٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة المشاركين للكفايات الأدائية التمريضية لكل من المجالات التسعة، حيث أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، كانت عالية في المجال الخامس والأول والرابع والثالث والثاني، في حين كانت متوسطة في المجال السادس والثامن والتاسع والسابع، بينما لم تكن ضعيفة في أي من المجالات.

وفيما يلي عرض للنتائج المتعلقة بدرجة ممارسة المشاركين للكفايات وفقاً للمجالات:

أولاً: مجال المسؤولية المهنية والمساءلة

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال الأول كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الأول (المسؤولية المهنية والمساءلة)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال المسؤولية المهنية والمساءلة
٠,٥١	٣,٩٣	١- يمارس المهنة بشكل متوافق مع القوانين النافذة المتعارف عليها
٠,٥٣	٣,٩٦	٢- يتحمل المسؤولية الشخصية للسلوك المهني
٠,٥١	٣,٩٨	٣- يحافظ على توفير بيئة عمل آمنة للقيام بمتطلبات المهنة وتحمل المسؤولية والتطور المهني
٠,٦٠	٣,٨٣	٤- يحدد القضايا التي تعيق تقديم العناية التمريضية السليمة ويتعامل معها بشكل منسجم مع أخلاقيات المهنة
٠,٤٨	٣,٩٢	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (٦) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال المسؤولية المهنية والمساءلة، كانت عالية في درجة الحفاظ على توفير بيئة عمل آمنة للقيام بمتطلبات المهنة وتحمل المسؤولية والتطور المهني ودرجة تحمل المسؤولية الشخصية للسلوك المهني، ودرجة ممارسة المهنة بشكل متوافق مع القوانين النافذة ، ودرجة تحديد القضايا التي تعيق تقديم العناية التمريضية السليمة والتعامل معها بشكل منسجم وأخلاقيات المهنة، في حين لم تكن ضعيفة أو متوسطة في أي كفاية.

ثانياً: مجال الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال الثاني كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

في المجال الثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية
٠,٦٢	٣,٧٤	١- يستخدم التفكير الإبداعي في حل المشاكل
٠,٥٧	٣,٧١	٢- يستخدم العملية التمريضية في تقديم الرعاية التمريضية للمستفيد
٠,٥٧	٣,٨٠	٣- يساعد المستفيد في الحصول على المعلومات والرعاية المناسبة
٠,٦٠	٣,٧١	٤- يساعد المستفيد في اتخاذ القرارات المبنيّة على المعرفة المناسبة
٠,٥١	٣,٧٤	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (٧) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية، كانت عالية في درجة مساعدة المستفيد في الحصول على المعلومات والرعاية المناسبة، ودرجة استخدام التفكير الإبداعي في حل المشاكل، ودرجة مساعدة المستفيد في اتخاذ القرارات المبنيّة على المعرفة المناسبة، ودرجة استخدام العملية التمريضية في تقديم الرعاية التمريضية للمستفيد، في حين لم تكن ضعيفة أو متوسطة في أي من الكفايات.

ثالثاً: مجال كفاية الأداء التمريضي

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال الثالث كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في المجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال كفاية الأداء التمريضي
٠,٥٩	٣,٧٨	١- يستخدم المعرفة الحديثة والمهارات السريرية والحكم المناسب في تقديم الرعاية الآمنة واليقظة للمستفيد بالاستناد إلى احتياجاته
٠,٥٠	٣,٩٥	٢- ينفذ المداخلات التمريضية بطريقة آمنة وصحيحة
٠,٦٠	٣,٧٠	٣- يُقيّم النتائج ويعدّل المداخلات بناءً على التقييم
٠,٥٦	٣,٨٩	٤- يتصرف ضمن القدرة المعرفية والمهارة العملية عند تقييم الرعاية التمريضية
٠,٦٧	٣,٧٠	٥- يحافظ على تطوير المهارات المطلوبة للممارسة الآمنة
٠,٧٢	٣,٧٢	٦- يشرف على فئات التمريض والمهن الطبية المساندة الأخرى ذات العلاقة أثناء قيامهم بالمهام الموكلة إليهم
٠,٤٩	٣,٧٩	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (٨) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال كفاية الأداء التمريضي، كانت عالية في درجة تنفيذ المداخلات التمريضية بطريقة آمنة وصحيحة، ودرجة التصرف ضمن القدرة المعرفية والمهارة العملية عند تقييم الرعاية التمريضية، ودرجة استخدام المعرفة الحديثة والمهارات السريرية والحكم المناسب في تقديم الرعاية الآمنة واليقظة

للمستفيد بالاستناد إلى احتياجاته، ودرجة الإشراف على فئات التمريض والمهن الطبية المساندة الأخرى ذات العلاقة أثناء قيامهم بالمهام الموكلة إليهم، ودرجة تقييم النتائج وتعديل المداخلات بناءً على التقييم، ودرجة الحفاظ على تطوير المهارات المطلوبة للممارسة الآمنة، في حين لم تكن ضعيفة أو متوسطة في أي من الكفايات. رابعاً: مجال التواصل والتعاون

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال الرابع كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

في المجال الرابع (التواصل والتعاون)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال التواصل والتعاون
٠,٥٣	٤,٠٣	١- يحترم ويدعم أدوار المستفيدين
٠,٥٣	٤,٠٠	٢- يحترم ويدعم أعضاء الفريق الصحي
٠,٥٢	٣,٩٦	٣- يوثق الملاحظات بشكل دقيق وبالوقت المناسب
٠,٦٥	٣,٦٩	٤- يتواصل ويتشاور مع المستفيدين والفريق الصحي في تقديم رعاية آمنة بمهارة والتزام بأخلاقيات المهنة

تابع الجدول رقم (٩)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال التواصل والتعاون
٠,٦١	٣,٦٨	٥- يتبادل المعرفة التمريضية مع المستفيدين وجميع أفراد الفريق الصحي
٠,٧٠	٣,٥٣	٦- يعمل على إظهار دور التمريض في مجالات تخطيط وإعداد وتنفيذ وتقييم برامج الرعاية الصحية للمجتمع المحلي والمشاركة الفاعلة في ذلك
٠,٦٦	٣,٥٦	٧- يشارك بفاعلية في حل القضايا المتعلقة بالممارسة المهنية
٠,٦٨	٣,٧٧	٨- يعمل على أن يكون مرجعاً وقُدوة حسنة لطلبة التمريض والزملاء والآخرين
٠,٥٥	٤,١٧	٩- يتبع التسلسل الإداري في التواصل وحسب الأنظمة والتعليمات المتبعة
٠,٤٦	٣,٨٢	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (٩) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال التواصل والتعاون، كانت عالية في درجة إتباع التسلسل الإداري في التواصل وحسب الأنظمة والتعليمات المتبعة، ودرجة احترام ودعم أدوار المستفيدين، ودرجة احترام ودعم أعضاء الفريق الصحي، ودرجة توثيق الملاحظات بشكل دقيق وبالوقت المناسب، ودرجة العمل على أن يكون مرجعاً وقُدوة حسنة لطلبة التمريض والزملاء والآخرين، ودرجة التواصل والتشاور مع المستفيدين والفريق الصحي في تقديم رعاية آمنة بمهارة والالتزام بأخلاقيات المهنة، ودرجة تبادل المعرفة التمريضية مع المستفيدين وجميع أفراد الفريق الصحي، بينما كانت متوسطة في درجة المشاركة بفاعلية في حل القضايا المتعلقة بالممارسة المهنية ودرجة العمل على إظهار دور التمريض في مجالات تخطيط وإعداد وتنفيذ وتقييم برامج الرعاية الصحية للمجتمع المحلي والمشاركة الفاعلة في ذلك، في حين لم تكن ضعيفة في أي من الكفايات.

خامساً: مجال الالتزام بأخلاقيات المهنة

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال الخامس كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

في المجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال الالتزام بأخلاقيات المهنة
٠,٥٧	٣,٩٦	١- يعمل على إيجاد علاقة مهنية علاجية مع المستفيد مرتكزة على الاحترام المتبادل والأهداف المشتركة وحق اتخاذ القرار
٠,٥٩	٣,٩٢	٢- يدافع ويعمل على ضمان حقوق المستفيد كاستقلالية القرار، والاحترام، وغيرها
٠,٥٥	٣,٩٣	٣- يعمل على حماية معلومات المستفيد السرية الناشئة عن العملية العلاجية وعدم كشف هذه المعلومات إلا بموافقة المستفيد أو بطلب من المحكمة
٠,٥٦	٤,٠٢	٤- يمتلك القدرة على التعامل مع المواقف التي قد تؤثر سلباً على المستفيد أو أعضاء الفريق الصحي
٠,٥٩	٣,٩٥	٥- يبلغ عن أي ممارسات غير سليمة، أو ضعف الكفاية المهنية، أو سوء التصرف المهني وغيرها
٠,٤٧	٣,٩٥	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (١٠) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال الالتزام بأخلاقيات المهنة، كانت عالية في درجة امتلاك القدرة على التعامل مع المواقف التي قد تؤثر سلباً على المستفيد أو أعضاء الفريق الصحي، ودرجة العمل على إيجاد علاقة مهنية علاجية مع المستفيد مرتكزة على الاحترام المتبادل والأهداف المشتركة وحق اتخاذ القرار، ودرجة الإبلاغ عن أي ممارسات غير سليمة، أو ضعف الكفاية المهنية، أو سوء التصرف المهني وغيرها، ودرجة العمل على حماية معلومات المستفيد

السرية الناشئة عن العملية العلاجية وعدم كشف هذه المعلومات إلا بموافقة المستفيد أو بطلب من المحكمة، ودرجة الدفاع والعمل على ضمان حقوق المستفيد كاستقلالية القرار، والاحترام، وغيرها، في حين لم تكن ضعيفة أو متوسطة في أي كفاية.

سادساً: مجال البيئة الآمنة

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال السادس كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (١١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

في المجال السادس (البيئة الآمنة)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال البيئة الآمنة
٠,٥١٢	٣,٨٣	١- ينفذ السياسات والإجراءات المعتمدة من أجل توفير البيئة الآمنة
٠,٧٠	٣,٤٤	٢- يجمع المعلومات المتعلقة بتوفير متطلبات البيئة الآمنة ويبلغ عنها
٠,٥٣	٣,٦٣	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (١١) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال البيئة الآمنة، كانت عالية في درجة تنفيذ السياسات والإجراءات المعتمدة من أجل توفير البيئة الآمنة، بينما كانت متوسطة في درجة جمع المعلومات المتعلقة بتوفير متطلبات البيئة الآمنة والإبلاغ عنها، في حين لم تكن ضعيفة في أي من الكفايات.

سابعاً: مجال إدارة الجودة الشاملة

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال السابع كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (١٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

في المجال السابع (إدارة الجودة الشاملة)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال إدارة الجودة الشاملة
٠,٨١	٣,٢٧	١- تحديد مجالات الرعاية التمريضية التي تحتاج إلى تدقيق ومتابعة
٠,٨١	٣,٠٧	٢- تحليل المعلومات لتحديد فرص التحسين
٠,٨٤	٣,٠١	٣- تطوير السياسات والإجراءات لتحسين نوعية الرعاية
٠,٧٦	٢,٩٨	٤- تحديد المؤشرات لمراقبة جودة الرعاية التمريضية
٠,٧٦	٢,٨٦	٥- جمع البيانات المتعلقة بمراقبة جودة الرعاية التمريضية
٠,٧٦	٢,٨٣	٦- صياغة التوصيات لتحسين جودة الرعاية التمريضية
٠,٨٣	٣,٠٤	٧- تطبيق الأنشطة لتحسين جودة الرعاية التمريضية
٠,٨١	٣,٠٧	٨- تقييم الرعاية التمريضية ضمن إدارة الجودة الشاملة
٠,٨٠	٣,٢٠	٩- يسهم ويتعاون مع الفريق الصحي لتوفير بيئة العمل المساعدة على إنجاح برامج إدارة الجودة الشاملة
٠,٧٤	٣,٣٩	١٠- يلتزم بالسياسات والإجراءات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة
٠,٧٩	٢,٨٨	١١- يشارك بفاعلية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة
٠,٦٩	٢,٤٨	١٢- يشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج إدارة الجودة الشاملة
٠,٧٨	٢,٥٤	١٣- يعزز وينمي برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة

٠,٦٦	٢,٩٦	الدرجة الكلية
------	------	---------------

يشير الجدول رقم (١٢) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال إدارة الجودة الشاملة، كانت متوسطة في درجة الالتزام بالسياسات والإجراءات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة، ودرجة تحديد مجالات الرعاية التمريضية التي تحتاج إلى تدقيق ومتابعة، ودرجة الإسهام والتعاون مع الفريق الصحي لتوفير بيئة العمل المساعدة على إنجاح برامج إدارة الجودة الشاملة، ودرجة تقييم الرعاية التمريضية ضمن إدارة الجودة الشاملة، ودرجة تحليل المعلومات لتحديد فرص التحسين، ودرجة تطبيق الأنشطة لتحسين جودة الرعاية التمريضية، ودرجة تطوير السياسات والإجراءات لتحسين نوعية الرعاية، ودرجة تحديد المؤشرات لمراقبة جودة الرعاية التمريضية، ودرجة المشاركة بفاعلية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة، ودرجة جمع البيانات المتعلقة بمراقبة جودة الرعاية التمريضية، ودرجة صياغة التوصيات لتحسين جودة الرعاية التمريضية، ودرجة تعزيز وتنمية برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة، ودرجة المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج إدارة الجودة الشاملة، في حين لم تكن عالية أو ضعيفة في أي من الكفايات.

ثامناً: مجال البحث العلمي

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال الثامن كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (١٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

في المجال الثامن (البحث العلمي)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	كفايات مجال البحث العلمي
٠,٩٩	٣,٣٠	١- يقدم المعلومات المطلوبة للباحثين بشكل متنسق مع سياسات البحث في مؤسسته
١,٠٠	٣,٢٤	٢- يوفر البيئة المناسبة لإجراء البحوث
٠,٩٢	٢,٩١	٣- يستخدم نتائج البحث العلمي في تطوير الممارسة التمريضية بما يتواءم مع السياسة المعتمدة
٠,٩٢	٢,٨٩	٤- يحدد المشاكل السريرية التي تستدعي إجراء البحوث التمريضية
٠,٩٠	٣,٠٨	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (١٣) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال البحث العلمي، كانت متوسطة في درجة تقديم المعلومات المطلوبة للباحثين بشكل متنسق مع سياسات البحث في مؤسسته، ودرجة توفير البيئة المناسبة لإجراء البحوث، ودرجة استخدام نتائج البحث العلمي في تطوير الممارسة التمريضية بما يتواءم مع السياسة المعتمدة، ودرجة تحديد المشاكل السريرية التي تستدعي إجراء البحوث التمريضية، في حين لم تكن عالية أو ضعيفة في أي من الكفايات.

تاسعاً: مجال التطوير والتعليم

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل كفاية من كفايات المجال التاسع كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (١٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

في الكفاية التاسعة (التطوير والتعليم) مرتبة تنازلياً

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	فقرات الكفاية التاسعة
١	٠,٩٨	٣,٣١	٦- يشارك في تعليم وتدريب الزملاء والطلبة
٢	٠,٨٩	٣,١١	٥- يستخدم المعارف والمهارات المكتسبة في تطوير الرعاية التمريضية
٣	٠,٨٧	٣,١٠	٣- يشارك في حضور برامج التطوير والتعليم بفاعلية
٤	٠,٩١	٢,٩٩	١- يشارك في تحديد الحاجات التعليمية
٥	٠,٩١	٢,٩٩	٤- يبحث عن الخبرات الحديثة لإثراء المعرفة والكفاية
٦	٠,٩٣	٢,٧٩	٢- يسهم في تنفيذ برامج التطوير والتعليم
	٠,٨١	٣,٠٥	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (١٤) إلى أن درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال التطوير والتعليم، كانت متوسطة في درجة المشاركة في تعليم وتدريب الزملاء والطلبة، ودرجة استخدام المعارف والمهارات المكتسبة في تطوير الرعاية التمريضية، ودرجة المشاركة في حضور برامج التطوير والتعليم بفاعلية، ودرجة المشاركة في تحديد الحاجات التعليمية، ودرجة البحث عن الخبرات الحديثة لإثراء المعرفة والكفاية، ودرجة الإسهام في تنفيذ برامج التطوير والتعليم، في حين لم تكن عالية أو ضعيفة في أي من الكفايات.

وبعد استعراض الجداول السابقة تم عمل ملخص لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لكل مجال من المجالات التسعة وللکفايات كافة بموجب المعيار الذي تم اعتماده (عالٍ، متوسط، ضعيف)، والجدول (١٥) يوضح ذلك.

جدول (١٥)

ملخص درجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية
لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية
للمجالات التسعة وللکفايات كافة

درجة ممارسة الكفاية	کفايات المجالات
المجال الأول: المسؤولية المهنية والمساءلة	
عالية	١- يمارس المهنة بشكل متوافق مع القوانين النافذة المتعارف عليها
عالية	٢- يتحمل المسؤولية الشخصية للسلوك المهني
عالية	٣- يحافظ على توفير بيئة عمل آمنة للقيام بمتطلبات المهنة وتحمل المسؤولية والتطور المهني
عالية	٤- يحدد القضايا التي تعيق تقديم العناية التمريضية السليمة ويتعامل معها بشكل منسجم مع أخلاقيات المهنة
المجال الثاني: الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية	
عالية	١- يستخدم التفكير الإبداعي في حل المشاكل
عالية	٢- يستخدم العملية التمريضية في تقديم الرعاية التمريضية للذي يستفيد منها
عالية	٣- يساعد المستفيد في الحصول على المعلومات والرعاية المناسبة
عالية	٤- يساعد المستفيد في اتخاذ القرارات المبنية على المعرفة المناسبة

المجال الثالث: كفاية الأداء التمريضي	
عالية	١- يستخدم المعرفة الحديثة والمهارات السريرية والحكم المناسب في تقديم الرعاية الآمنة واليقظة لمن يستفيد بالاستناد إلى احتياجاته
عالية	٢- ينفذ المداخلات التمريضية بطريقة آمنة وصحيحة
عالية	٣- يُقيّم النتائج ويعدّل المداخلات بناءً على التقييم
عالية	٤- يتصرف ضمن القدرة المعرفية والمهارة العملية عند تقييم الرعاية التمريضية
عالية	٥- يحافظ على تطوير المهارات المطلوبة للممارسة الآمنة
عالية	٦- يشرف على فئات التمريض والمهن الطبية المساندة الأخرى ذات العلاقة أثناء قيامهم بالمهام الموكلة إليهم
المجال الرابع: التواصل والتعاون	
عالية	١- يحترم ويدعم أدوار المستفيدين منها
عالية	٢- يحترم ويدعم أعضاء الفريق الصحي
عالية	٣- يوثق الملاحظات بشكل دقيق وبالوقت المناسب
عالية	٤- يتواصل ويتشاور مع المستفيدين والفريق الصحي في تقديم رعاية آمنة بمهارة والتزام بأخلاقيات المهنة
عالية	٥- يتبادل المعرفة التمريضية مع المستفيدين وجميع أفراد الفريق الصحي
متوسطة	٦- يعمل على إظهار دور التمريض في مجالات تخطيط وإعداد وتنفيذ وتقييم برامج الرعاية الصحية للمجتمع المحلي والمشاركة الفاعلة في ذلك
متوسطة	٧- يشارك بفاعلية في حل القضايا المتعلقة بالممارسة المهنية
عالية	٨- يعمل على أن يكون مرجعاً وقدوة حسنة لطلبة التمريض والزملاء والآخرين
عالية	٩- يتبع التسلسل الإداري في التواصل وحسب الأنظمة والتعليمات المتبعة

المجال الخامس: الالتزام بأخلاقيات المهنة	
عالية	١- يعمل على إيجاد علاقة مهنية علاجية مع المستفيد مرتكزة على الاحترام المتبادل والأهداف المشتركة وحق اتخاذ القرار
عالية	٢- يدافع ويعمل على ضمان حقوق المستفيد كاستقلالية القرار، والاحترام، وغيرها
عالية	٣- يعمل على حماية معلومات المستفيد السرية الناشئة عن العملية العلاجية وعدم كشف هذه المعلومات إلا بموافقة المستفيد أو بطلب من المحكمة
عالية	٤- يمتلك القدرة على التعامل مع المواقف التي قد تؤثر سلباً على المستفيد أو أعضاء الفريق الصحي
عالية	٥- يبلغ عن أي ممارسات غير سليمة، أو ضعف الكفاية المهنية، أو سوء التصرف المهني وغيرها
المجال السادس: البيئة الآمنة	
عالية	١- ينفذ السياسات والإجراءات المعتمدة من أجل توفير البيئة الآمنة
متوسطة	٢- يجمع المعلومات المتعلقة بتوفير متطلبات البيئة الآمنة ويبلغ عنها
المجال السابع: إدارة الجودة الشاملة	
متوسطة	١- تحديد مجالات الرعاية التمريضية التي تحتاج إلى تدقيق ومتابعة
متوسطة	٢- تحليل المعلومات لتحديد فرص التحسين
متوسطة	٣- تطوير السياسات والإجراءات لتحسين نوعية الرعاية
متوسطة	٤- تحديد المؤشرات لمراقبة جودة الرعاية التمريضية
متوسطة	٥- جمع البيانات المتعلقة بمراقبة جودة الرعاية التمريضية
متوسطة	٦- صياغة التوصيات لتحسين جودة الرعاية التمريضية

متوسطة	٧- تطبيق الأنشطة لتحسين جودة الرعاية التمريضية
متوسطة	٨- تقييم الرعاية التمريضية ضمن إدارة الجودة الشاملة
متوسطة	٩- يسهم ويتعاون مع الفريق الصحي لتوفير بيئة العمل المساعدة على إنجاح برامج إدارة الجودة الشاملة
متوسطة	١٠- يلتزم بالسياسات والإجراءات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة
متوسطة	١١- يشارك بفاعلية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة
متوسطة	١٢- يشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج إدارة الجودة الشاملة
متوسطة	١٣- يعزز وينمي برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة
المجال الثامن: البحث العلمي	
متوسطة	١- يقدم المعلومات المطلوبة للباحثين بشكل متنسق مع سياسات البحث في مؤسسته
متوسطة	٢- يوفر البيئة المناسبة لإجراء البحوث
متوسطة	٣- يستخدم نتائج البحث العلمي في تطوير الممارسة التمريضية بما يتواءم مع السياسة المعتمدة
متوسطة	٤- يحدد المشاكل السريرية التي تستدعي إجراء البحوث التمريضية
المجال التاسع: التطوير والتعليم	
متوسطة	١- يشارك في تحديد الحاجات التعليمية
متوسطة	٢- يسهم في تنفيذ برامج التطوير والتعليم
متوسطة	٣- يشارك في حضور برامج التطوير والتعليم بفاعلية
متوسطة	٤- يبحث عن الخبرات الحديثة لإثراء المعرفة والكفاية
متوسطة	٥- يستخدم المعارف والمهارات المكتسبة في تطوير الرعاية التمريضية
متوسطة	٦- يشارك في تعليم وتدريب الزملاء والطلبة

يشير الجدول رقم (١٥) إلى أن درجة ممارسة المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة للكفايات الأدائية التمريضية المطلوبة كانت عالية في الكفايات المتعلقة بالمجال الأول والثاني والثالث والخامس، وكانت عالية ومتوسطة في الكفايات المتعلقة بالمجالين الرابع والسادس، وكانت متوسطة في جميع الكفايات المتعلقة بالمجال السابع والثامن والتاسع، في حين لم تكن ضعيفة في أي من كفايات المجالات التسعة.

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني:

هل هناك اختلاف في درجة ممارسة الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي؟

أشارت النتائج إلى ما يلي:

أولاً: لمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية حسب اختلاف النوع الاجتماعي للمشارك، فقد تم إجراء اختبار (ت)، وأشارت نتائج الاختبار إلى أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في الكفايات المتعلقة بالمجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي) والمجال السابع (إدارة الجودة الشاملة)، وكانت هذه الفروق لصالح الإناث. في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الكفايات المتعلقة بالمجال الأول (المسؤولية المهنية والمسائلة) والمجال الثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية) والمجال الرابع (التواصل والتعاون) والمجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة) والمجال السادس (البيئة الآمنة) والمجال الثامن (البحث العلمي) والمجال التاسع (التطوير والتعليم).

أما فيما يتعلق بالدرجة الكلية لممارسة الكفايات التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، فلا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث. والجدول رقم (١٦) يوضح ذلك.

جدول (١٦)

نتائج اختبار (ت) (T-test) لدرجة ممارسة الكفايات التمريضية

لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي

الدلالة الإحصائية	درجات الحرية	قيمة ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النوع الاجتماعي	مجالات الكفايات
٠,٢٩٧	١٩٨	١,٠٥	٠,٤٩	٣,٨٩	ذكور	المسؤولية المهنية والمسائلة
			٠,٤٧	٣,٩٦	إناث	
٠,١٠٩	١٩٨	١,٦١	٠,٥٣	٣,٦٩	ذكور	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية
			٠,٤٧	٣,٨١	إناث	
٠,٠٤٥	١٩٨	*٢,٠٢	٠,٤٩	٣,٧٤	ذكور	كفاية الأداء التمريضي
			٠,٤٧	٣,٨٨	إناث	
٠,٣٩١	١٩٨	٠,٨٦	٠,٤٦	٣,٨٠	ذكور	التواصل والتعاون
			٠,٤٦	٣,٨٥	إناث	
٠,٢٢٩	١٩٨	١,٢١	٠,٤٩	٣,٩٢	ذكور	الالتزام بأخلاقيات المهنة
			٠,٤٤	٤,٠٠	إناث	
٠,٨٨٥	١٩٨	٠,١٥	٠,٦١	٣,٦٣	ذكور	البيئة الآمنة
			٠,٣٧	٣,٦٤	إناث	
٠,٠٥	١٩٨	*١,٩٧	٠,٦٥	٢,٨٩	ذكور	إدارة الجودة الشاملة
			٠,٦٧	٣,٠٨	إناث	
٠,٠٥٨	١٩٨	١,٩١	٠,٨٦	٣,٩٨	ذكور	البحث العلمي
			٠,٩٥	٣,٢٣	إناث	

٠,٠٨٩	١٩٨	١,٧١	٠,٧٥	٢,٩٧	ذكور	التطوير والتعليم
			٠,٨٨	٣,١٧	إناث	
٠,٠٦٧	١٩٨	١,٨٥	٠,٥٠	٣,٤٢	ذكور	الدرجة الكلية
			٠,٥٢	٣,٥٦	إناث	

* عند دلالة إحصائية اقل من ٠,٠٥

ثانياً: ولمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، حسب اختلاف المؤهل العلمي للمشاركة، كذلك تم إجراء اختبار (ت)، وأشارت النتائج إلى أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في درجة ممارسة كفايات المجال الأول (المسؤولية المهنية والمسائلة) والمجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي) والمجال الرابع (التواصل والتعاون) والمجال السابع (إدارة الجودة الشاملة) والمجال التاسع (التطوير والتعليم)، وكانت هذه الفروق لصالح حملة درجة البكالوريوس في التمريض. في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة كفايات المجال الثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية) والمجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة) والمجال السادس (البيئة الآمنة) والمجال الثامن (البحث العلمي).

أما فيما يتعلق بالدرجة الكلية لممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في درجة ممارسة هذه الكفايات لصالح حملة درجة البكالوريوس في التمريض.

جدول (١٧)

نتائج اختبار (ت) لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية

تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

الدلالة الإحصائية	درجات الحرية	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المؤهل العلمي	مجالات الكفايات
٠,٠٢٣	١٩٨	١,٩٦	*٢,٣٠	٠,٥١	٣,٨٤	دبلوم	المسؤولية المهنية والمسائلة
				٠,٤٥	٣,٩٨	بكالوريوس	
٠,٠٦٨	١٩٨	١,٩٦	١,٨٤	٠,٤٨	٣,٦٧	دبلوم	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية
				٠,٥٢	٣,٨٠	بكالوريوس	
٠,٠٢٠	١٩٨	١,٩٦	*٢,٣٤	٠,٤٧	٣,٧١	دبلوم	كفاية الأداء التمريضي
				٠,٤٩	٣,٨٧	بكالوريوس	
٠,٠١٢	١٩٨	١,٩٦	*٢,٥٣	٠,٤٤	٣,٧٤	دبلوم	التواصل والتعاون
				٠,٤٨	٣,٩٠	بكالوريوس	
٠,٠٨٧	١٩٨	١,٩٦	١,٧٢	٠,٤٤	٣,٩٠	دبلوم	الالتزام بأخلاقيات المهنة
				٠,٤٩	٤,٠٠	بكالوريوس	
٠,٠٦٢	١٩٨	١,٩٦	١,٨٦	٠,٥٥	٣,٥٦	دبلوم	البيئة الآمنة
				٠,٤٩	٣,٧٠	بكالوريوس	

٠,٠١٥	١٩٨	١,٩٦	*٢,٤٥	٠,٦٦	٢,٨٥	دبلوم	إدارة الجودة الشاملة
				٠,٦٤	٣,٠٧	بكالوريوس	
٠,١٠٢	١٩٨	١,٩٦	١,٦٤	٠,٨٩	٢,٩٧	دبلوم	البحث العلمي
				٠,٩١	٣,١٨	بكالوريوس	
٠,٠١٣	١٩٨	١,٩٦	*٢,٥٢	٠,٧٨	٢,٩٠	دبلوم	التطوير والتعليم
				٠,٨٢	٣,١٩	بكالوريوس	
٠,٠٠٩	١٩٨	١,٩٦	*٢,٦٢ *	٠,٥	٣,٣	دبلوم	الدرجة الكلية
				٠,٥	٨	بكالوريوس	
				١	٧		

* عند دلالة إحصائية أقل من ٠,٠٥

** عند دلالة إحصائية أقل من ٠,٠١

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث:

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض
بوزارة الصحة؟

للإجابة عن هذا السؤال، استخدمت بطاقة الملاحظة على أفراد عينة الدراسة بعد التحقق من صدقها وثباتها،
وتم تحليل البيانات، واعتبرت مجالات الكفايات ذات درجة الممارسة المتوسطة، والتي تضمنت ثلاثة مجالات،
وقمّلت في (٢٣) كفاية (جدول رقم ١٥)، بمثابة احتياجات تدريبية لبناء البرنامج التدريبي المقترح، وفيما يلي
عرض لهذه المجالات وكفاياتها:

كفايات مجال إدارة الجودة الشاملة

١- تحديد مجالات الرعاية التمريضية التي تحتاج إلى تدقيق ومتابعة.

٢- تحليل المعلومات لتحديد فرص التحسين.

٣- تطوير السياسات والإجراءات لتحسين نوعية الرعاية.

٤- تحديد المؤشرات لمراقبة جودة الرعاية التمريضية.

- ٥- جمع البيانات المتعلقة بمراقبة جودة الرعاية التمريضية.
- ٦- صياغة التوصيات لتحسين جودة الرعاية التمريضية.
- ٧- تطبيق الأنشطة لتحسين جودة الرعاية التمريضية.
- ٨- تقييم الرعاية التمريضية ضمن إدارة الجودة الشاملة.
- ٩- يساهم ويتعاون مع الفريق الصحي لتوفير بيئة العمل المساعدة على إنجاح برامج إدارة الجودة الشاملة.
- ١٠- يلتزم بالسياسات والإجراءات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.
- ١١- يشارك بفاعلية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة.
- ١٢- يشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج إدارة الجودة الشاملة.
- ١٣- يعزز وينمي برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.

كفايات مجال البحث العلمي:

- ١- يقدم المعلومات المطلوبة للباحثين بشكل متنسق مع سياسات البحث في مؤسسته.
- ٢- يوفر البيئة المناسبة لإجراء البحوث.
- ٣- يستخدم نتائج البحث العلمي في تطوير الممارسة التمريضية بما يتواءم مع السياسة المعتمدة.
- ٤- يحدد المشاكل السريرية التي تستدعي إجراء البحوث التمريضية.

كفايات مجال التطوير والتعليم:

- ١- يشارك في تحديد الحاجات التعليمية.
- ٢- يساهم في تنفيذ برامج التطوير والتعليم.
- ٣- يشارك في حضور برامج التطوير والتعليم بفاعلية.
- ٤- يبحث عن الخبرات الحديثة لإثراء المعرفة والكفاية.
- ٥- يستخدم المعارف والمهارات المكتسبة في تطوير الرعاية التمريضية.
- ٦- يشارك في تعليم وتدريب الزملاء والطلبة.

بناء البرنامج التدريبي:

مقدمة:

تمثل عملية بناء البرامج التدريبية مرحلة أساسية في منهجية العملية التدريبية، إذ تتم فيها صياغة الأهداف وتحديد المحتوى من حيث الموضوعات والأنشطة والفاعليات، وتحديد الأساليب التدريبية والاستراتيجيات التعليمية، وكل ما تتطلبه عملية تنفيذ البرنامج، وأساليب التقييم، ويتم ذلك كله في ضوء تحديد الحاجات التدريبية الفعلية للمشاركين في البرنامج.

وكما أشار عبد الوهاب (١٩٩٨) إلى أن برامج التدريب تمثل كل برنامج منظم يمكّن المتدربين من النمو في المهنة والحصول على المزيد من الخبرات الثقافية وكل ما من شأنه رفع مستوى الأداء المهني، وكذلك فهمي (١٩٩٨) فهو يرى أن التدريب هو مجموعة جهود تعليمية لنقل العلوم والمعارف ودراسة الحالات التي ينبغي ممارستها في المهنة لإكساب المتدرب المهارة اللازمة للأداء العملي.

إن برامج التدريب القائمة على الكفايات الأدائية التمريضية هي أداة لتطوير وتنمية المهنة، ووسيلة لإعداد الممرض وتأهيله كي يستطيع مواكبة التطورات المهنية، إذ أن تحديات القرن وتفجر المعلومات وثورة التكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية، والتغيير الاجتماعي المتسارع، يستدعي مواصلة التعليم والتدريب التمريضي لرفع مستوى أداء

الكفايات التمريضية والإعداد للممارسة المهنية المتقدمة.

وقد أشارت نتائج الدراسة المسحية التي قامت بها الباحثة إلى أن درجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة كانت متوسطة في ثلاثة مجالات للكفايات الأدائية التمريضية المطلوبة لممارسة مهنة التمريض.

وتمثلت هذه الكفايات بمجال إدارة الجودة الشاملة، ومجال البحث العلمي، ومجال التطوير والتعليم، الأمر الذي يستدعي بناء برنامج تدريبي يهدف لتنمية هذه الكفايات.

بناء على ما تقدم فقد تم بناء البرنامج التدريبي المقترح والذي تكوّن من خمس وحدات: الوحدة الأولى (المكونات الرئيسة لبرنامج ضبط الجودة النوعية)، الوحدة الثانية (ضبط الجودة وتطوير وتحسين نوعية الأداء)،

الوحدة الثالثة (ضبط الجودة من خلال المساءلة المهنية)، الوحدة الرابعة (إدارة شؤون التمريض باستخدام المنهج العلمي والعملية التمريضية)، الوحدة الخامسة (التعليم كأحد أدوار التمريض)، ضمن جانبيين الجانب النظري والجانب التطبيقي، حيث يقوم الجانب النظري على أساس تزويد المشاركين بالمعلومات والمفاهيم التي يحتاجونها عن طريق التعلم الذاتي، ومن خلال النقاش والحوار والمحاضرات ووسائل أخرى لتقديم المحتوى. بينما يعتمد الجانب التطبيقي على التطبيق العملي باستخدام النماذج التمريضية الخاصة وعمل المجموعات الصغيرة، ولعب الأدوار، وعرض النتائج خلال ورش العمل.

إجراءات بناء البرنامج:

لبناء البرنامج التدريبي المقترح اتبعت الإجراءات التالية:

مراجعة الأدب النظري حول الكفايات الأدائية التمريضية المطلوبة.

الاطلاع على برامج تدريبية مشابهة للتعرف على خبرات سابقة في بناء البرنامج.

الاطلاع على دراسات سابقة ذات علاقة ببناء البرامج التدريبية للاستعانة بها.

الاعتماد على نتائج المسح البحثي الذي أجرته الباحثة واعتبار الكفايات التي كانت درجة ممارستها متوسطة حاجات تدريبية للمشاركين في البرنامج.

عرض البرنامج على عدد من ذوي الخبرة والاختصاص في التمريض لإبداء الرأي والملاحظات.

الأهداف العامة للبرنامج:

يهدف البرنامج التدريبي المقترح إلى تحقيق الأهداف التالية:

التعرف على مكونات برنامج ضبط الجودة النوعية لتحسين جودة الأداء التمريضي.

تنمية جودة الأداء التمريضي من خلال المساءلة المهنية.

تنمية كفايات البحث العلمي من خلال تطبيق خطوات المنهج العلمي في إدارة شؤون التمريض واستخدام

العملية التمريضية في تقديم الرعاية لكل من يستفيد منها.

تنمية كفايات التعليم من خلال التعرف على أدوار التمريض في التعليم والتدريب المهني.

الأهداف الخاصة للبرنامج التدريبي:

يتوقع من المشاركون في البرنامج التدريبي أن يصبح قادراً على:

تحديد المكونات الرئيسية لضبط الجودة النوعية لتحسين جودة الأداء التمريضي استناداً إلى المعايير المعتمدة عالمياً.

وضع معايير للممارسة التمريضية بهدف المساءلة المهنية تمثيلاً مع معايير المجلس التمريضي الأردني.

بناء برنامج لإدارة الجودة الشاملة في التمريض باستخدام المكونات الرئيسية لضبط الجودة.

المطابقة بين أوجه العملية التمريضية وخطوات المنهج العلمي.

استخدام العملية التمريضية في جمع المعلومات لإجراء البحوث التمريضية.

تطبيق مبادئ التعلم والتعليم في تدريب وتعليم الزملاء والطلبة.

الأساس النظري للبرنامج التدريبي:

يستند البرنامج التدريبي المقترح إلى مبادئ نظرية تعليم الكبار إضافة إلى أسلوب التعلم الذاتي، على اعتبار أن المشاركين في البرنامج متعلمون كبار يمتلكون معارف وخبرات ويقررون ما يرغبون في تعلمه، ودافعية التعلم لديهم تنطلق من رغبتهم في حل مشكلاتهم العملية، بحيث يكون دور المدرب أو المعلم ميسراً ومرشداً لهم، والتعلم الذاتي يعني أن المشاركون في البرنامج يستطيع دراسة الموضوعات المطروحة في البرنامج بنفسه، دون الحاجة إلى معلم، وحسب قدراته، وبالسعة التي يقدر عليها، وفي الأوقات التي تناسبه، ودون إعاقته عن العمل، حيث يطلع المشاركون على المادة الدراسية المقدمة له قبل أسبوعين من بدء ورشة العمل المخطط لها في البرنامج.

الفئة المستهدفة للبرنامج التدريبي المقترح: شملت جميع المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية ممن كانت درجات ممارستهم للكفايات الأدائية التمريضية متوسطة وفقاً لنتائج الأداة التي أعدتها الباحثة.

مكونات البرنامج:

تضمن البرنامج خمس وحدات وهي:

الوحدة الأولى: المكونات الرئيسة لبرامج ضبط الجودة النوعية

تناولت هذه الوحدة المفاهيم والمبادئ المتعلقة بالتخطيط الأمثل لإعداد خطة ضبط الجودة النوعية بالاعتماد على الأهداف والمهام التي من أجلها توضع مثل هذه البرامج، إضافة إلى أسس بناء فريق العمل، وأساليب تدوين المعلومات وحفظ الملفات، لاستخدامها في التقييم استناداً لمعايير الأداء الموضوعة ومؤشرات الجودة في العمل، وبهدف تنمية كفايات مجال إدارة الجودة الشاملة لدى المشاركين في البرنامج.

الأهداف الخاصة:

التعرف على المكونات الرئيسة لبرامج ضبط الجودة النوعية.

التخطيط لبناء برنامج ضبط الجودة النوعية.

بناء فريق عمل ضبط الجودة النوعية.

تطبيق خطوات برنامج ضبط الجودة النوعية.

الوحدة الثانية: ضبط الجودة لتطوير وتحسين نوعية الأداء

تناولت هذه الوحدة برامج تطوير وتحسين نوعية الأداء بوصفها عملية مستمرة تبدأ بالتخطيط ثم التنفيذ ثم التقييم، وذلك لدراسة النتائج والعمل على تطوير وتحسين مستويات الأداء المتدنية والحفاظ على المستويات المقبولة، وإعادة تطوير خطة ضبط الجودة بما يتلاءم والتطورات المهنية وبهدف تنمية كفايات إدارة الجودة الشاملة في التمريض.

الأهداف الخاصة:

عرض نموذج تطوير وتحسين الأداء.

التعرف على مجالات تطوير وتحسين الأداء.

التخطيط لتقييم مخرجات العمل.

الوحدة الثالثة: ضبط الجودة من خلال المساءلة المهنية

تناولت هذه الوحدة موضوع الجودة النوعية في الأداء انطلاقاً من المساءلة المهنية والعوامل المؤثرة في بناء هذه المساءلة، وذلك بهدف تدريب المشاركين على بناء المساءلة المهنية والمسؤولية في العمل، من خلال تنمية كفايات إدارة الجودة.

الأهداف الخاصة:

تعريف الجودة النوعية في تقديم الرعاية التمريضية.

تحديد العوامل المؤثرة في بناء المساءلة المهنية.

تطبيق إجراءات تدوين الملاحظات التمريضية لغايات التقييم.

وضع معايير ممارسة الأداء لتسهيل عملية قياس المخرجات أو النتائج.

تقييم المدخلات والعمليات في تأثيرها على النتائج.

بناء برنامج لإدارة الجودة الشاملة في تقديم الرعاية التمريضية.

تطبيق بنود البرنامج باستخدام النماذج الخاصة.

الوحدة الرابعة: إدارة شؤون التمريض باستخدام المنهج العملي والعملية التمريضية

تناولت هذه الوحدة موضوع تطبيق المنهج العلمي (Scientific Management) في إدارة شؤون التمريض

باستخدام العملية التمريضية (Nursing Process)، وذلك لتوعية المشاركين بأهمية اتباع الخطوات العلمية في

جمع المعلومات، وتصميم وتنفيذ الخطط، وتقييم نتائج العمل، إلى جانب الدراية في حل المشكلات التي تواجه

العناية التمريضية، بهدف إكسابهم المهارات الأساسية للقيام بعمل البحوث والدراسات التمريضية.

الأهداف الخاصة:

المطابقة بين أوجه العملية التمريضية وخطوات المنهج العلمي.

المقارنة بين مفاهيم الإدارة ومفاهيم التمريض.

تفهم الإطار النظري للعملية التمريضية.

إبراز المؤشرات المهنية للتمريض.

تطبيق إجراءات العملية التمريضية كأساس للبحوث التمريضية.

الوحدة الخامسة: التعليم كأحد أدوار التمريض

تناولت هذه الوحدة موضوع التعليم والتعلم في التمريض لتسليط الضوء على عملية التعليم كأحد الأدوار التمريضية الرئيسية والتي يحتاجها أي ممرض من خلال عمله في النواحي الأكاديمية أو في مجالات التعليم والتدريب المستمر في المؤسسات الصحية، إلى جانب ممارسة التدريب السريري داخل المستشفى للزملاء أو الطلبة، والهدف من هذه الوحدة إعداد المشاركين وتهيئتهم للعمل على تحديد الحاجات التدريبية للمهنة، والمشاركة في تنفيذ برامج التطوير والتعليم المستمر، والبحث عن الخبرات المعاصرة والحديثة في الممارسة العملية لإثراء المعرفة ورفع مستوى الكفاية، وممارسة التثقيف الصحي للمرضى.

الأهداف الخاصة بالوحدة الخامسة:

وصف التعليم والتعلم من المنظور التمريضي.

التعرف على أدوار التمريض في مجال التعليم والتدريب.

مراجعة مبادئ التعلم والتعليم، وعرض مفاهيم جديدة من خلال الخبرة.

تطبيق الإجراءات والاستراتيجيات التي تساعد المشاركين على التعلم.

المقارنة بين تعليم الأفراد وتعليم المرضى.

أساليب التدريس، واشتملت على:

المحاضرات القصيرة.

المناقشة الموجهة.

التطبيقات العملية.

دراسة الحالة.

حل المشكلات.

لعب الأدوار.

المجموعات المصغرة.

المواد التدريبية:

أوراق عمل ونماذج تدريبية. (ملحق رقم ٩)

أقلام وشفافيات.

جهاز عرض.

النشاطات التدريبية:

معالجة مشكلة ميدانية.

وضع معايير ممارسة الأداء.

إعداد برنامج تعليمي مصغر.

أساليب التقييم:

تضمن البرنامج التدريبي المقترح ثلاثة أساليب تقييم هي:

إجراء امتحان كتابي للمشاركين قبل وبعد ورشة العمل التدريبية، للتعرف على المعارف والمعلومات التي اكتسبها المشاركون من البرنامج مقارنة بمعرفتهم القبلية، وقد أظهرت نتائج هذا الامتحان أن هناك تحسناً ملحوظاً في امتلاك المشاركين للمعارف المتضمنة في البرنامج في الامتحان البعدي، مقارنة بالامتحان القبلي.

تقييم أداء المشاركين للنشاطات التدريبية أثناء ورشة العمل باستخدام نماذج وأوراق عمل (ملحق رقم ٩) التعرف على انطباعات المشاركين عن مدى فاعلية البرنامج باعتماد استمارة لقياس ردود فعلهم ووجهات نظرهم.

(ملحق رقم ١٠)

مدة البرنامج:

أسبوعان قراءة ذاتية حرة.

ثلاثة أيام ورشة عمل تدريبية.

مكان عقد البرنامج:

وحدة تطوير التمريض في مستشفى البشير.

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع:

ما أثر البرنامج المقترح في تنمية الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟
لمعرفة أثر البرنامج التدريبي على درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، تم إجراء اختبار (ت) للمقارنة بين متوسطي درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين قبل وبعد تطبيق البرنامج، وكما يظهر في الجدول رقم (١٨).

جدول (١٨)

نتائج اختبار (ت) لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

لدى المشاركين في البرنامج التدريبي المقترح

حسب الاختبار القبلي والبعدي

الدلالة الإحصائية	درجات الحرية	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاختبار	مجالات الكفايات
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	٩,٣٦٥	٠,٣٣٧	٣,٨٠٠	قبلي	المسؤولية المهنية والمسائلة
				٠,٤٤٨	٤,٧٥٨	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	٩,١٩١	٠,٤٤٢	٣,٥٢٥	قبلي	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية
				٠,٥١١	٤,٦٥٨	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	١٠,٥١٦	٠,٣٨١	٣,٥٣٩	قبلي	كفاية الأداء التمريضي
				٠,٤٨٤	٤,٧٢١	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	١١,١٠٦	٠,٣٨٣	٣,٦٢٢	قبلي	التواصل والتعاون
				٠,٣٩٩	٤,٧٤٤	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	٨,٣٤٤	٠,٤٧٢	٣,٧٥٣	قبلي	الالتزام بأخلاقيات المهنة
				٠,٤٣٧	٤,٧٣٣	بعدي	

٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	٣,٩٢٩	٠,٣٨٧	٣,٣٨٣	قبلي	البيئة الآمنة
				٠,٤٦٤	٣,٨١٧	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	٩,٤١١	٠,٥١٤	٢,٦٦١	قبلي	إدارة الجودة الشاملة
				٠,٥٩٦	٤,٠١٤	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	٧,١٥٨	٠,٧٤٣	٢,٦٨٣٣	قبلي	البحث العلمي
				٠,٧٨١	٤,٠٩٢	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	٩,٤٣١	٠,٦٦٢	٢,٦٤٤	قبلي	التطوير والتعليم
				٠,٥٥١	٤,١٢٨	بعدي	
٠,٠٠١	٥٨	١,٦٧	١١,٤٧٧	٠,٣٨٧	٣,٢١٦	قبلي	الدرجة الكلية
				٠,٤١٣	٤,٤٠٢	بعدي	

يظهر من الجدول أن المتوسطات الحسابية لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية للاختبار البعدي كانت أعلى من المتوسطات الحسابية للاختبار القبلي وذلك في كافة مجالات الكفايات الأدائية التمريضية وهي متوسط درجة ممارسة الكفايات ككل.

كما يشير الجدول (١٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في درجة ممارسة كفايات المجال الأول (المسؤولية المهنية والمساءلة) والمجال الثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية) والمجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي) والمجال الرابع (التواصل والتعاون) والمجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة) والمجال السادس (البيئة الآمنة) والمجال السابع (إدارة الجودة الشاملة) والمجال الثامن (البحث العلمي) والمجال التاسع (التطوير والتعليم)، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٩,٣٦٥، ٩,١٩١، ١٠,٥١٦، ١١,١٠٦، ٨,٣٤٤، ٣,٩٢٩، ٩,٤١١، ٧,١٥٨، ٩,٤٣١) على التوالي، وكذلك في درجة الممارسة الكلية حيث بلغت (١١,٤٧٧)، وكانت هذه الفروق لصالح الاختبار البعدي.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، تمهيداً لبناء برنامج تدريبي مقترح وقياس أثره في تنمية هذه الكفايات، وسيتناول هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة وفقاً لتسلسل أسئلتها، وكذلك عرض أهم التوصيات التي توصلت إليها الدراسة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما درجة الممارسة للكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية؟ للإجابة عن هذا السؤال، استخدمت الباحثة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ورتبة المجال بغرض تحديد درجة ممارسة المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية للكفايات الأدائية التمريضية. كما يظهر في الجدول رقم (٥).

وتبين من الجدول أن المتوسط العام لدرجة ممارسة كافة مجالات الكفايات الأدائية التمريضية كان (٣,٤٨)، ويقع هذا المتوسط ضمن المستوى المتوسط في تصنيف الكفايات كما ورد في الفصل الرابع. وهذا يؤكد أهمية إجراء الدراسة والحاجة إلى بناء برنامج تدريبي لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، وذلك لأن ممارسة العمل التمريضي تتطلب أن يكون الأداء في أفضل مستوياته عند تقديم الرعاية التمريضية للمستفيدين للحفاظ على حياتهم.

كما يشير الجدول ذاته إلى أن درجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، كانت عالية في المجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة) والأول (المسؤولية المهنية والمساءلة) والرابع (التواصل والتعاون) والثالث (كفاية الأداء التمريضي) والثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية)، حيث بلغ المتوسط الحسابي لكل منها على الترتيب (٣,٩٥، ٣,٩٢، ٣,٨٢، ٣,٧٩، ٣,٧٤) في حين كانت متوسطة في المجال السادس (البيئة الآمنة) والثامن (البحث العلمي) والتاسع (التطوير والتعليم) والسابع (إدارة الجودة الشاملة)، حيث بلغ المتوسط الحسابي لكل منها على الترتيب (٣,٦٣، ٣,٠٨، ٣,٠٥، ٢,٩٦)، بينما لم تكن ضعيفة في أي من المجالات.

وإذ يتفوق مجال الكفايات الأدائية التمريضية في درجات ممارسة الالتزام بأخلاقيات المهنة، والمسؤولية المهنية والمساءلة، والتواصل والتعاون، وكفاية الأداء التمريضي، والممارسة المستندة للمعرفة التمريضية فإن ذلك يعود إلى عدة أسباب منها:

إن مجال الالتزام بأخلاقيات المهنة، والمسؤولية والمساءلة المهنية، والتواصل والتعاون، تعتبر من أهم معايير التقييم السنوي والتصنيف الفني ومنح الحوافز للعاملين في التمريض بوزارة الصحة الأردنية، وأن مجالي كفاية الأداء التمريضي والممارسة المستندة للمعرفة التمريضية يعتبران من أهم مقومات العمل التمريضي والتقييم الفني للعاملين في المهنة، إذ يرتبط هذان المجالان بالأعداد الأكاديمي لممارسة المهنة ومعظم البرامج الأكاديمية للتمريض تركز على هذه الجوانب، إلى جانب برامج التطوير والتعليم التمريضي المستمر لارتباطهما بتصميم طبيعة العمل التمريضي.

وتمثل المجالات المتبقية للكفايات الأدائية التمريضية المستوى المتوسط من درجات الممارسة، وقد يعزى ذلك إلى عدة أسباب، منها عدم التركيز على هذه المجالات ضمن الجانب التطبيقي أثناء الأعداد الأكاديمي في كليات التمريض، طبيعة السياسات المعمول بها في المستشفيات الحكومية لاتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج إدارة الجودة وإجراء البحوث التمريضية وتنفيذ برامج التطوير والتعليم، عدم إيلاء إدارة المستشفيات هذه المجالات الاهتمام الذي يستحق إذا ما قورنت بالتركيز على توفير الأيدي العاملة التمريضية لإنجاز المهمات المطلوبة منهم بشكل روتيني ودائم.

إن عدد مجالات الكفايات الأدائية التمريضية التي يمارسها المشاركون في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية بدرجة عالية تشمل خمسة مجالات من أصل تسعة و(٢٧) كفاية من أصل (٥٣)، أي ما نسبته (٥٠%) من مجموع الكفايات الأدائية التمريضية المطلوبة، وقد يعزى ذلك إلى الاختلاف في برامج الإعداد الأكاديمي للتمريض في الكليات التمريضية المتنوعة وإلى الممرضين والممرضات أنفسهم، من خلال عدم تنفيذ وتطبيق ما تعلموه من خلال ممارستهم اليومية للرعاية التمريضية، وإلى الإدارة التمريضية من خلال أحجامها عن التقييم المستمر والفاعل للأداء التمريضي واتخاذ الإجراءات المطلوبة لمشكلات الأداء المتدني، بسبب التركيز على نقص الكوادر التمريضية والانشغال بتغطية أقسام المستشفى بأعداد العاملين، دون الالتفات إلى الجودة النوعية في الأداء، إلى جانب مشكلات الوصف الوظيفي المرتبط بالمؤهل العلمي للممرض أو الممرضة، ومركزية اتخاذ القرار لإدارة المستشفى فيما يتعلق بمجمل الشؤون التمريضية وحجبها عن إدارة التمريض.

تتفق هذه النتائج مع ما نصت عليه المادة (٨/٦/٨) من قانون المجلس التمريضي الأردني والتي أشارت إلى ضرورة إيجاد برامج تعليم مستمر فاعل في كافة المؤسسات الصحية تهدف إلى تطوير الأداء التمريضي وتشجيع الإستفادة من نتائج البحث التعليمي في الممارسة العملية، واعتبار التعليم التمريضي المستمر إلزامياً لأغراض تنمية الكفايات الأدائية التمريضية للعاملين في مهنة التمريض (قانون المجلس التمريضي الأردني ٢٠٠٢)، وعلى حد علم الباحثة فإنها لم تعثر على دراسات بحثت في تقييم مستوى ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لمقارنتها بنتائج هذه الدراسة.

وبناء على ما تقدم ترى الباحثة أن الكفايات الأدائية التمريضية التي وردت في هذه الدراسة تصلح لتقييم مستوى الأداء التمريضي للمهنة في الأردن، وأن النتائج التي توصلت إليها الدراسة تشكل دليلاً ملموساً على الحاجة الملحة لبناء برنامج تدريبي لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج وحدة تطوير التمريض بمستشفى البشير في وزارة الصحة الأردنية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل هناك اختلاف في درجة ممارسة الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي؟

أولاً: النوع الاجتماعي

أشارت النتائج إلى أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في الكفايات المتعلقة بالمجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي)، والسابع (إدارة الجودة الشاملة) تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، ولصالح الإناث، وتفسر الباحثة ذلك لعدة أسباب منها:

عدم الرغبة لدى الممرضين الذكور في العمل داخل أقسام المرضى، وبخاصة أقسام الإناث منها، وتفضيلهم العمل في الأقسام ذات التقنية العالية واستخدام الأجهزة، مثل أقسام غسيل الكلى وأقسام المعالجة الحثيثة وأقسام الفحوصات المتقدمة وما شابه، مقارنة بأقسام العناية التمريضية السريرية المباشرة (Bedside Nursing Care)، وذلك لتجنب الاحتكاك والتعامل المباشر مع المرضى وخاصة الإناث.

ارتباط مهنة التمريض أصلاً بالإناث من ناحية العناية الجسدية المباشرة للمريض (Physical Care) إذا ما قورنت بأدوار الذكور في العمل التمريضي.

في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في مجالات الكفايات الأخرى.

أما فيما يتعلق بالدرجة الكلية لممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث والجدول رقم (١٦) يوضح ذلك.

ثانياً: المؤهل العلمي

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في درجة ممارسة المجال الأول (المسؤولية المهنية والمسائلة) والمجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي) والمجال الرابع (التواصل والتعاون) والمجال السابع (إدارة الجودة الشاملة) والمجال التاسع (التطوير والتعليم)، وكانت هذه الفروق لصالح حملة درجة البكالوريوس في التمريض، وقد تعزى هذه النتيجة إلى أن هذه الكفايات يكتسبها الممرضون والممرضات من خلال دراستهم في الكليات قبل اكتسابها داخل المستشفيات التي يعملون بها، وان معظم هذه الكفايات يكتسبها حملة درجة البكالوريوس في التمريض ضمن المنهاج الأكاديمي، الأمر الذي يدعم تنمية هذه الكفايات، بينما تفتقر برامج درجة الدبلوم في التمريض إلى التركيز على التدريب على كفايات هذه المجالات.

أما فيما يتعلق بالدرجة الكلية لممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في درجة ممارسة هذه الكفايات لصالح حملة درجة البكالوريوس في التمريض (٦) تعزى إلى درجة التركيز على هذه المجالات في الإعداد الأكاديمي لمهنة التمريض.

ولم تستطع الدراسة أن تتبين -رغم البحث- وجود دراسات تعرضت إلى بيان، فيما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية تعزى إلى أي من متغيري النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية للمشاركين في برامج تطوير التمريض
بوزارة الصحة؟

أظهرت نتائج الدراسة المسحية بأن هناك حاجة ملحة لبناء برنامج تدريبي لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية
للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي، وكما يشير
الجدول رقم (١٥)، أن هناك (٢٦) كفاية من أصل (٥٣) جاءت ضمن درجات الممارسة المتوسطة، موزعة على
مجالات أربعة، وفق التصنيف الذي اعتمد في هذه الدراسة للكفايات الأدائية التمريضية. وقد اعتبرت تلك
الكفايات بمثابة الحاجات التدريبية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة والتي بني على أساسها
البرنامج التدريبي المقترح، وقد سبق عرض هذه المكونات بالتفصيل في الفصل الثالث واشتملت على ما يلي:

تحديد الحاجات التعليمية والتدريبية.

تحديد الهدف العام للبرنامج التدريبي.

تحديد الأهداف الخاصة للبرنامج وفقاً للاحتياجات.

إعداد محتوى البرنامج اللازم لتحقيق الأهداف الموضوعية.

إعداد المواد التدريبية الضرورية لتحقيق الأهداف الموضوعية.

تهيئة الأنشطة والتسهيلات التدريبية، واختيار التقنيات السمعية والبصرية المناسبة.

وضع خطة تنفيذ البرنامج التدريبي.

أساليب التقييم للبرنامج التدريبي.

اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج التدريبي المقترح مبادئ نظرية تعليم الكبار، حيث أن الفئة المستهدفة من
البرنامج تشمل فئة متعلمين كبار، من الممرضين والممرضات العاملين في وزارة الصحة، كما استخدمت الباحثة
نموذج العملية التمريضية كإطار مرجعي في بناء البرنامج، إذ تقوم العملية التمريضية على اتباع خطوات المنهج
العلمي في حل المشكلات وإدارة العمل التمريضي على النحو الآتي: تقييم الحاجات، جمع المعلومات، تطوير
خطة الرعاية التمريضية، تنفيذ الخطة، وتقييم الإجراءات التمريضية ومقارنتها بالمرجات المطلوبة.

بناءً على ذلك فإن ما قامت به الباحثة يتفق مع ما أشارت إليه فان هوزر (Van Hoozer, ١٩٩٥)

بأن العملية التمريضية تمثل نموذجاً مناسباً لبناء البرامج التدريبية القائمة على الكفايات الأدائية التمريضية. وحيث أن البرنامج المقترح قائم على مبادئ نظرية تعليم الكبار فإن ذلك يتفق مع ما قام به ديك وكاري (Dick & Cary, ١٩٨٥) بتطوير نموذج للتعليم الذاتي مبني على أسس تعلم الكبار، وتطبيقه على مجموعة من المتعلمين، وتوصلاً إلى أنه يمكن استخدام هذا النموذج في بناء البرامج التدريبية القائمة على الكفايات باتباع الخطوات التالية: تحديد الأهداف، وتحليل المهمات، واختيار استراتيجيات التعلم، تحديد المادة التعليمية، ومراجعة المحتوى والتقييم، واستندت الباحثة إلى هذه الخطوات في بناء البرنامج التدريبي المقترح.

وانتقدت الباحثة أيضاً مع أسس الطريقة النظامية في بناء البرنامج والتي تتمثل باتباع خطوات تحديد الحاجات التدريبية، تحليل المهمات، تحديد المحتوى، تحديد أساليب التدريب وإعداد طرق التقييم، والتي تتطابق في كثير من أجزائها مع خطوات بناء البرنامج التدريبي المقترح.

بناءً على ما تقدم، ومن حيث أن البرنامج التدريبي المقترح تم بناؤه على مبادئ نظرية تعليم الكبار، ونموذج العملية التمريضية، وأسس الطريقة النظامية، فإن الباحثة ترى أن هذا البرنامج مناسب لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية للمرضين والممرضات العاملين في وزارة الصحة الأردنية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

ما أثر البرنامج المقترح في تنمية الكفايات الأدائية للمشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟ للتحقق من أثر البرنامج التدريبي المقترح لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية، تم تطبيق البرنامج المقترح على مجموعة من المشاركين، الذين كانت درجة ممارستهم للكفايات في الدراسة المسحية، متوسطة، وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة في كافة مجالات الكفايات وفي الدرجة الكلية لممارسة الكفايات و لصالح الاختبار البعدي، مما يعني رفض الفرضية الصفرية، والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha = 0,05$ في متوسط درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض تعزى لأثر البرنامج المقترح".

وقد يعزى ذلك إلى إنه قد تم بناء البرنامج التدريبي المقترح وفق خطوات علمية مدروسة، اعتمدت تقييم الحاجات التدريبية للفئة المستهدفة، من خلال قياس درجة ممارستهم للكفايات الأدائية التمريضية، أو الوقوف على نقاط الضعف في ممارسة الكفايات لديهم.

وتؤكد هذه النتائج الحاجة الماسة لبناء برامج تدريبية لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية.

والنتائج التي توصلت إليها الدراسة تتفق مع إليز ونالون (Ellis & Nallon, ٢٠٠٥)، والتي أشارت إلى أن طبيعة برامج التعليم التمريضي المستمر ذات التنظيم الأمثل تستند إلى عدد من المحاور، أهمها تجانس الخبرات التعليمية مع الحاجات التدريبية للفئة المستهدفة.

وتتفق أيضاً مع دراسة كيبلر (Keppler, ٢٠٠٢) والتي هدفت إلى تقييم أثر برامج التعليم التمريضي المستمر على مستوى تقديم العناية التمريضية، والتي خلصت إلى أن الاستراتيجيات المناسبة لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر تشمل التعلم المنفرد والتعلم الذاتي والتدريب الاختياري والتعلم التشاركي والتفاعلي بين المعلم والمتعلم، حيث تمت مراعاة معظم هذه الجوانب من قبل الباحثة في الإعداد لبناء البرنامج التدريبي المقترح لتنمية الكفايات التمريضية.

كما تتفق نتائج هذه الدراسة ونتائج دراسة اوفريل وآخرون (O'frel et al., ٢٠٠٠) والتي هدفت إلى بناء برنامج تعلم تمريضي مستمر وتطبيقه، وتحديد أثره على مقدرة المشاركين في البرنامج بإجراء التقييم الجسماني للمريض وباستخدام الاختبار القبلي والبعدي، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة الأداء التمريضي للمشاركين في البرنامج في مجالات تحديد المشاكل الصحية للمريض، وتطبيق مهارات العناية التمريضية، وإظهار الثقة بالنفس عند القيام بالإجراءات التمريضية.

وكذلك تتفق هذه النتائج مع دراسة برازيل (Brazil, ١٩٩٨) والتي أشارت إلى أن هناك تحسناً ملموساً في مستوى الأداء وفي المعرفة لدى المشاركات في نشاطات التعليم التمريضي المستمر باستخدام الاختبار القبلي والبعدي يعود إلى تطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر لرفع مستوى الأداء التمريضي.

كما تتفق هذه النتائج مع دراسة كلارك وآخرون (Clarke et al., ١٩٩٦) والتي هدفت إلى مقارنة عدد مرات المداخلات التمريضية المباشرة للمرضى مع النتائج المرجوة قبل وبعد المشاركة في برامج التعليم المستمر، حيث

أظهرت النتائج أن مجموعة المرضى الذين قدمت لهم العناية التمريضية من الممرضين الذين شاركوا في برنامج التعليم المستمر، قد احتاجوا إلى العناية التمريضية المكثفة بنسبة (٨%) أقل من مجموعة المرضى الذين قدمت لهم العناية التمريضية قبل اشتراك الممرضين في برنامج التعليم المستمر، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة أن مستوى الأداء التمريضي للمشاركين في البرنامج تحسن في أدائهم بنسبة (٣٠%)، مما دل على أن هناك علاقة إيجابية بين اشتراك الممرضين في برنامج التعليم المستمر ومستوى أدائهم.

وأخيراً، تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة جيل ويورزك (Gill & Ursic, ١٩٩٤) والتي هدفت إلى معرفة أثر مشاركة الممرضين في برامج التعليم المستمر على تحسين الرعاية التمريضية المقدمة للمرضى وتقليل كلفة المعالجة، وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في تخفيض مدة البقاء في المستشفى للمرضى الذين قدمت لهم الرعاية من قبل الممرضين الذين شاركوا في برنامج التعليم المستمر مقارنة مع المرضى الذين تلقوا الرعاية من ممرضين غير مشاركين في البرنامج.

مما تقدم، يظهر أن البرنامج التدريبي المقترح والذي أعدته الباحثة ترك أثراً إيجابياً في تنمية ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض في مستشفى البشير بوزارة الصحة الأردنية، مما يؤكد الحاجة لمثل هذه البرامج لتنمية الكفايات الأدائية التمريضية بشكل خاص ولرفع مستوى الأداء في ممارسة التمريض بشكل عام.

التوصيات

استناداً إلى نتائج هذه الدراسة، توصي الباحثة بالتالي:

تبني البرنامج التدريبي المقترح والبحث عن آليات مناسبة لطرحه ضمن الخطة التدريبية لوحدة تطوير التمريض عبر التعليم والتدريب المستمر، بعد أن تأكد أثر البرنامج في تنمية الكفايات الأدائية التمريضية. اعتبار مجالات الكفايات الأدائية التمريضية التي شملها البرنامج التدريبي المقترح بمثابة حاجات تدريبية لبناء برامج التعليم والتدريب المستمر.

تقييم درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية بشكل دوري في المستشفيات باستخدام أداة القياس المتضمنة مجالات الكفايات الأدائية التمريضية في هذه الدراسة.

المراجع

المراجع العربية:

- بستان وطه، أحمد وحسن، (١٩٨٣). مدخل إلى الإدارة التربوية. الكويت: دار القلم.
- جابر، سميح، (٢٠٠١). تدريب وإعداد مدربي التدريب المهني. طرابلس: المركز العربي للتدريب المهني وإعداد المدربين.
- حجي، أحمد، (٢٠٠٣). التربية المستمرة والتعليم مدى الحياة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الدحلة، عبد الرؤوف، (٢٠٠١). تكنولوجيا الأداء البشري / المفهوم وأساليب القياس والنماذج. عمان: دائرة المكتبة الوطنية.
- الدوري، حسين، (١٩٨٥). إعداد و تدريب القوى البشرية. بغداد: الجامعة المستنصرية.
- الزايدي، مها خلف، (٢٠٠٢). تقويم الأداء الوظيفي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الزوبعي والجنابي، عبيد وعماد، (٢٠٠٣). تطوير مناهج التعليم والتدريب المهني والتقني، بنغازي: دار المكتبة الوطنية.
- زيتون، عايش، (٢٠٠٢). أساليب تدريس العلوم. عمان: دار الشروق.
- الطعاني، حسن، (١٩٩٦). بناء برنامج تدريبي لمديري المدارس الثانوية في الأردن في ضوء أدائهم لمهامهم المطلوبة، رسالة دكتوراه، الجامعة المستنصرية، بغداد.
- الطعاني، حسن، (٢٠٠٢). التدريب مفهومه وفعالياته، بناء البرامج التدريبية وتقويمها. عمان: دار الشروق.
- العاني والجميلي، طارق وأكرم، (٢٠٠٢). طرائق التدريس و التدريب المهني. طرابلس: المركز العربي للتدريب وإعداد المدربين.
- العاني والسامرائي والتميمي، طارق ونصير وعلي، (٢٠٠٣). الشراكة بين مؤسسات التعليم والتدريب المهني وسوق العمل. بنغازي: المركز العربي لتنمية الموارد البشرية.
- عبد الوهاب، محمد علي (١٩٩٨). التدريب والتطوير، مدخل علمي لفاعلية الأفراد والمنظمات، الرياض: معهد الإدارة العامة.

عليقات، محمد مقبل، (١٩٩١). تدريس التربية المهنية. اردب: دار الملاحى.

الفتلاوى، سهىلة، (٢٠٠٣). كفايات التدريس. عمان: دار الشروق.

فهىمى، أمىل (١٩٩٨). الاتصال التربوى، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرىة.

القاسمى، على، (٢٠٠١). "برامج التعلىم التقنى"، مجلة التربية الجدىة، مكتب اللىونسكو الإقلىمى للتربية فى البلاد العربىة، عدد ٤٩.

قانون مجلس التمرىض الأردنى المؤقت رقم (٢١) لسنة (٢٠٠٢).

اللامى والنعمى، غسان وسرمء، (٢٠٠٣). الاتجاهات العالمىة فى إعداد المءربىن فى التعلىم المهنى. بنغازى: دار الكتب الوطنىة.

مرعى، توفىق، وآخرون، (١٩٩٣). طرائق التدرىس والتدرب العامة. عمان: جامعة القدس المفتوحة.

المصرى، منءر، (١٩٨٤). "التعلىم الفنى كتعلىم مستمر"، المجلة العربىة للتربية، المجلء الرابع، العدد الأول، ص: ٤٨-٣٦.

مصطفى، أءمء، (٢٠٠١). مخرجات التدرب المهنى وسوق العمل فى الأقطار العربىة. طرابلس: المركز العربى للتدرب المهنى وإعداد المءربىن.

نصر الله وعاشور، على وأءمء، (٢٠٠٢). أسس تخطىط وتنظىم عملىة التعلىم والتدرب المهنى. منظمه العمل العربىة، عمان: المركز العربى للتدرب المهنى.

برامج وحدة تطوىر التمرىض فى مستشفى البشىر، ٢٠٠٥.

Brazil , k., (١٩٩٨). Assessing the Impact of Staff Development on Nursing Practice. www.yahoo/EntrezPubmed.htm

Burns N., & Grove S.,(٢٠٠٣), Nursing Research,W.B.Saunders Co.,USA

Clarke, T., & Abbenbrock, B., Hardy, L., (١٩٩٦). The Impact of Continuing Education Program on Nursing Practice and Patient Outcomes. www.yahoo/EntrezPubmed.htm

Dewing J. , & Traynor, V., (٢٠٠٤), Admiral Nursing Competency Project Development and Action Research, **Journal of Clinical Nursing**, Vol. ١٤, No. ١٠, pp. ٦٩٥-٧٠٣.

Dick W., & Cary L., (١٩٨٥), **The Systematic Design of Instruction**, Glenview, scott, foresman & Co.

Dunn, Sandra, & Lawsin,Di, (٢٠٠٢). The Development of Competency Standards for Specialized Critical Care Nurses, **Journal of Advanced Nursing**, Feb, Vol.٣١ No. ٢, pp. ٣٣٩-٣٤٧.

Ellis, L., & Nalon, M., (٢٠٠٥), Illuminating Continuing Professional Education; Unpacking the Black Box, **International Journal of Nursing Studies**, Vol. ١٣, No.٤٢, pp. ٩٧-١٠٦.

Gill, K., & Ursic, P., (١٩٩٤). The Impact of Continuing Education on Patient Outcomes in the Elderly Hip Fracture Population, www.yahoo/NCBI.Pubmed.htm

Guilbert, J., (١٩٩٠), **Educational Handbook for Health Personel**, WHO Publication, No. ٣٥, Geneva.

Hegge, M., Powers, P., Hendrick, L., & Vinson, J., (2002). Competence, Continuing Education, and Computers,

The Journal of Continuing Education in Nursing, Vol. 33, No. 1, pp. 24-32.

Joni, L., (2002). Specifying the Psychomotor Domain of the Construct of Nursing Competence. **Dissertation Abstract**. Search **www.yahoo/WMU/Graduatecollege.htm**

Keppler, A., (2002). An Evaluation of Medical / Surgical Nursing Continuing Education, **Dissertation Abstract**, Canada, Royal Road University.

Lenburg, B., (1999). The Framework, Concepts, and Methods of the Competency Outcomes and Performance Assessment, COPA Model, **Journal of Issues in Nursing**, Sept., Vol. 30, No. 11, pp. 108-131.

Levin, L. S. (1987). **Patient education and self-care: How do they differ?** Nursing Outlook, March, 26(3).

National Association of State Medicaid Directors, (2001). Quality Assurance in Home and Community-Based Services Waiver Programs. **http://www.medicaid.aphsa.org**

O'Farrel, B., Ford, M., & Wong, C., (2000). Evaluation of an Advanced Health Assessment Course for Acute Care Nurse Practitioners, **Canadian Journal of Nursing Leadership**, VOL. 13, No.3, Jan/Feb., pp. 89-108.

Richard, I., & Carl, J., (1996). **Supervision in Health Care organizations**, Wiley, Inc., USA.

Rogers, C., (1969). **Freedom to learn**. Columbus: Merrill.

Van Hoozer, L., (1990). **The Teaching Process, theory and Practice in Nursing**, USA, Appleton-Century-Crofts.

Willettts, L., & Leff, J., (2003). Improving the Knowledge and Skills of Psychiatric Nurses: efficacy of a Staff Training Programme, **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 42, No. 3, pp. 237-243.

Yura H., & Walsh M.,(1987), **The nursing process**. Washington DC, Catholic University of American Press .

الملاحق
ملحق رقم (١)

جامعة عمان العربية للدراسات العليا
Amman Arab University For Graduate Studies
كلية الدراسات الثبوية العليا

معالي المهندس سعيد دروزة المحترم،
وزير الصحة
عمان : المملكة الاردنية الهاشمية

الرقم: 313699
التاريخ: 2005/6/14م

معالي المهندس دروزة
تحية طيبة وبعد،

تقوم الطالبة اليس عبد المسيح الخوري ، المسجلة في برنامج الدكتوراه في تخصص (مناهج وطرق تدريس التمريض) بدراسة حول " تطوير برنامج تدريبي قائم على الكفايات الأدائية التمريضية وقياس فاعليته في تنمية الكفايات لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية " وذلك استكمالاً لمتطلبات درجة الدكتوراه. ارجو التكرم بتسهيل دراسة الطالبة.

وتفضلوا معاليكم بقبول فائق الإحترام،،

الرئيس
اسعيد النش

عمان - للملكة الاردنية الهاشمية - هاتف: ٥٥١٦٦٢٤ (١٦٢٦) - فاكس: ٥٥١٦٦٠٢ (١٦٢٦) - ص.ب: (٢٢٢٤) رمز بريدي: (١١٩٥٣)
AMMAN - H.K. of JORDAN - TEL: (962) 5516124 - FAX: (962) 5516102

ملحق رقم (٢)

THE HASHEMITE KINGDOM
OF JORDAN
MINISTRY OF HEALTH

المملكة الأردنية الهاشمية
وزارة الصحة

الرقم
التاريخ
الموافق

م ب ١ / دراسات / ٢٥٠٨ / ٢٥٠٨

Ref. No.
Date

مدير تنمية القوى البشرية

تحية طيبة وبعد ،،،

اشاره لكتاب مساعد الامين العام للشؤون الاداريه رقم ٧١٦/٢/٧٥/٨ تاريخ
٢٠٠٥/٦/١٦ بخصوص السماح للطالبه / اليس عبد المسيح الخوري باجراء دراسته
حول تطوير برنامج تدريبي قائم على " الكفايات الادائيه التمريضيه " .

يرجى العلم بأنه لا مانع لدينا من اجراء دراسته حسب الانتظمه والتعليمات
المعمول بها وموافقتنا بنتائج دراسته .

للاطلاع لطفا

واقبلوا احترامى

مدير مستشفى البشير
الدكتور ضيف الله اللوزي

نسخه/ رئيس قسم / شعبه
خ.ع/ زع

عمان - هاتف: ٥٦٦٥١٣١ ص.ب: ٨٦ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ - تليكس: ٢١٥٩٥
Amman - Tel.: 5665131 - P.O.Box: 86 - Fax: 5688373 - Telex: 21595
قرار رقم ٢٠٠٣/١١١

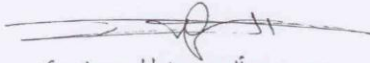
التاريخ: ٢٠٠٥/٧/٢١

عطوفة أمين عام المجلس التمريضي الأردني

تحية فاقته وإحترام،،

أرجو الموافقة على استخدام (معايير مهنة التمريض) كأداة لقياس مستوى الكفايات التمريضية في وزارة الصحة، ضمن إجراءات الدراسة لاطرح وحثه الدكتوراة التي أقوم بإعدادها، بحيث تستند نتائج الدراسة على المرجعية الأساسية التي يعتمدها مجلسكم الموقر لممارسة مهنة التمريض في الأردن.
مراجياً من الله تعالى كل التوفيق.

وإقبولاً فائق الاحترام،،،


الممرضة أليس عبد المسيح خوري
طالبة دكتوراه
جامعة عمان العربية للدراسات العليا

ملحق رقم (٤)

قائمة بأسماء المحكمين

المجلس التمريضي الأردني	عطوفة السيدة دعد شوكة
الجامعة الأردنية	الدكتور منيف قطيشات
الجامعة الأردنية	الدكتور مؤيد أحمد
الجامعة الأردنية	الدكتور جعفر الأسعد
مركز الحسين للسرطان	الدكتورة أمل البندك
جامعة العلوم والتكنولوجيا	الدكتور باسل عمارنة
جامعة العلوم التطبيقية	الدكتور محمد عثمان أبو حشيش
جامعة مؤتة	الدكتورة روضة خوري
جامعة مؤتة	الدكتور عمر الملكاوي

ملحق رقم (٥)

بطاقة الملاحظة:

مقياس درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

أداة الملاحظة

المجال الأول: المسؤولية المهنية والمساءلة

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- يمارس المهنة بشكل متوافق مع القوانين النافذة المتعارف عليها.
					٢- يتحمل المسؤولية الشخصية للسلوك المهني.
					٣- يحافظ على توفير بيئة عمل آمنة للقيام بمتطلبات المهنة وتحمل المسؤولية والتطور المهني.
					٤- يحدد القضايا التي تعيق تقديم العناية التمريضية السليمة ويتعامل معها بشكل منسجم مع أخلاقيات المهنة.

المجال الثاني: الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- يستخدم التفكير الإبداعي في حل المشاكل.
					٢- يستخدم العملية التمريضية في تقديم الرعاية التمريضية للمستفيد.
					٣- يساعد المستفيد في الحصول على المعلومات والرعاية المناسبة.
					٤- يساعد المستفيد في اتخاذ القرارات المبنية على المعرفة المناسبة.

المجال الثالث: كفاية الأداء التمريضي

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- يستخدم المعرفة الحديثة والمهارات السريرية والحكم المناسب في تقديم الرعاية الآمنة واليقظة للمستفيد بالاستناد إلى احتياجاته.
					٢- ينفذ المداخلات التمريضية بطريقة آمنة وصحيحة.
					٣- يُقيّم النتائج ويعدّل المداخلات بناءً على التقييم.
					٤- يتصرف ضمن القدرة المعرفية والمهارة العملية عند تقييم الرعاية التمريضية.
					٥- يحافظ على تطوير المهارات المطلوبة للممارسة الآمنة.
					٦- يشرف على فئات التمريض والمهن الطبية المساندة الأخرى ذات العلاقة أثناء قيامهم بالمهام الموكلة إليهم.

المجال الرابع: التواصل والتعاون

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- يحترم ويدعم أدوار المستفيدين.
					٢- يحترم ويدعم أعضاء الفريق الصحي.
					٣- يوثق الملاحظات بشكل دقيق وبالوقت المناسب.
					٤- يتواصل ويتشاور مع المستفيدين والفريق الصحي في تقديم رعاية آمنة بمهارة والتزام بأخلاقيات المهنة.
					٥- يتبادل المعرفة التمريضية مع المستفيدين وجميع أفراد الفريق الصحي.
					٦- يعمل على إظهار دور التمريض في مجالات تخطيط وإعداد وتنفيذ وتقييم برامج الرعاية الصحية للمجتمع المحلي والمشاركة الفاعلة في ذلك.
					٧- يشارك بفاعلية في حل القضايا المتعلقة بالممارسة المهنية.
					٨- يعمل على أن يكون مرجعاً وقُدوة حسنة لطلبة التمريض والزملاء والآخرين.
					٩- يتبع التسلسل الإداري في التواصل وحسب الأنظمة والتعليمات المتبعة.

المجال الخامس: الالتزام بأخلاقيات المهنة

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- يعمل على إيجاد علاقة مهنية علاجية مع المستفيد مرتكزة على الاحترام المتبادل والأهداف المشتركة وحق اتخاذ القرار.
					٢- يدافع ويعمل على ضمان حقوق المستفيد كاستقلالية القرار، والاحترام، وغيرها.
					٣- يعمل على حماية معلومات المستفيد السرية الناشئة عن العملية العلاجية وعدم كشف هذه المعلومات إلا بموافقة المستفيد أو بطلب من المحكمة.
					٤- يمتلك القدرة على التعامل مع المواقف التي قد تؤثر سلباً على المستفيد أو أعضاء الفريق الصحي.
					٥- يبلغ عن أي ممارسات غير سليمة، أو ضعف الكفاية المهنية، أو سوء التصرف المهني وغيرها.

المجال السادس: البيئة الآمنة

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- ينفذ السياسات والإجراءات المعتمدة من أجل توفير البيئة الآمنة.
					٢- يجمع المعلومات المتعلقة بتوفير متطلبات البيئة الآمنة ويبلغ عنها.

المجال السابع: إدارة الجودة الشاملة

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- تحديد مجالات الرعاية التمريضية التي تحتاج إلى تدقيق ومتابعة.
					٢- تحليل المعلومات لتحديد فرص التحسين.
					٣- تطوير السياسات والإجراءات لتحسين نوعية الرعاية.
					٤- تحديد المؤشرات لمراقبة جودة الرعاية التمريضية.

					٥- جمع البيانات المتعلقة بمراقبة جودة الرعاية التمريضية.
					٦- صياغة التوصيات لتحسين جودة الرعاية التمريضية.
					٧- تطبيق الأنشطة لتحسين جودة الرعاية التمريضية.
					٨- تقييم الرعاية التمريضية ضمن إدارة الجودة الشاملة.
					٩- يساهم ويتعاون مع الفريق الصحي لتوفير بيئة العمل المساعدة على إنجاح برامج إدارة الجودة الشاملة.

يتبع المجال السابع

المجال السابع: إدارة الجودة الشاملة

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١٠- يلتزم بالسياسات والإجراءات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.
					١١- يشارك بفاعلية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة.

					١٢- يشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج إدارة الجودة الشاملة.
					١٣- يعزز وينمي برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.

المجال الثامن: البحث العلمي

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- يقدم المعلومات المطلوبة للباحثين بشكل متسق مع سياسات البحث في مؤسسته.
					٢- يوفر البيئة المناسبة لإجراء البحوث.
					٣- يستخدم نتائج البحث العلمي في تطوير الممارسة التمريضية بما يتواءم مع السياسة المعتمدة.
					٤- يحدد المشاكل السريرية التي تستدعي إجراء البحوث التمريضية.

المجال التاسع: التطوير والتعليم

(١) غير موجودة إطلاقاً	(٢) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دائماً	الكفايات
					١- يشارك في تحديد الحاجات التعليمية.
					٢- يسهم في تنفيذ برامج التطوير والتعليم.
					٣- يشارك في حضور برامج التطوير والتعليم بفاعلية.
					٤- يبحث عن الخبرات الحديثة لإثراء المعرفة والكفاية.
					٥- يستخدم المعارف والمهارات المكتسبة في تطوير الرعاية التمريضية.
					٦- يشارك في تعليم وتدريب الزملاء والطلبة.

ملحق رقم (٦)

البرنامج التدريبي المقترح

تحسين جودة الرعاية التمريضية من خلال

ضبط الجودة، والبحث العلمي، والتعليم

Improving Nursing Practice through Quality Assurance, Research and Education

Improving Nursing Practice through Quality Assurance, Research and Education

Aim:

This training program aims at developing Nursing competencies toward Quality Assurance, Nursing Research and Nursing Education, within the scope of Jordanian Nursing Council Performance standards.

Goals:

Introduction to Quality Assurance care components.

Program Planning Description of Quality Improvement program toward Quality Nursing Practice.

Building Accountability through Quality in relation to, standards of performance, and Nursing Audit.

Improving Nursing research competencies through utilization of Scientific Approach and Nursing Process.

Developing Nurse Educator role through Teaching Learning, principles, and strategies for staff and patient Education.

Table of Contents

Introduction ١٠١

UNIT ONE: The Core Components of Quality Assurance ١٠٣

Planning Quality Assurance Program ١٠٣

Creation of Quality Assurance team ١٠٤

Components of Quality Assurance ١٠٤

UNIT TWO: Quality Assurance and Quality Improvement ١١٤

The quality improvement cycle ١١٥

Identifying areas for quality improvement initiatives ١١٦

Planning quality improvement interventions ١١٧

Unit Three: Quality Through Accountability ١١٨

Building Accountability ١١٩

Documenting Accountability ١٢١

Standards and Criteria ١٢٤

The Nursing Audit ١٢٧

Unit Four: Nursing Administration through Scientific Management and the Nursing Process ١٣٦

Scientific Management ١٣٧

Professional Trademarks ١٤١

Framework Nursing Management Frame work ١٤١

Nursing process and Research process ١٤٧

Unit Five: Education as a Nursing Role ١٥٠

The Teaching /Learning Spectrum ١٥٠

Principles of Learning and Teaching 106

Helping the Staff to Learn 108

Patient Education 110

References 113 Introduction

Quality assurance is understood today as:

An on-going process

Encouraging on-going improvements in service provision

Focused on systems

Effective quality assurance programs must be appropriate for the specific programs that they are designed to assess, no single approach or set of criteria is likely to be effective in assuring program quality. Quality assurance programs must take several key facts into account:

Direct oversight of the provisions of services is not feasible where there are a large number of locations

The type of direct oversight of service delivery found in institutions would be inconsistent with the spirit of the program itself

Structural characteristics of the current health care sector such as limited opportunities for training and career advancement and the level of wages and benefits provided staff in contracted programs may lead to high staff turnover or low staff awareness of program values

In general, agencies use quality assurance for several purposes, including program management as well as quality improvement activities and provider accountability.

Program management. Quality assurance programs allow agencies to determine whether contracting agencies and individual providers are delivering the services that they have agreed to provide, and whether those services are being delivered in a timely appropriate manner. Such expectations should be clearly reflected in contractual agreements, with provisions for effective enforcement. Where providers are not complying with contractual expectations, quality assurance programs can provide the data needed to document shortcomings and can lay the ground for effective enforcement. Quality improvement. Data from quality assurance programs can provide agencies with the information needed to target areas needing priority attention. Quality assurance data collected over time can show whether a particular aspect of service is improving, has remained unchanged, or is getting worse. Quality assurance programs can help implement agency priorities by focusing attention on priority service issues and providing impetus for continued improvement efforts.

Accountability. Providers and health services professionals have strong and legitimate interests in the quality of services provided programs. Quality assurance program results can provide them with important information.

The contents of the program

Unit One describes the basic steps in quality assurance program design that apply regardless of program or population. It will provide examples of the issues involved in identifying quality indicators, developing precise definitions and standards, data collection, and data analysis and dissemination of the results.

Unit Two describes the Quality Improvement Cycle. And the areas for quality Improvement. Interventions for quality improvement are presented in perspective of

studying the results and acting upon them in relation with quality indicators.

Unit Three describes quality through accountability, where as documentation, standards of performance, criteria for measurement, and nursing audit are considered basic elements to improve quality and building accountability.

Unit Four emphasizes on nursing process as an approach for implementing nursing research studies, based on identification of realistic problems involved with practice, and describes Scientific Management as one best method for nursing management.

Unit five describes nurse's role in education and training , principles of learning and teaching, new principles in teaching derived for experiences, guidelines to help staff learn, and patient education perspective.

UNIT ONE

The Core Components of Quality Assurance

Goal:

Introduction to core components of Quality Assurance to assist nursing managers in program planning.

Objectives:

Planning quality Assurance Program utilizing core components

Creating a Quality Assurance team personnel to design and carryout effective program

Developing clear definitions of Quality and Standards of performance to which results will be compared.

UNIT ONE

The Core Components of Quality Assurance

Planning the Quality Assurance Program:

Thorough planning is the key to the success of any quality assurance program

Advance planning should include:

A clear statement of the intended purpose(s) of the quality assurance program

Careful review of the organization approved documents

Creation of a quality assurance team

Agreement on an effective method for documenting all elements of the program and

keeping the documentation up to date

Statement of the intended purpose(s)

A key underlying purpose of quality assurance programs is assurance of the health and welfare of the participating consumers. Additionally, a particular quality improvement priority, a program management objective, or a particular accountability objective to meet.

Within each of these broad areas, there are typically more specific goals. A statement of purpose and specific goals – in effect a "mission statement" for the effort – can be referred to for guidance as design and implementation decisions are made.

The quality assurance plan contains more detail and the implementation schedule.

Creation of a quality assurance team

Staff persons with a variety of expertise are needed to design and carryout effective quality assurance programs. Inclusion of data specialists and operations staff with knowledge of data sources and data systems is a key to success. Senior level participation is also essential.

Documentation of participating staff is essential. Appropriate documentation will in itself satisfy some requirements because a well-designed quality assurance program can entail a large number of components, the volume of records can be extensive.

Core Components of Quality Assurance Programs

Most quality assurance programs are developed in four steps:

Step 1: Identifying the quality indicators to be used.

Step 2: Developing clear and unambiguous definitions of those quality indicators, including the standards or cut-off point for differentiation among levels of performance, and identifying the goals, targets, or benchmarks (if any) to be used to compare results.

Step 3: Deciding on a data collection strategy.

Step 4: Developing a plan for data analysis and dissemination that is consistent with the stated purpose(s).

Once selection criteria have been established, the process of quality indicator selection itself can begin. There are widely used overall categories for assessing quality in health care, Inclusion of several indicators from each one of these categories when assessing a given program component can yield a more complete picture of the quality of service provided than use of any one type alone. These categories are:

Types of quality indicators	Description	Examples
<p>Structural indicators</p>	<p>The resources and organizational arrangements that are needed are in place</p>	<p>Staff qualifications and training</p> <p>Staffing and supervisory ratios</p> <p>Staff turnover</p> <p>Licensure or credentialing compliance</p> <p>Record maintenance</p> <p>Physical plant and equipment</p> <p>Compliance contract provisions</p>

<p>Process indicators</p>	<p>Provider activities are consistent with current knowledge and informed consumer preference</p>	<p>Evidence of consumer participation in care plan development</p> <p>Monitoring implementation of care plan</p> <p>Timeliness of service delivery and reliability of staff</p> <p>Monitoring the nature of staff supervision and staff support</p>
----------------------------------	--	---

<p>Outcomes indicators</p>	<p>The provision of the services has had a positive result</p>	<p>Changes/maintenance of the functional status of the consumer</p> <p>Intensive monitoring of a random sample of consumers for specified outcomes</p> <p>Reported perceptions of service quality by consumers/persons able to speak on their behalf</p> <p>Analysis of consumer complaints/grievances</p>
-----------------------------------	---	--

Structural indicators are the easiest to use, and early quality assurance programs drew indicators almost exclusively from this category. Structural indicators, however, are removed from the actual provision of care, and are unlikely in themselves to provide sufficient information about the actual care being provided.

It is more difficult to utilize process indicators of quality than structural indicators. The data involved is less likely to be collected as routine administrative data.

Despite possible data difficulties, well-designed process indicators provide more

information about the actual care being provided than do structural indicators and are used with increasing frequency. Measures of consumer participation give information about the extent to which consumers can express their preferences and help determine the services they received. Measures of the services being provided generate information about actual provider behavior as well as whether service plans are appropriately implemented. Measures of the timeliness of service delivery and staff reliability give information about staff promptness as well as about whether consumer needs are being met in a way that can enhance their health status. Information about staff supervision, staff training, and staff support shows whether health agencies treat employed staff in a manner likely to decrease turnover or increase staff knowledge, factors related to effective methods of service provision.

Outcomes information is an important addition to structural and process indicators of quality. Outcomes measures are also generally more expensive to use, as they can require extensive data collection and validation efforts, often using highly trained professional or medical personnel. Despite this, outcomes information can be important to obtain a more complete picture of the quality of the program and/or designing interventions to improve its quality.

Step ٧: Developing Clear And Unambiguous Definitions

Quality assurance programs require quantifiable, measurable definitions of quality in order to provide evidence as to the level of quality being provided. Development of clear and unambiguous definitions of the quality indicators to be used is a second critical step in planning any quality assurance program. It is also necessary to define the standards or cut-off points to be employed to differentiate between "high," "medium," "low," or other

intermediate quality levels for each quality indicator, and any goals, targets, or benchmarks to which results will be compared.

Establishing a clear and unambiguous definition

Once the indicators have been identified, the next step is to adopt a definition of the indicator in enough detail that it is clear to all users what is being measured and how. For indicators that are quantitative measures, clarity of definition is critical for the staff that must develop the specifications for the measure's numerator and denominator.

Defining standards or cut-off points for differentiating among levels of quality

Theoretically, differences in performance or quality can be measured either on a scale (for example, "high," "medium," or "low," or 1 through 5), or on a pass/fail basis. In general, "pass/fail" indicators yield less useful information than those with a larger number of possible results because they can distinguish between only two conditions or levels of quality. However, precisely because there are only two values, the standards or cut-off points for such indicators are clear and unambiguous.

When using a scale to assess quality, the points on the scale are based on relevant, objective, measurable differences if at all possible. Without such objective "anchors", the decision on what cut-off points to assign runs the risk of being perceived as arbitrary and subject to challenge.

Goals, targets, or benchmarks

. Establishment of goals must be carefully done in order to identify goals that are demanding enough to stimulate continuous program improvement and at the same time are realistic

.Definition of terms is an important first step, because these terms are used in different ways by different programs and published materials. It may be helpful to think of goals or targets as levels one wishes to achieve, and to think of benchmarks as measures of actual achievement by similar programs.

It is important to avoid confusion between desired results and actual results that have been achieved in practice. This is particularly desirable in communicating with policy-makers, consumer representatives, and other external stakeholders.

Step 3: Determining A Data Collection Strategy

Carefully defined quality indicators must be accompanied by data that is as accurate and complete as possible. Identifying useful data sources and collecting the data while keeping costs and resource requirements at manageable levels are a real challenge.

Determining the data needed

The first step in a data collection strategy is identification of what is needed – and what is not. Data collection can be a resource intensive activity. Collection of data which is subsequently not used generates resistance and resentment from those involved in its collection.

The subsequent analysis and publication of quality assessments based on that data demonstrates how the data is used and underscores the importance of the data collection effort, helping to build support for the broader, sustained collection strategy.

In general, there are three types of data:

Administrative data: data that is gathered as a routine part of the operations of an agency or program and stored in an administrative database. Enrollment status, utilization and expenditure data, demographic information, grievance and complaint data, and provider

profiles are examples of information typically found in administrative databases. More recently, information on consumer needs assessments and service plans has also begun to be stored in administrative databases.

Medical or program records data: data that is gathered during program operations. Medical records data is kept in an individual's medical records. Other program data may also be kept in case manager notes, provider logs, or other places. Such data may also be stored in the form of an administrative database by the provider.

Survey data: data gathered through surveys of individual consumers or their representatives, of providers or provider staff, or other individuals. Survey data describes the perceptions of those surveyed on the questions they have been asked.

Making use of what exists

Making full use of existing data sources facilitates data collection and minimizes resource requirements. Every agency and program has existing administrative data. Existing data sources were seldom developed with quality assurance applications in mind.

Collection of new data or creation of new data sources

Sometimes important data has not yet been collected or has not been put into a usable form. For example, data on service needs as evidenced in completed consumer needs assessments may exist in the individual's file, although not entered in a master database that can be used to provide summary data.

Extracting such information from existing individual records for input into administrative databases can yield invaluable information. This takes careful planning, however, with data specialists and operations staff involved, and special consideration of necessary patient privacy protections.

There is much current interest in survey data, in particular surveys of consumers or their representatives. The use of surveys raises particular issues concerning consumer confidentiality and privacy, the use of representatives to respond on behalf of consumers, and technical issues such as sampling and survey administration. Established survey instruments generally have protocols that address those issues.

It is also important to consider who will be conducting the survey:

It is also critical that the consumer is assured that his/her responses will be kept confidential and that he can voice criticisms without fear of adverse effects.

Step ٤: Developing A Data Analysis And Dissemination Plan

Plans for data analysis and dissemination of results should be informed by references to the original statement of purpose(s) for the quality assurance project. Data analysis should focus on answering the questions identified in the planning that took place at the beginning of the project. Ideally the dissemination plan was included in the original design for the quality assurance project.

Each of these purposes has a different target audience, dictating customized dissemination plans that consider:

Typical methods of getting information Likely uses for the information

Preferred vocabulary and language

Resources available

for design and distribution

There is a growing body of literature and examples available to assist particular aspect of a quality assurance program.

Managed care programs are also an excellent resource, as many of them have spent

considerable time and resources on developing and distributing quality assurance information.

UNIT TWO

Quality Assurance and Quality Improvement

Goal:

Present Quality improvement cyclical process that builds on quality assurance program in order to train nurses how to Evaluate performance.

Objectives:

Describe Quality improvement process

Identify area for quality improvement interventions

Use well-defined indicators to measure performance

Study the results that will become transformed into the next plan of Quality improvement.

UNIT TWO

Quality Assurance and Quality Improvement

A well-constructed program of quality assurance can serve as a solid foundation for a fruitful program of quality improvement. Quality improvement programs are sometimes described as a circular, on-going, four-part program that looks like this:

PLAN

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX X

ACT

DO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

X

STUDY

The components are as follows:

Plan the quality improvement initiative. Review program quality indicators to identify the areas needing improvement. Study the existing systems to see where improvements ("interventions") might be made to improve results. Determine what interventions will be tried.

Do. Put the quality improvement initiative – the interventions - into operation. After a time period long enough to allow the interventions to have an impact, remeasure the results. That is, collect quality indicator data, analyze the data, and review the quality indicators. (Note: using the same, carefully defined quality indicators and the same, carefully planned data collection methods is essential to ensure that any changes reflect actual changes resulting from the quality improvement interventions themselves.)

Study the results. Analyze the quality indicator results. Identify all relevant changes, whether they are improvements or not. Rule out special circumstances or extraneous factors that might have caused the observed results.

Act. Where the quality indicator results show that desired improvement has occurred and it has been verified that the changes are not the result of external factors, take action to make the interventions which brought those improvements a permanent part of program operations. Where quality has not improved, discontinue the intervention. Study the existing program systems anew to identify other possible areas where improvement might be made to improve results. (Note: this step becomes the "Plan" step in the next cycle of quality improvement activity.)

The quality improvement cycle builds on quality assurance program in several key respects:

Use of the well-chosen, carefully defined quality indicators that are part of quality assurance programs provides evidence of program areas needing quality improvement.

Further, after the intervention has been put in place for a sufficient period of time and another round of quality indicator data has been gathered, a comparison of the initial or "baseline" quality indicator results with the subsequent quality indicator results show whether an actual improvement in quality has occurred.

The data collection system that has been created to collect and calculate quality indicator data can be utilized in the quality improvement arena.

The quality assurance team that has been built can easily become the team that oversees quality improvement efforts.

The stakeholder group that participated in the development of the quality assurance program can readily be recruited to play a similar role in quality improvement initiatives.

Identifying areas for quality improvement initiatives

Quality improvement initiatives are most productive when a few, key areas are chosen.

Questions to consider when choosing areas to target for quality improvement initiatives include:

Do the quality indicators show results lower than the stakeholders expected or find acceptable?

Is the aspect of the program in question one of great importance to key stakeholders?

Can the intervention reasonably be carried out by the service providers or will it require cooperation from consumers, and is it reasonable to expect the resources to effect that cooperation will be available?

What kind of burden (time and cost) will the initiative impose on providers and consumers?

Planning quality improvement interventions

working with managed care plans that, once a target for improvement has been identified, the providers themselves can be very creative in shaping successful initiatives. They are closer to the consumers giving them that flexibility, at least at the beginning, can be key. They can also be very helpful in establishing reasonable timeframes in which to complete the initiative and evaluate its results, thereby avoiding unrealistic expectations on the part of stakeholders.

Studying the results

After the intervention has been put in place and a sufficient amount of time has elapsed, quality indicator results can be collected and calculated anew. If they show improvement, it is highly likely that the intervention was effective.

Before concluding that the intervention should be made a permanent part of program operations, however, two cautions are in order:

Beware of small numbers. If the program has small numbers of participants, large changes in quality indicator results are generally needed to indicate an actual change in program results. Changes of only a few percentage points one way or another are unlikely to reflect any actual underlying change.

Rule out unusual external factors. On occasion, external changes such as significant changes in program rules, funding, or provider agency operations can result in measurable differences in program operations entirely aside from quality improvement interventions.

Quality indicator results may reflect improvements- or declines - which are due to factors rather than to quality improvement interventions. Such events must be taken into account in evaluating the success of the initiative.

Even if the initiative resulted in improvement, the quality may not have improved to a level satisfactory to the stakeholders, and further study is warranted.

Acting on the results

Quality improvement is a cyclical process. The "study" phase of the initial quality improvement effort becomes transformed into the "plan" phase of the next round.

If the initial intervention brings meaningful improvement, it should probably be permanently incorporated into program operation. If it did not yield improvement, or not enough, further analysis and planning is in order.

Performance measurement and quality improvement in the health care industry is still a relatively new science. Success requires good information, realistic expectations, broad cooperation, and a willingness to change.

Unit Three

Quality Through Accountability

Goal:

Help nurse managers develop Quality assurance nursing program dependent on accountability of individual nurses.

Objectives:

1. Develop Nursing Quality Assurance systems, and programs to increase nursing staff productivity.
2. Develop reasonable standards for all aspects of patient care and treatment that will properly meet the needs of the patient.
3. Evaluate present patient services and programs to determine whether they should be maintained, expanded, improved, diminished, or discontinued.

ξ. Develop training programs for employees and management aimed at improving quality care and building accountability.

ο. promote high quality of care in all aspects in order to give patients the optimal benefits, through quality assurance.

Unit Three

Quality Through Accountability

Introduction:

Every healthcare agency needs to evaluate the quality of care patients receive and the quality of nursing staff performance. The entire concept of accountability in nursing rests on the ability to demonstrate the nature and quality of performance delivered by nursing personnel. The need for such accountability is dramatized by the rising cost of care without an equivalent rise in quality or proof of that quality. Caring and quality are intimately twined.

Nurses are developing ways to identify and use meaningful quality assurance components.

As a result of this effort, definitions of quality assurance bound.

Quality nursing care is dependent on the accountability of the individual nurse for the nursing process used in delivering care and the outcomes to the individual patient as a result of that care. We must face up to accountability if nursing is to come into its own as an autonomous member of the helping professions. As nurses achieve more autonomy and freedom (coupled with higher levels of formal education, more status, and pay), nurses can expect increased responsibility and accountability and the legal consequences of each. The nurse manager is similarly accountable.

Building Accountability:

The nurse manager can help the nursing staff assume more accountability by using the following guidelines:

Clarify responsibilities and standards of performances.

Make responsibilities realistic and progressive.

Evaluate progress frequently

Realize that only the person can make accountability really work.

Help nurse meet their own needs in the process of achieving agency and department goals.

Be sure the nurses can handle the responsibility and then hold them accountable.

Many of the nurses giving care in the wide variety of hospitals and related care facilities are new professional nurse right out of nursing programs. The nurse manager can help these new professionals build accountability by taking the following behavioral factors into account:

Treating the new nurses as professionals

Accepting their newness

Accepting the young nurses as persons

Using the problem-solving approach rather than the workload concept

Asking for their new knowledge

Identifying professional needs in both technical and human modes of behavior

Having dialogues, not monologues

Being clear about expectations and standards

Identifying strengths and recognizing them

Focusing on the mutual goals of the new nurse and the organization

Keeping their end of the bargain

Being alert to costs and quality

Focusing on standards rather than personalities

Focusing on policy as guides to action

Rewarding professional behavior by word and deed

Being role models

Responding favorably to change

Using the human and technical modes of behavior themselves

Using quality assurance programs

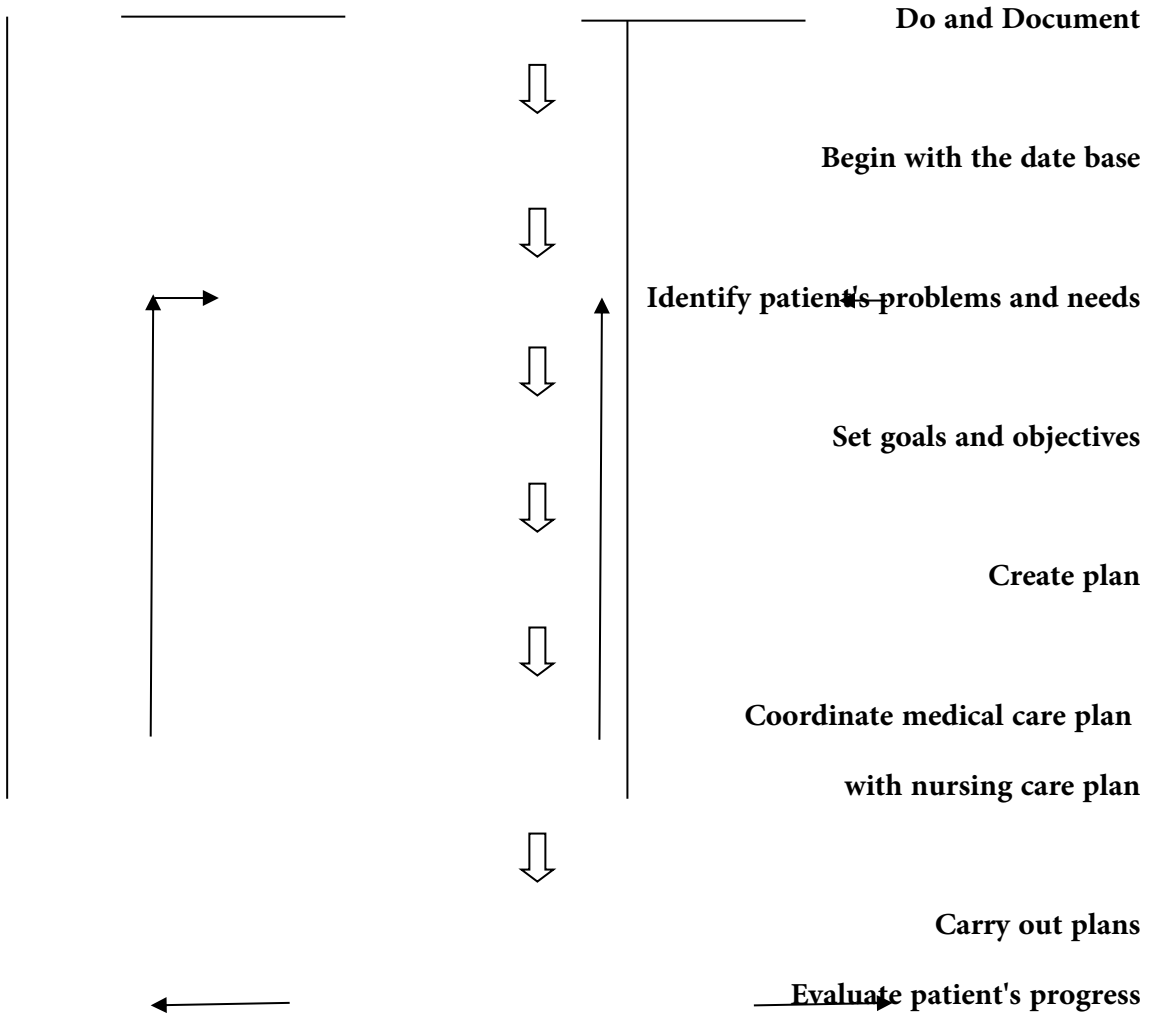
Nursing and nurses are continuing to build an accountable posture in the healthcare field.

Documenting Accountability

The nursing process requires both doing and documenting, quality in nursing care can be enhanced if nurses master the use of the nursing process in a caring way and document it so outcomes and process are retrievable. Each step of the nursing process requires documentation. This is an essential part of being accountable.

Documentation is the process of recording in the patient's medical record pertinent information about the patient gathered by the nurse through assessment and evaluation.

The Nursing Process: Doing and Documenting



Do discharge summary



Do and Document _____

Forms are used in the quality assurance program to promote an orderly and rational application for the nursing process in its implementation. At first glance, the forms may appear to be complicated and cumbersome and to require too much time to complete. However, each form is designed to identify a specific essential step in the application of the nursing process. The discipline required in completing each form will lead to the development of an orderly thinking process as the nurse assesses, plans, implements, and evaluates the nursing care plan for each patient. Repetitive use of these forms will, therefore, reinforce this mental process and result in the desired goal.

The use of the forms, can provide a simplified way to document the use of the nursing process with individual patients:

A data base that provides base line information gathered during the initial assessment at the time of person's admission as a patient

A numbered problem list that describes each of the patient's identified problems

A nursing care plan that is based on continual assessment and the nursing diagnosis. This plan incorporates the nursing orders

Progress notes that spell out in factual form the patient's actual progress, using subjective and do not replace the progress notes.

Discharge summary that records the status of the person at time of discharge as a patient.

Whatever forms are used, the documentation by the nurse must in all instances be, legible, factual, meaningful, and accurate. The nurse is responsible for documenting and

accountable for what is documented. The quality of care is reflected in the quality of documentation. The recording of the date, time, signature, and title of the nurse attests to that accountability.

Standards and Criteria

A standard is an acknowledged measure of comparison for quantitative or qualitative value, criterion, or norm. A criterion is a standard rule or test on which a judgment or decision can be based. It is essential to establish clinical nursing criteria against which to measure patient outcomes and the nursing process.

Careful choice of words and accurate use of terminology can ensure the understanding and acceptance for a quality assurance program. The following definitions will help clarify key terms used in connection with nursing quality assurance.

Retrospective: Referring to a review or contemplation of things in the past.

Closed Chart: The completed patients record for a discharged patient, in the custody of the medical records department.

Open Chart: The patient record for a patient still receiving care.

Process Audit: The inspection of the nursing process as carried out and documented by nursing staff to evaluate compliance with established standards of nursing practice.

Outcome Audit: Identifies patient outcomes (satisfactory and unsatisfactory) and the patterns of nursing care that appear to be responsible.

Structure Audit: The inspection of the management process as carried out and documented by nurse managers.

Marion E. Nicholls provides a helpful explanation of outcome (ends) standards and process (means) standards:

Nursing care standards can be divided into ends and means standards. The ends standards are patient oriented; they describe the changes desired in a patient's physical status or behavior. The means standards are nurse oriented; they describe the activities and behavior designed to achieve the ends standards. Properly stated, nursing care objectives are the ends standards and the plan of care (or nursing orders) is the means standard. Although the ends and means standards are interrelated, different information about each is required to determine if they are being met. An ends standard requires information about the patient. A means standard calls for information about the nurse's performance. To be effective as standards, objectives and plans must meet three criteria. The statements must be understandable. They must be achievable in terms of the resources of the patient the nurses, and the agency.

Standards, from whatever source and however developed, must be readily available to all members of the nursing staff on the patient care units. Only when they are understood and used can they be documented and audited.

Standards are intended to provide a basis for measurement which is objective, achievable, practical, flexible, and acceptable. One type of standard is broad in nature and serves a particular purpose by providing guidelines.

Another more specific type of standard is needed for the nursing audit. It identifies what element of care is being evaluated by an inspection of a patient's chart. An element of care that is of major consequence to the patient includes the expectation of this element's presence in a chart (i.e., yes or no; or 100 percent, always; and 0 percent, never). Exceptions must be clearly defined, as acceptable within the range of normal professional expectations. Standards need to be broken down to elements of care of criteria that can be used to

measure nursing performance and patient outcomes. A comprehensive mechanism for measuring the quality of nursing care was developed by investigators from the Division of Nursing.

Nursing staff performance evaluation based on predetermined standards is a part of a Total Quality Assurance program.

A quality assurance program takes into account the structure within which care is given, the outcomes to the patient, and the process of giving the care.

The essential components of a quality assurance program include that it will:

Establish standards for structure

Establish criteria for process and outcomes

Audit against standards and criteria and evaluate results

Identify strengths and deficiencies in process and outcomes

Evaluate nursing staff and personnel performance. Peer review can be used.

Make recommendations for improvement of nursing process and patient outcomes

Implement recommendations

Re-audit for results

A quality assurance program of any magnitude needs to be well coordinated, and a program coordinator may be needed. The coordinator plans, organizes, develops, implements, and evaluates the Quality Assurance Program (QAP) for Nursing in cooperation with the nursing and medical staffs and other hospital departments, and submits regular progress reports and QAP recommendations to nursing administration.

In addition, a coordinator:

Works closely with medical staff, patient care evaluation committee, and medical records department on quality assurance

Serves on hospital and nursing committees that deal with patient care matters.

Coordinates the development of nursing standards and criteria for use in measuring the quality of care through process and outcome audits

Recommends to nursing administration changes necessary to improve the quality of care.

Provides feedback to nursing division standards for all nursing audits (ANA, JCAH, Medicare)

Shares regular nursing audit committee and takes responsibility for minutes and their distribution to hospital and nursing administration and medical staff chairperson.

The Nursing Audit

The nurse manager has available a variety of management techniques to assist in delivering and evaluating quality patient care. One of these techniques is the nursing audit. Nursing audit is, first of all, a method for assuring documentation in keeping with the standards established by the agency, the nursing department, and professional, governmental, and accrediting groups, nursing audit is, therefore, part of the nurse manager's functions of controlling.

One of the strengths of this system is its emphasis on assuring that patient needs and problems are identified and met with an appropriate level of care that is reflected accurately in the nursing audit results.

Nursing audit provides the inspection method that compares results with the predetermined standards and criteria. As the audit is refined and improved, it measures more accurately than earlier methods the quality of the documentation of nursing care.

Experience in very field of human endeavor indicates that when quality and performance standards are established, with results being measured against such standards, the results improve. There is increasing evidence that nursing audit helps improve nursing results.

The guidelines for nursing audit take into account the variables among healthcare agencies and their relative performance capabilities. Every agency is expected to adapt to its own uses the fundamental philosophy and basic steps of nursing audit so that demonstrable progress and improvement can be achieved. It should be noted, however, that nursing audit is no cure-all. Documenting the level of quality that is delivered will not, in and of itself, improve the quality of care. You cannot inspect quality into a service; quality must be built into the service. In healthcare agencies the level of quality is determined at the point of service during all four phases of the nursing process. But audit certainly makes personnel more aware of the nursing process. But audit certainly makes personnel more aware of the need for accurate and concise documentation in order to "prove" the care that has been document, in the patient record, their contribution to helping resolve the identified needs and problems of patients and their families.

Management techniques alone cannot improve the quality of care. People improve quality through their use of techniques and skills, and no technique is ever any better than the skills of the person using that technique. This is as true for nursing audit as it is for other management and clinical techniques. Nurses are among the people who provide services to, for, and with patients and their families. Therefore nurses determine the quality level of care being provided. But the patient is the one who experiences (feels, knows) the quality of care being received. And whatever the level care may be, as experienced by the patient and his family, it deserves to be reflected as accurately as possible in the audit results. The purposes and benefits of the nursing audit is to present sufficient details of the nursing

audit procedure so that it can be understood as a useful nursing management technique.

The audit procedure should include the following six steps:

standards and criteria established

measurement of action taken to correct deficiencies

evaluation of results

action taken to correct deficiencies

follow-up and reassessment

report to nursing service, administration, and medical staff

The nursing administrator, as the delegate of the hospital administrator, has the responsibility to: (١) initiate and maintain a nursing audit program, (٢) organize for audit using a method decided upon within nursing, (٣) include the six basic steps in the audit procedure, and (٤) evaluate all patient care services under the direction of the nursing department. The first step in organizing a nursing quality assurance program is establishing a nursing audit committee. The nursing administrator, in consultation with key personnel, establishes the committee with representation from the units and departments responsible for providing nursing care, maintaining records, and unit management. The nursing audit committee is charged with the initial task of developing guidelines for an audit program, setting clinical standards and criteria for measurement of results, deciding on forms, and performing the pilot audits to gain experience and test the instruments to be used. Following this preparatory work, the committee continues the ongoing process of guiding the planning, evaluating, recommending, teaching, communicating, and corrective activities essential to the audit process.

Nursing audit, as part of a quality assurance program, requires a considerable degree of cooperation between the medical records administrator, the nursing administrator, and

the audit committee. The responsibility of the medical records administrator does not include evaluating the adequacy of the nursing records nor their value in assisting the physician in his/ her management of patient care. This responsibility lies with the audit committee and the nursing department. But the medical records administrator (or designee) is a valuable member of the audit committee. Once standards and criteria have been established, the medical records department can do the retrieval of data needed for the nursing audit committee to evaluate the findings.

The nursing audit committee should be a standing committee of the department of nursing and should submit monthly and annual reports to the nursing administrator.

Membership of the audit committee should include representatives of all levels of professional nursing including patient care coordinators, supervisors, head nurses, staff nurses, clinical specialists, and nurse clinicians. The chairperson may be the quality assurance coordinator, or may be appointed, selected by the group, or designated based upon performance responsibilities and job title. The medical records administrator should be a regular member of the committee.

The functions of the audit committee may be summarized in two phases. During the first phase, the committee meets regularly to develop purposes and objectives; establish standards and criteria; establish guidelines for conducting audits; decide upon the necessary forms; initiate the auditing process; practice auditing to become proficient; keep brief, pertinent minutes of all audit committee meetings including date, place, time, names of members present, topics discussed, action agreed upon, recommendations, and progress on previous recommendations. The second phase begins the actual implementation and maintenance of the audit procedure. The ongoing responsibilities of the committee include:

Plan audit sessions and schedule on a monthly basis to accomplish goals and objectives.

Arrange for Medical Records to pull charts for retrospective audits and retrieve data.

Evaluate audit results in committee.

Conduct process audits by observing direct nursing care; interviewing patients and personnel; auditing closed and open patient records, and other nursing records.

Prepare summaries of all audits for use by the nursing department and patient care units, and to serve as a report to hospital administration.

Teach professional nursing personnel the auditing process so they can become involved and share audit results with all nursing personnel.

Assist nursing staff in using audit results to improve care and the documentation of care.

Make recommendations to appropriate hospital and nursing committees for policies, procedures, systems, services, and materials or equipment that can improve care.

Keep brief, pertinent minutes of audit committee meetings. When the nursing staff and the medical staff combine to form a single audit committee, the above functions can be incorporated into that committee's activities. In any case, cooperation between the medical and nursing staffs in auditing is important and needs to be encouraged.

The reporting function is a vital one in the auditing process. It provides a necessary communications link for feedback and evaluation purposes to the patient care units, nursing administration, hospital administration, and the medical staff. Feedback of nursing audit results to the nursing staff on the patient care units is also essential. Audit committees must use a variety of methods for providing informative, useful feedback. An Audit Summary and the Committee Follow-Through Memorandum (Form-one, p.37) are written communications. Face-to-face verbal feedback is highly desirable, too.

A follow-up audit of the same audit topic should be carried out within a few months after recommendations and feedback have been given. The follow-up audit provides solid evidence of whether or not improved documentation and /or patient care quality has been achieved.

The feedback process is intended to be more than one-directional. The audit committee itself needs regular feedback and evaluation if it is to perform effectively and meet its responsibilities. When the committee seeks and encourages such feedback it is most likely to receive it. The evaluation of the audit committee's performance can be achieved through a variety of measures. These include a regular reporting of the quantity of audits performed, the quality of audits completed, a statistical comparison of findings and follow-through action, and subjective evaluation of how well each of the stated committee purposes and objectives is being met.

Auditing is an inspection process. It compares results with standards and criteria. Thus it is a most useful tool for the nurse manager. Every organization requires its own relevant inspection procedures. Committee Follow-Through Memorandum

TO: _____ DATE: _____

FROM: _____, Chairman of _____ Committee

SUBJECT: _____

Recommendation:

Justification (Cost, benefits, suggestions for implementation):

(Attach supporting documents ad necessary.)

FOLLOW-THROUGH ACTION:

_____ Approved as recommended

_____ Approved with modification

_____ Disapproved for reasons as stated

_____ Referred back to committee

Comment:

Signed _____ Date _____

(Form-one)

The guidelines for nursing audit take into account the variables among healthcare agencies and their relative performance capabilities. The thrust is for every agency to adapt to its own uses the fundamental philosophy and basic steps of nursing audit so that there can be demonstrable progress and improvements. Nurse managers welcome such programs for improving patient care through professional, businesslike methods. Nurse managers make them work well for their intended purposes.

The success of such a system rests largely upon the ability of nurse managers to assure that nurses use the nursing process effectively-that they assess, plan, implement, and evaluate on a continuous basis in all patient situations.

Nursing audit, as one means of measuring quality of care, is a healthy indicator for the future direction of nursing and patient care under the leadership of professional nurse managers. (Form-two, p³⁹).

Audit Summary

TO: Ward or Unit_____	Date:_____
FROM: Audit Committee	Signed _____, Chairman
RE: Audit Topic: _____	
QUALITY CONTROL CHECK OF NURSING PROCESS	
_____	Number or open Charts Audited
_____	Number of Patients Observed/ Interviewed
_____	Number of Personnel Observed/ Interviewed
RETROSPECTIVE AUDIT OF PATIENT OUTCOMES	
_____	Number of Closed Charts Audited
FINDING AND RECOMMENDATIONS	
ϑ. Indications of quality care:	
ϒ. Outstanding problems:	
ϓ. Indications of improvement:	
ϔ. Recommendations for improvements:	
ϕ. Special comments:	

(Form-Two)

Unit Four

Nursing Administration through Scientific Management and the Nursing Process

Goal:

Provide a frame work for Nursing Management and methodology of Nursing process, as basis for conducting Nursing Research.

Objectives:

Assist nurse managers at all levels in accepting and fulfilling their necessary roles as effective hospital-wide integrators of patient care services.

Explain the management functions, techniques, and skills.

Provide specific guidance in the use of the management process for the benefit of patients, and nursing Staff.

Present process-oriented nursing as a system for managing care.

Contribute toward the understanding and use of modern management concepts in nursing practice and education.

Set forth a guidance in the use of nursing process as methodology toward Nursing Research.

Unit Four

Nursing Administration through Scientific Management and the Nursing Process

Scientific Management:

During recent decades a great amount of attention has been devoted to defining the practice of nursing. During this period, however, a clearly-defined and well-accepted framework for nursing emerged. This framework is the nursing process.

The process includes four phases: assessing, planning, implementing, and evaluating. While the nursing process is an excellent and useful conceptualization of what nurses do, too often the process is not understood or practiced successfully by the nurses themselves. Reasons for this vary, but include educational, organizational, and philosophical deficiencies. Our purpose now is to compare the nursing process to the management process and identify the common source of each.

Clearly, the four steps of the scientific method are the core of the term "scientific management", it was often described as the four steps of planning, organizing, directing, and controlling.

One of the reasons that many good nurses perform so well as good nurse managers is that they have been so well educated in the use of the scientific method. Scientific management is based soundly in the scientific method. Clearly the nursing process is specific applications of the management, or scientific process. The framework for nursing today and tomorrow has evolved beyond the nursing process per se.

A primary nurse working with a limited number of patients uses the management process in providing and managing the care of those patients. The emphasis is on a personal

application of the nursing process while providing guidance and leadership to other members of the patient care team as a secondary responsibility. Clinical skills are still necessary and important, but the management skills must at the very least be of equal importance.

The career change from being a professional nurse to becoming a professional nurse manager is a big step. For many persons it is the most significant step in a nursing career. The nurse manager is still a member of a patient care team. But now, instead of being one of many persons under the direction of someone else, the manager is the someone else, the person in charge of and responsible of and coordinating the work of the other team members. It is a change from a job status which is primarily one of doing the work oneself to one which involves getting work done through others.

In the traditional organization this view of role relationships has been held by managers and workers alike. Managers are the ones who have been presumed to have the maturity, knowledge, ability, and responsibility to plan, direct, and control what the workers do. And the members of the labor force appear to have been perceived as uninformed, immature, irresponsible, and less intelligent. The result of these commonly held views about the role of managers as compared with the role of the labor group has led to understandable feelings of social distance, of alienation, of differing needs and concerns. While a certain number of such feelings may seem inevitable, many modern managers are finding ways to decrease such feelings and close the management/ labor gap.

As a professional nurse you may never have experienced the feeling of being on the labor side of the management/ labor gap. But if you have had that experience at any time during your career, so much the better. It can assist you in having greater empathy for your employees at all job levels, and it may encourage you to learn more of the leadership skills

and management techniques that permit all employees to use their maximum capabilities in the kind of enriched job structure that leads to greater self-direction, self-control, and accountability as well as better patient care. In nursing, many persons already have the experience of managing their own jobs. It is implicit in the earlier discussion of the parallel models of the nursing process and the management process. But nonnurses usually have not been trained in the four steps of the nursing process, and do not have the privilege of using it. And many nurses do not use it either. This may be due to their own lack of initiative or because of the kind of leadership they receive. Some nursing administrators do an injustice to themselves, their patients, and their staff members by placing too little emphasis on the nursing process.

A nurse manager's leadership style is affected strongly by the kinds of bosses he or she has had in the past who provided early role models. Another influence is the kind of transition the nurse manager achieved in moving from staff nursing into management. For most persons, the necessary change in one's way of thinking does not happen automatically. It has to be learned. Habit patterns are strong, new habits and skills, and managerial skills must be developed and used. Admittedly, professional nurses are likely to make the transition to manager more easily than other healthcare workers. Nurses have carried legal responsibility for their actions and the actions of those coworkers whom they direct. Yet when nurses elect to shift from the clinical track to the management track, an adjustment in orientation and performance becomes necessary. Part of the adjustment involves regular reading of management literature.

As a manager, your focus is on productive action in achieving desired results through people. This means using their creative talents. These words are just as meaningful for a director of nursing service and a hospital administrator as they are for a new unit nurse

manager. Fully understood, this generalized definition of your purpose means that you have to meet patient care goals by guiding the nursing staff into effective action, helping your people attain agency objectives, aiding your people in satisfying their own personal needs, counseling with staff members regarding their performance results, encouraging people to greater self-development and growth, and allowing the staff to use their creative talents. Let's face it; it's a changing world we live in. For some of us, it changes too fast; for others, not fast enough. Some see the changes as for the better; others, for the worse. Some of us adapt readily to change; others find it more difficult. But saddest of all are those who appear to see no change; or those who, seeing it, recognize no need to adapt to it. One of the significant changes that affects your job as a nurse manager has to do with the nature of those persons you must lead today. Consider today's new generation of employees. Compared with an older generation, your newer staff members tend to be better educated with higher levels of technical knowledge; they have a higher sense of security and high expectations; they question the values of the previous generation; they see interpersonal relations as either open, honest, and trusting or characterized by suspicion, dishonesty, and distrust; they may view managers as restrictive and imputative; they resist manipulation, seek involvement, and take pride in individual accomplishment; they desire to use their full range of abilities and are hostile toward a confining job environment; and they are unwilling to adapt to hypocritical standards of behavior and value concepts. These facts of your employee environment, together with other changes you can identify, mean that your job as a nurse manager is likely to be challenging and exciting.

What Makes A Person A Real Professional

The Trademarks Of A Real Professional

Knowledge: You know your field of activity thoroughly. You have studied and worked to gain your knowledge and are not likely to be fooled or bluffed about your field.

Experience: You have much meaningful experience. You have been exposed to the tough situations and can react spontaneously with the right response.

Skill: You are an expert. You do a top quality job. You out-perform the amateurs. You have learned the best method, practiced it, and can deliver in the pinches.

Confidence: Your abilities and knowledge have bred a justifiable confidence. It shows. Others respect it. Your confidence is not only in yourself, but in your fellow team workers.

Mobility: You are fully mobile. You are secure in your ability, and have no concern for job security as such. You are welcome on anybody's team.

Performance: You like to win. You use all of your talents to come out on top, to get the results you can be proud of.

Recognition: You get much satisfaction from your work, and you are realistic about your own worth. You know that adequate compensation takes many forms.

Leadership: You are willing to provide leadership in your field, devoting a portion of your time and effort to this end, to be known as a giver rather than a taker.

A Framework for Nursing Management

Organizations are groups of people working together toward identified goals and objectives. The individual is the smallest unit of every organization. Thus, in looking at organizations and how they function, we need to give as much attention to each individual member as is given to organizational concepts, structures, principles, and design

.Every nurse manager will find it helpful to keep in mind the concept of the individual at the center of, and having a major influence upon, his/ her work world. Every nurse manager also needs to maintain an integrated concept of nursing management within the healthcare agency. Nurse managers at all levels are in a key position to implement fully the concept of nurses as the effective integrators of agency-wide patient care.

Of course there should be more than one nursing modality available in a particular healthcare agency. Different nursing approaches are necessary in caring for different kinds of patients, whether the care is delivered in a hospital or nursing home, at home or in the community. A multiservice organization generally offers a variety of nursing modalities because patients may range in age from newborns to geriatric, and the services range from short-term highly acute care, to long-term ambulatory or custodial care, to outpatient and at-home care.

Each modality rests upon a philosophical foundation or concept that reflects the beliefs and goals of nursing leadership. These beliefs may range from Concept A-the nursing workload concept, to Concept B-the patient care management concept. For ease of comparison, concepts A and B of nursing and concepts A and B of management are summarized in Table (1).

Table (1)

Concepts A and B of Nursing and Management

Nursing	Management
Concept A: Functional Nursing	Concept A: Authoritarian Management
Workload concept based upon:	Manager:
Tasks	Plan
Procedures	Lead
Routines	Control
	Employees:
	Do
Concept B: Goal-Directed Patient Care Management	Concept B: Facilitative Management
Based upon:	Job redesign:
The nursing process:	So employees can:
Assess	Plan
Plan	Do
Implement	Control
Evaluate	
Primary Nursing	Managers provide leadership where needed

We recognize that the performance of nurses and nurse managers is influenced by their perceptions of their roles and of nursing-perceptions that grow out of education and

experience. Nursing educators and nurse managers are increasing their efforts to strike an appropriate

balance between the two extremes. In the meantime, both groups need to place more emphasis on nursing as such, rather than on the differences between education and service. Referring again to Table (1), the elements of Management Concepts A and B speak for themselves, contrasting the traditional authoritarian model with the facilitative/consultative mode. The philosophical orientation of nursing leadership, as capsulized in the contrasting concepts A and B, has a significant impact on the nursing modality of choice. In point of fact, many nursing departments understand and want to implement the concept B models, but for a variety of reasons find themselves caught with functional or team nursing and a continuation of many elements of concept A management. Some organizations see themselves as right in the middle of concepts A and B- moving toward B while going through the change process from concept A. concept B has a more humanistic focus.

After all, the nursing process itself is based on the model of the scientific method that emphasizes problem identification and resolution.

Concept A management is an authoritarian model. It goes along very well with concept A nursing. It says, "Look, I'm the boss. I know better than you do. I'll tell you what to do and you just have to do it." Similarly, concept B nursing has a spin off into concept B management. This type of management is a participative, facilitative model. It recognizes that employees at all levels can participate to a reasonable degree in the planning and controlling functions related to their jobs.

The framework for Nursing Management, a plan for progress, is not intended to suggest that there is a specific formula that when skillfully applied will automatically lead to improved patient care and employee satisfaction. However, it does provide a conceptual framework that shows the interrelationships between the factors necessary for the effective management of patient care and human resources. Successful patient care administrators are those who can pull together all these factors to provide a new synergy for improved patient and employee satisfaction, coupled with cost containment.

The nursing process includes four phases: assessing, planning, implementing, and evaluating. Yura and Walsh provide this definition: "The nursing process is an orderly, systematic manner of determining the client's problems, making plans to solve them, initiating the plan or assigning others to implement it, and evaluating the extent to which the plan was effective in resolving the problems identified" (Yura & Walsh, 1987). When the helper is a nurse, she has a tool at her command in the very nature of the nursing process which becomes a facilitator of predictability. This process of improving predictability begins with the assessment of the person who becomes a patient. "Assess" means to appraise; estimate; form a tentative opinion; form a judgment of worth or significance. It also means to evaluate. In colloquial terms assess means to size up a situation, a person, or a patient's condition. Assessment leads to identification of the patient's problems and needs. This is the basis for a nursing diagnosis.

Assessment in the nursing process begins when the nurse takes a nursing history, by whatever name. this may be recorded on the nursing data base, patient, profile, patient history, or initial nursing assessment. It involves communication, observation, and perception. This is a time when needs, problems and some tentative goals are being expressed and identified by both patient and nurse. In some instances the family or

significant others may be the only persons able to help with this initial assessment.

"Plan" means to formulate a program for the accomplishment or attainment of a goal.

Once an assessment of needs and problems has been made, planning begins. Planning, insofar as possible, should be done with the patient and family rather than for them. Goals can be developed, and initial objectives identified, for each need or problem.

Setting patient care objectives is an integral part of the planning phases of the nursing process. The initial objectives are those that are developed upon admission of the patient. As needs change and new problems arise and are assessed, then plans including objectives will change too. Since these objectives are intended to be stated as part of the nursing plan, it is not necessary to create yet another nursing form for them. You may want to revise existing forms to assure that the nursing care plans are a part of the patient's permanent medical record.

As you carry out the planning phases of the nursing process, remember that you as a nurse can and must mutually set as many goals and objectives as possible with the patient and family.

"implement" is defined as a means employed to achieve a given end; to initiate and complete the actions necessary to accomplish an objective. Implementing implies doing, taking action. The action may involve several steps or just one or two.

The implementation phase of the nursing process is the one within which nurses can really make a significant change in the delivery of healthcare. It is at this point-while carrying out the care plan that nurses can shift their emphasis from performing daily routine focus to a goal-oriented focus on meeting individual patient needs, and helping to resolve individual patient problems.

"Evaluate" means to examine and judge; to ascertain the value of; to appraise. Implicit in the evaluation phase of the nursing process is taking a look at the results of the nursing actions to see how well the nurse, patient, and family have met the objectives (and ultimately the goals) they have established.

The nurse, as a key member of the helping professions, is in a uniquely advantageous position to lead and coordinate team efforts in meeting patient needs. Skillful use of the nursing process, as an essential component. The process will be enhanced when the nurse recognizes and effectively utilizes both the technical mode and the human mode in getting results.

Comparing the Nursing process with the Research process

Research is a major force in nursing, and the knowledge generated from research is changing practice, education, and health policy. Only through research can nursing truly be recognized as a profession with documented effective outcomes for patient, family, nurse provider, and health care system. Nursing research is defined as a scientific process, that validates and refines existing knowledge, and generates new knowledge that directly and indirectly influences nursing practice.

Research is a process, and it is similar to other processes.

The nursing process and the research process have important similarities and differences.

Using these processes, new information can be identified, relationships can be discovered, and predictions can be made about phenomena. In both processes, information is gathered, observations are made, problems are identified, plans are developed (methodology), and actions are taken (data collection and analysis).

The research and nursing processes also have definite differences. Knowledge of the nursing process will assist you understanding the research process. However, the research

process is more complex than the nurse process. The research process has a broader focus than the nursing process, in which the nurse focus on a specific patient. During the research process, the nurse researcher focuses on groups and patients. In addition, researchers must be knowledgeable about the world of nursing to identify problems that require study. This knowledge is obtained from clinical and other personal experiences and by conducting a review of the literature.

All the steps of the research process are logically linked to each other, as well as to the theoretical foundations of the study.

The nursing process steps and the research steps are related to each other, and may be helpful in understanding the steps of the quantitative research process (see table (۲)).

Comparison Of The Problem-Solving Process, Nursing Process, And Research Process

Problem-solving process	Nursing process	Research process
Data Collection	Assessment	Knowledge of the world of nursing
	Data collection	Clinical experiences
	Data interpretation	Literature review
Problem definition	Nursing diagnosis	Problem and purpose identification
Plan	Plan	Methodology plan
Setting goals	Setting goals	Design
Identifying solutions	Planned interventions	Sample
		Methods of measurement
		Data collection
		Data analysis
Implementation	Implementation	Implementation
Evaluation and revision	Evaluation and modification	Outcomes, communication of findings, and use of findings in practice

Unit Five

Education as a Nursing Role

Goal:

Exploring the educational function as an integral part of every nursing department.

Objectives:

Develop a program to provide continuing education to employees with emphasis toward technical and managerial education.

Apply principles of education in order to facilitate staff teaching.

Continue to expand and improve patient education.

Conduct programs of education and research

Evaluate role of nurses as professional educators.

Unit Five

Education as the Nursing Role

The Teaching /Learning Spectrum

Learning and teaching are natural human activities, they are a part of everyday living.

Everyone caught up in the struggle for health-patients, families, healthcare professionals, is involved in the educational process revolving around the maintenance or regaining of health, the disease process, and even birth and death.

The assessment part of the nursing process includes the nurse's learning about the patient and those people important to the patient, as well as his problem, needs, and goals. In turn, the patient learnt about himself, about illness, wellness, and about the healthcare system.

Teaching is an integral part of the implementation phase of the nursing process. It follows

that the evaluation of result as part of the nursing process is also a time for learning what has resulted for the patient from the planning and doing.

During the nursing process, the patient sometimes is the teacher and the nurse is the learner; in other situations during the process, the roles are reversed and the nurse becomes teacher and the patient is the learner.

In a different context this teaching/ learning process works in similar fashion for the nurse manager and the rest of the nursing staff.

The process of educating yourself and others is ongoing. It takes place in both formal and informal ways and settings. It happens in offices, classrooms, patient rooms, nursing stations. It takes place, via, radio, television; through the reading of books, periodicals, patient records, by completing patient data bases and reviewing patient referral forms; through face-to-face conversation, discussion, argument, lecture; and in committees, meetings, reports, and presentations. It is as natural as breathing and just as essential. Since you cannot escape it, the best thing to do is to welcome it as a healthy part of the management process and put it to good use for yourself, your staff, your patients, and your colleagues.

People have feelings about what they know. Learning is a process that necessarily engages both your emotions and your intellect. Heart and mind, feelings and logic-all are continuously involved in the learning and teaching in which people engage.

One of the more recent trends in healthcare is being identified as humanistic medicine. It applies the precepts and practices of humanistic psychology. One of its hallmarks is a holistic view of the patient. Patients are complex human beings, with all of their physical, psychological, and spiritual components. This trend toward humanistic medicine demands

the implementation of more humanistic teaching. The holistic approach is not new in nursing.

Every nurse is a teacher. The nurse as a good teacher is often characterized by descriptive terms that connote positive attitude, strong sense of values, adherence to principles, vitality, enthusiasm, empathy understanding of individual differences, and through knowledge of the subject.

The role of a teacher and the role of a manager (in healthcare, education, business, government, and other institutions) have many common characteristics. Both teachers and managers, for example, are responsible for:

The persons (students, workers) whom they supervise.

Setting standards and goals.

Assigning work to be done.

Providing suitable supplies, tools, working environment.

Giving instructions.

Maintaining discipline.

Effectively utilizing resources (time, money, facilities, people).

Carrying out organizational philosophy, objectives, policies.

Solving problems and conflicts.

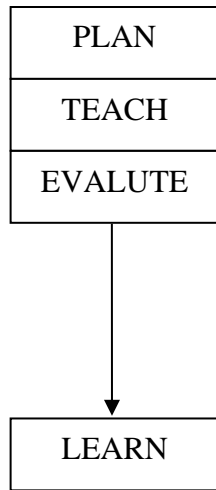
Evaluating the performance of students and workers.

Recommending advancement as deserved.

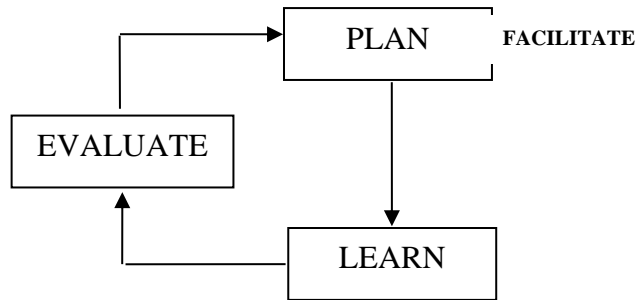
The foregoing list provides evidence of the similarity of the roles of teachers and managers.

Roles of Teacher/Facilitator/ Learner

TEACHER/ STUDENT ROLES
Conventional Model



FACILITATOR/ LEARNIER ROLES
Colleagues-in-learning Model



Nurses who are in tune with the concepts of management and facilitative teaching can blend the two meaningfully in a patient care setting. Such nurse-in positions of administration, coordination, supervision, head nurse, or practitioner-bring to the nurse manager role a truly participative approach to daily problems.

The healthcare facility in which you find yourself is unique. It is the only one of its kind. Its true quality of being the only one of its kind. Your institution and the people involved in it have needs that cry out for innovative teaching techniques which will capitalize on the singular potential within each person-teacher/ facilitator, student, worker, patient/ consumer.

Innovative teaching in your unique setting calls for varying kinds of knowledge, skill, and ability put to use through two basic modes, the technical mode and the human mode. "Mode" refers to (1) a manner, way, or method of doing or acting; (2) a particular form, variety, or manner. The technical mode place its emphasis primarily on the techniques, systems, and procedures related to nursing, patient care, unit management, and teaching. The main emphasis is on things rather than on people. The human mode has as its focus the people aspects of caring, planning, problem-solving, organizing, staffing, communicating, teaching, and learning. It includes the psychosocial aspects which involve understanding and awareness of self and others; attitudes, values, motivation, and personal attributes. The emphasis is on people rather than things.

Since all nurses are expected to be teacher/ facilitators, they need to find a way to strike the necessary balance in the use of the technical and human modes in each setting. Both modes are necessary. Neither is independent of the other.

Principles of Learning and Teaching

Learning and teaching, are two parts of the educational process. For the process to be meaningful, both the learner and the teacher need to share their feelings, skills, experiences, and knowledge. Both teacher and learner need to have feedback on their progress.

Teaching Function of the nursing Practitioner presents some useful principles as guides to action.

perception is necessary for learning.

People learn by relating new information and teachings to what they already know and have experienced. When experienced teachers say that they must begin from where the learners are, they are saying that they can build upon only what the learners have the ability

to perceive; teachers cannot expect students to learn something not perceivable, however, there are ways to increase the ability to perceive, and hence to learn, within the apparent confines of current knowledge and experience levels.

conditioning is a process of learning.

Conditioning is the process or result of inducing new or modified behavioral responses.

To this extent, conditioning is learning. For example in learning the Nursing Process, it is necessary to become familiar with the components of the process.

Student can be helped to learn Nursing Process steps by:

writing them down on paper

pairing off and explaining the steps to each other

going to the board and writing them on the board

repeating the foregoing steps, but including all of the elements for each step.

Practicing use of the Nursing Process.

In such repetitive exercises, supported by suitable rewards and praise, the students remember and learn the elements of the Nursing Process.

people learn by trial and error.

Much learning is acquired through trial and error. This method works, often out of necessity. In certain situations where there is the need for immediate learning, such as an emergency, people do the best they can and learn from their doing. Making mistakes and correcting them as they are recognized is also a form of trial-and-error learning.

People learn by doing.

people learn by imitation.

This is certainly one of the most common ways of learning. People tend to emulate and imitate those whom they admire and respect as well as others who have served as role

models for them. They play the game of Follow the Leader. This is not just a childhood game, but one played by adults. Your nursing staff, your associates, and subordinates, observe you and say to themselves (often unconsciously), people learn by imitation. The power of example is strong. Developing concepts is part of learning.

A concept is an idea, especially an abstraction drawn from the specific. Thus a concept is a kind of mental picture a person develops about things in the world around him. This process of conceptualization, of concept formulation, takes place in a person's mind-just as all learning is accomplished by the learner, not the teacher. Thus concepts of a particular technique or nursing procedure may take on different characteristics in the minds of different learners.

Their concepts vary according to how they were taught such techniques and how they have experienced them on the job. Concepts, like perceptions, will continue to be influenced by the apperceptive mass and motivation of the individual. Thus the teacher-as guide, facilitator, and counselor-faces a real challenge in helping learners conceptualize reasonably consistent ideas about programs, techniques, and practices that affect organizational performance and patient care.

Some newer Principles of Learning

Rogers (1969), in Freedom to Learn offers a number of principle. Here are some of his principles:

Human being shave a natural potentiality for learning.

Significant learning takes place when the subject matter is perceived by the learner as having relevance for his own purposes.

Learning which involves a change in the perception of oneself is threatening and tends to be resisted.

Those learning which are threatening to the self are more easily perceived and assimilated when external threats are at a minimum.

When threat to the self is low, experience can be perceived in differentiated fashion and learning can proceed.

There is much of value for the nurse or teacher in what Rogers has to say. His focus is clearly on learning by doing, and experiential learning. Such learning is defined as having a quality of personal involvement. This kind of learning requires a different concept of teaching. Rogers offers these precepts: (Rogers, 1969)

Learning is facilitated when the learner participates responsibly in the learning process.

Self-initiated learning which involves the whole person of the learner feelings as well as intellect is the most lasting.

Independence, creativity, and self-reliance are all facilitated when self-criticism and self-evaluation are.

The most socially useful learning in the modern world is the learning of learning, a continuing openness to experience and incorporation into oneself of the process of change.

Some Additional Principles of Teaching and Facilitating

There are a number of principles of teaching conceived for the more traditional role concept of the teacher that are still useful and valid. They have served as helpful guides for many excellent teachers. Here are some of these principles: (Guilbert, 1990)

The philosophy of the teacher affects teaching and learning.

Teaching requires effective communication and rapport.

Teaching requires planning and evaluation.

Teaching skills can be acquired through practice and observation.

The needs and objectives of the learner, the teacher, and the program must be considered.

Teaching must be relevant to the learner to be effective.

Every one of these principles is applicable to nurses in their role of teacher for staff and patients. Here are five additional guidelines for learning facilitators:

The facilitator has much to do with setting the initial mood or climate of the group or class experience.

The facilitator helps to elicit and clarify the purposes of the individuals in the group as well as the more general purposes of the group.

The facilitator relies upon the desire of each learner to implement those purposes which have meaning for him/ her as the motivational force for significant learning.

The facilitator regards himself/ herself as a flexible resource to be utilized by the group.

Helping the Staff to Learn

The educational process is an integral part of every nursing department. Over the years nursing departments of healthcare agencies have created educational departments. These have been given a variety of names-in-service, staff development, and continuing education. Exploring ways to organize for the educational function of a nursing department, there is a need to clarify some terminology with regard to the functions.

One way to examine the functions is to define them:

"Orientation," as one function, is defined as an organized program to acquaint new nursing personnel with the physical and social environment of the agency, the specific assigned work location, and the relationships within this environment of which they are now a part.

"One-the-job training," as another function, refers to that aspect of inservice education

designed to help nursing personnel learn, or to improve their performance in doing, a specific task or procedure. It enhance the skill level of the individual.

"Inservice education," as yet another function, is defined as any educational experience that affects the work performance of nursing personnel. The focus is specifically job related.

"Continuing education," as still another function, is defined as organized learning experiences throughout life that contribute to individual growth and development. It is designed to help the nursing staff keep current with new concepts, knowledge, and techniques that relate to healthcare and nursing activities.

Each of these functions is appropriate to the role of education in a work setting. In such a setting every nurse is accountable for the teaching part of his or her job. The nurse manager teaches the nursing staff, the staff teach other staff members.

Another vital education-related function is selecting, maintaining, and encouraging the use of books and journals in a nursing library. This responsibility may be carried out by the staff development director in conjunction with the librarian, the director of nursing, and the dean or director of the school of nursing.

Patient Education

Levin (1987) provides a useful analysis of the substantive distinctions between patient education and self-care education. He cites and comments upon five areas of contrast. We summarize these as follows:

Patient Education

Assumes a sick person under the care of another.

Self-Care Education

Does not assume sickness; assigns a generic meaning to care making control of healthcare to the lay person.

Deals largely with disease.

Emphasis on lay skills in the management of the professional care system.

Provides new knowledge and skills where patient has little or no experience.

Relies heavily on knowledge and skill person already has.

Focuses on individual's personal health behavior, activities over which he has control.

Relates personal health status to forces in the environment; considers skills for social change.

Uses methods suitable for teaching specific skills.

Uses similar methods-plus exercises designed to center health control in the individual; strategies to shift locus of health control from professional to lay person.

Patient education and self-care education are advocacy strategies which can contribute to the public's health competence. Now is the time to clarify the mutuality of their values and to identify their special contributions to health education.

Patient education is more complex than it may first appear to be. What is involved is a change process, actually altering the way a person eats, exercises, sleeps, walks, bathes, uses various parts of the body, adjusts to the wearing or manipulation of a prosthesis, takes medication, and modifies the habits of a lifetime. These and other adjustments may seem complex and even frightening to the patient. The problem is compounded by such things as the patient's values, cultural background, religion, education, life style, the influence of family and friends, past experience, superstition, misinformation, fear, and apathy.

People change themselves and their habits only when they want to or need to. Change, like motivation, is a personal thing. Change has much to do with motivation. Learning has more to do with achieving personal change than does teaching. Thus the nurse needs to be aware of what the patient is learning. There are times when nurses realize from their assessments that patients are unable to learn much of what must be taught. They may have physical limitations that prevent them from carrying out their care independently or they may be emotionally or intellectually unable to learn at the present time. In these instances the nurse seeks a responsible family member or friend, who is willing to participate in the care of the patient. The teaching process then proceeds, involving the patient as fully as possible.

The true worth of what the patient and family have really learned can be identified when the label "patient" is removed and the "person" once again joins society outside. The true

indicators or successful patient teaching and learning are the changes the person decides to make in life style to continue recovery and to prevent further health problems and hospitalization.

مراجع البرنامج التدريبي

References

Burns N., & Grove S.,(٢٠٠٣), Nursing Research,W.B.Saunders Co.,USA

Guilbert, J., (١٩٩٠), Educational Handbook for Health Personel, WHO Publication, No. ٣٥, Geneva.

Levin, L. S. (١٩٨٧). Patient education and self-care: How do they differ? Nursing Outlook, March, ٢٦(٣).

National Association of State Medicaid Directors, (٢٠٠١). Quality Assurance in Home and Community-Based Services Waiver Programs. [http:// www.medicaid.aphsa.org](http://www.medicaid.aphsa.org)

Richard, I., & Carl, J., (١٩٩٦). Supervision in Health Care organizations, Wiley, Inc., USA.

Rogers, C., (١٩٦٩). Freedom to learn. Columbus: Merrill.

Yura H., & Walsh M.,(١٩٨٧), The nursing process. Washington DC, Catholic University of American Press .

٨. الطعاني، حسن، (١٩٩٦). بناء برنامج تدريبي لمديري المدارس الثانوية في الأردن في ضوء أدائهم لمهامهم المطلوبة، رسالة دكتوراه، الجامعة المستنصرية، بغداد.

ملحق رقم (٧)
الامتحان الموضوعي

Exam

Q١- Encircle the best answer, (٥ marks)

١- Benefits of good planning include the following, except:

Provision of Measurement for performance evaluation

Accomplishment of work on schedule

Establishment of inadequate communication

Improvement of the quality of work

٢- Methods of monitoring and controlling performance include all of the followings,

except:

Provide assistance as needed

Give recognition for achievement

Correct actions when necessary

Avoid rewards for persons

٣- Managers are the ones who:

a. Have the maturity to manage

b. Plan,, direct, and control workers

c. Have the ability to manage

d. Leads to self-direction, and accountability

٤- The Frame work for Nursing Management:

a. Is a plan for progress

- b. Suggests a specific formula**
- c. Provides interrelationships**
- d. Is goal-directed**

o- Utilizing Nursing Process for conducting clinical Nursing studies would help the research to:

- a. Identify Actual research problem**
- b. Describe Nursing difficulties**
- c. Analyze research data**
- d. Gather irrelevant information**

Q7- Add True or False beside each statement: (10 marks)

Performance of nurses is influenced by their perceptions of their roles.
.....

Nursing process includes four phases: assessing, planning, impending,
..... and evaluating.

Nursing process as a scientific method could be utilized in conducting
..... research studies in nursing.

Nursing Research is based on information data, gathered only within
..... using nursing process.

Nurse manager's leadership style is influenced by the kind of transition
..... achieved in moving from staff nursing role into management role.

Nurses carry legal responsibilities for their actions, but not to the actions
..... of workers they chariest.

The nature of persons you lead, affects your job as assure manager.
.....

Experience is the tough situations you have been exposed to.
.....

Employees at all levels can participate in planning and controlling
..... functions related to their jobs.

Assessment leads to identification of patient's problems and needs, as
..... basis for nursing research.

Q3- Encircle the best answer, (10 marks)

1- All statement are correct except:

Quality Nursing is dependent on accountability of nurses

Realistic responsibilities build more accountability

Unclear expectations strengthen accountability

More autonomy increases accountability

2- Documentation in Nursing is:

Formats for quality program

An evaluation phase

One part of the nursing process

Required at each step of the nursing process

3- The forms to document nursing actions are used for:

Research studies as data base

Training nursing students

Discharge records

End of shift report

ε- Clinical nursing standards must be:

Kept at the nurse manager office

Available to all nursing staff

Developed from one source

Used for punishment

ο- One statement is incorrect:

Nurses determine quality care levels

Quality Assurance Program for Nursing Evaluates outcomes

Nursing Audit is a method for assuring Documentations

Experience indicates quality services

ϛ- The audit procedure include the following steps:

Establish Criteria, measure actions, evaluate results, follow up

Taking action, reassessment, and reporting

Evaluate results, correct deficiencies, and report

Follow up, review standards, measure actions

ν- The nurse administrator has the responsibility to:

Maintain records closed

Organize for nursing duties program

Delegate for hospital audit program

Initiate data change

Λ- The reporting function is vital in auditing process, for it:

Hides deficiencies in actions

Provides outstanding problems

Allows communication for feedback

Indicates quality care

Ϡ- A healthy indicator for future nursing is:

Nurses Quality

Nursing Management

Nursing Audit

Nursing Process

ϡ- Being a role model means, except:

Accepting the young nurses as persons

Identify weaknesses and recognize them

Focus on standards than personalities

Use problem-solving approach

Qξ- Encircle the best answer for each Question (ϡ marks)

ϣ- why should a clinical instructor develop a clinical education guide for student?

To provide the students with necessary information and efficiently communicate with faculty.

To facilitate recall and reinforce key concepts

To promote use of cost-effective techniques

To implement guideline policy

ϣ- why should a clinical instructor practice formative evaluation by providing feedback to students through clinical learning?

To fulfill legal responsibilities

To meet department requirements

To ensure judgment of student behavior

To provide instruction results

۳- which of the following behaviors is not one of the guidelines for effective lecturing?

Knowing the subject thoroughly.

Following an organized sequence

Embedding probing questions

Summarizing main points while closing

۴- which of the following items is not an instructional advantage of group discussion?

Enables application of principles

Transmits information efficiently

Motivates for further learning

Promote practice using standards

۵- The major difference between teaching students and teaching clients is:

Learner characteristics

Preparation time

Safety factors

Learning experiences

۶- Nurses can best determine client reading ability by assessing client:

Age on admission

Demonstrated reading ability

Intelligence test results

Highest school grade

V- what is the most effective way for nurses to assist clients to perceive particular content as being meaningful to them?

Discuss meaningfulness for future well-being

Give examples of other learners

Share subject matter reports

Show connections to prior experiences

Λ- which of the following strategies would be most likely to alter client attitudes toward content?

Large-group lecture

Independent study

Role-modeling

Written materials

ϑ- what suggestions would be most helpful to the nurse who is just beginning to teach clients?

List problem are found for other clients with similar problems and share solutions

Select what content clients need to know and present slowly

Utilize a teaching strategy you would find most useful if you had the same problem

Establish realistic objectives, strategies, and activities that assist clients to maintain, improve, and regain health.

ϑ- Indicators for an effective continuing-nursing-education program consist of, the following, except one,

Participants satisfaction

Deterioration in health status of clients

Changes in skills and attitude of participants

Program goals achievement

Q0- Add True or False Beside each statement (10 marks)

..... **Program Evaluation is limited to student evaluation of teaching**

..... **New information becomes confused with old, causing a decline in performance**

..... **Perceptions reflect how learners view some experience, where as attitudes reflect some belief or value that is held.**

..... **Nurse-educators should not be knowledgeable about a variety of teaching strategies.**

..... **Learning is more likely to occur when the instruction is presented I terms of learning objectives.**

..... The educators primary role is to facilitate learning rather than functioning as a dispenser of information.

..... Learning objectives are stated in terms of what the learner should know, do, or following the instruction.

..... Teaching is seen as the means to help individuals learn.

..... instructional development is like nursing process, both involve assessment, planning, implementation, and evaluation.

..... Learners are more likely to learn things that are of no meaning to them

Q2 - Match the followings (0 marks)

1. Quality Assurance Program		a. Inspection method
2. Nursing Audit		b. Measure performance
3. Peer Review		c. Discharged patient
4. Standards		d. Evaluate nursing staff
5. Closed chart		e. Evaluate Quality Patient Care

(Good Luck)

نموذج الإجابة

Answer Sheet

Name:.....

Date:

١

Q.	A.
١	
٢	
٣	
٤	
٥	
٦	
٧	
٨	
٩	
١٠	

٢

Q.	A.
١	
٢	
٣	
٤	
٥	
٦	
٧	
٨	
٩	
١٠	

٣

Q.	A.
١	
٢	
٣	
٤	
٥	
٦	
٧	
٨	
٩	
١٠	
١١	
١٢	
١٣	
١٤	
١٥	
١٦	
١٧	
١٨	
١٩	
٢٠	

٤

Q.	A.
١	
٢	
٣	
٤	
٥	

٥

Q.	A.
١	
٢	
٣	
٤	
٥	
٦	
٧	
٨	
٩	
١٠	
١١	
١٢	
١٣	
١٤	
١٥	
١٦	
١٧	
١٨	
١٩	
٢٠	

٦

Q.	A.
١	
٢	
٣	
٤	
٥	

٦	
٧	

٨	
٩	
١٠	

ملحق رقم (٨)

مفتاح الإجابة

Answers Key

١	Q.	A.
	١	c
	٢	d
	٣	d
	٤	a
	٥	a
٢	Q.	A.
	١	T
	٢	F
	٣	T
	٤	F
	٥	T
	٦	F
	٧	T
	٨	F
	٩	T
	١٠	T

٣	Q.	A.
	١	c
	٢	d
	٣	a
	٤	b
	٥	d
	٦	a
	٧	b
	٨	c
	٩	c
	١٠	b
٤	Q.	A.
	١	a
	٢	b
	٣	c
	٤	d
	٥	a
	٦	b
	٧	d
	٨	c

٥	Q.	A.
	١	F
	٢	T
	٣	T
	٤	F
	٥	T
	٦	T
	٧	T
	٨	T
	٩	T
	١٠	F
٦	Q.	A.
	١	e
	٢	A
	٣	d
	٤	b
	٥	c

۹	D
۱۰	b

Key: Q = Question

A = Answer

T = True

F= False

ملحق رقم (٩)

ملاحق البرنامج التدريبي

الخطة التدريسية لورشة العمل

أوراق العمل للنشاطات التدريبية

INSTRUCTIONAL PLAN

Unit One - Day One

TITLE: The Core Components of Quality

TIME: ٨: ٠٠ am - ١٥:٠٠

Assurance

pm

GOAL: Introduction to core components of Quality Assurance to assist nursing managers in program planning.

INSTRUCTOR: SN Alice K.

Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/Attitude	Teaching/Learning Activities		Resources	Assessment	Time Allotted
		Teacher Activity	Learners Activity			
Planning quality assurance Program utilizing core components	Accomplish pretest Overview subject content Question & Answer quality indicators categories (p 136- p137) Open discussion	Offer pretest Open discussion Summarize statements Organize discussion Explain ambiguity	Perform Pretest Questioning Listening Participating	Handout, (P133-P144) Flip Chart - Marker Pens	Answering questions - Giving examples	Per Test 8:00 - 8:20 8:20 - 10:10 10:10 - 10:30

<p>Creating a Quality Assurance team personnel to design and carryout effective program</p>	<p>Use worksheet format named (Appendix A) Utilize effective communicati on skills Describe own work</p>	<p>Formulat e working groups (0 Participa nts for each) Explain steps for work</p>	<p>Communicati ng Listening Sharing ideas Develop standard Statements</p>	<p>- Format copies - Papers - Pencils - Round tables</p>	<p>-Group work within group dynamics -Each Individual share own idea -Format work accomplish ed</p>	<p>۱۰:۳ . ۱۳:۰ . Lunc h Brea k ۱۳:۰ . ۱۳:۳ .</p>
---	--	--	---	--	---	--

Developing clear definitions of Quality and Standards of performance to which results will be compared.	Finish Worksheet (Appendix A) Review group work Worksheet content agreed upon	Facilitate group work Offer help Delineate ideas raised	Group Discussion Worksheet worked upon Statements, ideas, and opinions agreed upon	worksheets format - Pencils - White board - Marker pen	- - Each group present its own worksheet to the audience Group discussion activated	13:30 - 10:00
---	---	---	--	--	---	---------------

INSTRUCTIONAL PLAN

Unit Two – Day Two

TITLE: Quality Assurance and Quality

TIME: 8:00 am – 12:30

Improvement

am

GOAL: Present Quality improvement cyclical process that builds on quality assurance program in order to train nurses how to evaluate performance.

INSTRUCTOR: Co-Researcher

Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/ Attitude	Teaching/Learning Activities		Resources	Assessment	Time Allotted
		Teacher Activity	Learners Activity			
Describe Quality improvement process	Review handout Delineate circular program components Analyze quality improvement in relation to quality indicators	Review day one activity & results Utilize Unit Two handout Formulate groups	Discussion Listening Participation	- Flip chart. - Marker pen. - Handout, (P144 - P149)	-Group interacted -Copies available - Member work on formats	8:00 - 9:00

Identify area for quality improvement interventions	Utilize Appendix B Compare with Appendix A	Refer to Appendix B Formats open discussion	Overview format Compare findings within group members	Formats - Pen + pencil	-Formats worked upon -format review accomplished	9:00 - 9:40 Tea Break k 9:40 - 10:00
Use well-defined indicators to measure performance	Rule out unusual factors Change findings to reach measurable differences	Schedule timing Plan case study presentation within each group	Initiate group work Plan case study presentation	-White board - Marker pens -Overhead projector - Transparencies	- Role playing - Dynamic group work - -Case presentation	\ • : • • - \ \ :

						٣ .
Study the results that will become transformed into the next plan of quality improvement	Evaluate initial plan . ٢. Plan program for nursing quality assurance (draft)	Assess each group with their work . Facilitate group work	Select case study presenter for each group Schedule time for presentation and discussion	-Draft / Format copies - Pen + Pencil -Flip chart -Marker pen	-Group presentation -Prepare copy for each draft	٦ ٦ : ٣ . - ٦ ٢ : . . b r e a

						k
						∫
						∫
						:
						•
						•
						-
						∫
						∫
						:
						∫
						•

INSTRUCTIONAL PLAN

Unit Three – Day Two

**TITLE: Quality Through
Accountability**

**TIME: ١٢:٣٠am –
١٥:٣٠pm**

**GOAL: Help nurse managers develop
Quality assurance nursing program
dependent on accountability of
individual nurses.**

**INSTRUCTOR: SN
Alice K.
Co-Researcher**

INSTRUCTIONAL PLAN

Unit Three – Day Two

Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/Attitude	Teaching/Learning Activities		Resources	Assessment	Time Allotted
		Teacher Activity	Learners Activity			
<p>ξ. Develop training programs for employees and management aimed at improving quality care and building accountability.</p>	<p>Work on Appendix C Compare accountability with responsibility Apply training needs</p>	<p>Facilitate group work Offer help to each member</p>	<p>Decide on staff educational needs Explore goals in relation to philosophy</p>	<p>- Format copies. - Pen + pencil. - White board. - Marker pen.</p>	<p>- Appendix C worked upon. /-Group agreed upon word done</p>	<p>۱۳:۴۵ - ۱۴:۲۰</p>

Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/Attitude	Teaching/Learning Activities		Resources	Assessment	Time Allotted
		Teacher Activity	Learners Activity			
0. promote high quality of care in all aspects in order to give patients the optimal benefits, through quality assurance.	<p>1. review Auditing process</p> <p>2. Arrange home work on forms (1, P164 + 2, P166)</p>	<p>Arrange for Home Work Follow up the work done</p>	<p>Assign Home work Preview unit content Plan Day three activities</p>	<p>- White board. - Marker pen - Handout</p>	<p>-Subject content revised -Format copies delivered</p>	<p>14:20 - 10:00</p>

<p>of patient care services.</p> <p>Explain the management functions, techniques, and skills.</p> <p>Provide specific guidance in the use of the management process for the benefit of patients, and nursing Staff.</p>						
---	--	--	--	--	--	--

INSTRUCTIONAL PLAN

Unit Four – Day Three

Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/Attitude	Teaching/Learning Activities		Resources	Assessment	Time Allotted
		Teacher Activity	Learners Activity			
<p>Present process-oriented nursing as a system for managing care.</p> <p>Contribute toward the understanding and use of modern management concepts in nursing practice and education.</p>	<p>Revise Nursing Process methodology</p> <p>Compare Nursing process with problem-solving process</p> <p>(Handout page 179)</p>	<p>Open discussion</p> <p>Allow presentations from participants</p> <p>Summarize ideas offered</p>	<p>Share concepts and explain ideas.</p> <p>Discuss subject</p> <p>Review handout</p>	<p>- Handout</p> <p>- Flip chart</p> <p>- Marker pen</p>	<p>- presentation</p> <p>- Answering questions</p>	<p>10:40 - 11:40</p>

Learning Objective	Content	Teaching/Learning		Resources	Assessment	Time Allotted
	Outline	Activities				
	Knowledge/Skill/Attitude	Teacher Activity	Learners Activity			
Set forth a guidance in the use of nursing process as methodology toward Nursing Research.	Summarize nursing research approach comprise nursing process in research perspective	Assume group members method of administration Organize afternoon activities	Participate in subject content Show interest Introduce own experiences	-Round tables - Hand out - Referenc ces (Articles)	- Learners view understandin g to contact issues - Inquir y approach demonstrated	11:40 - 12:10 Lunch Break 12:10 - 12:30

INSTRUCTIONAL PLAN

Unit Five – Day Three

TITLE: Education as a Nursing Role

TIME: 12:30 pm – 10:30 pm

GOAL: Exploring the educational function

INSTRUCTOR: SN Alice K.

as an integral part of every nursing

department.

Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/Attitude	Teaching/Learning Activities		Resources	Assessment	Time Allotted
		Teacher Activity	Learners Activity			
Develop a program to provide continuing education to employees with emphasis toward technical and	Revise Appendix C Preview Page 183 Define Teacher /Learner roles	Display Figure one on white board	Present cases	- White board - Marker pen - Handout	- List- Principles	12:30 - 13:00

managerial education.						
Apply principles of education in order to facilitate staff teaching.	Explain principles of teaching and learning	Provide Examples Open dialogue about feasibility	Demonstrate role playing	- Handout - Flip Chart	-Offer examples	۱۳: ۰۰- ۱۳: ۲۰
Continue to expand and improve patient education.	Comprehend importance of Patient Teaching	Discuss with the group	Share discussion	-Handout	- Answer questions	۱۳: ۲۰ - ۱۳: ۵۰

<p>Conduct programs of education and research</p>	<p>Full Fill Appendix D items about self-evaluation. Compile self learning approach</p>	<p>Encourage individual discussion</p>	<p>Share ideas Discuss events</p>	<p>-Format copies - pens</p>	<p>- Appendix D accomplished</p>	<p>١٣: ٥٠ - ١٤: ٢٠</p>
<p>Evaluate role of nurses as professional educators.</p>	<p>Demonstrate teaching within the group work</p>	<p>Enhance for self-development future planning</p>	<p>Participate with the activities</p>	<p>-Nursing Journal ,articles copies</p>	<p>- Offer resource materials, unit education plans and research studies</p>	<p>١٤: ٢٠ - ١٤: ٤٥</p>
<p>Conduct post Test</p>	<p>Perform post testing Evaluate the workshop</p>	<p>observe</p>	<p>Perform</p>	<p>-Post Test and Evaluation forms</p>	<p>- Provide test answers - Discuss the Evaluation</p>	<p>١٤: ٤٥ - ١٥: ٣٠</p>

Appendix A

**GUIDELINE & WORKSHEET FOR PREPARING
YOUR OWN PERFORMANCE DESCRIPTION**

I. Consider your own performance responsibilities. What do you do, for whom? In the space below, list four of the persons (or groups of people) for whom you have to do something. Then list two things you have to do for each as part of your performance requirements.

<u>Person (or Groups of people)</u>	<u>What I do For Them</u>
١.	a. b.
٢.	a. b.
٣.	a. b.
٤.	a. b.

II. Now select one of the things you do for someone (as listed in the right hand column of Step I) which you think is easiest to measure. How do you know when you have performed satisfactorily? When you have decided upon your answer, complete the following sentence:

Guideline & Worksheet For Preparing...-Cont'd

III. Take the worksheet to your own manager. Show what you have written for steps I and II. Ask your boss, "Do you agree with what I wrote down?" Discuss and modify as necessary to reach agreement.

If you are prepared to do so, show your "measures of satisfactory performance: for another one or two things you do for someone else (your "performance responsibilities").

Discuss, and reach agreement.

Then soon after having had your discussion with your boss, write below you reactions as you recall them. What were your feelings during the discussion? What are your feelings now? How might this experience influence your use of performance descriptions with your staff members?

IV. Follow through. What you do next is up to you, influenced by the reactions of your boss and your own feelings. Outline below your follow-through plan of action.

Appendix B

SUMMARY WORKSHEET

OUR PRINCIPLES OF NURSING PRACTICE

NAME: _____

DEPT. or UNIT: _____, DATE

OUR PHILOSOPHY:

OUR GOALS:

OUR CURRENT PATIENT CARE OBJECTIVES

Summary Worksheet-Cont'd

DEFINITIONS FOR OUR UNIT

FUNCTIONS OF OUR NURSING STAFF MEMBERS

OUR EDUCATION AND RESEARCH NEEDS

(Use additional pages as necessary)

Appendix C

PERFORMANCE DESCRIPTION WORKSHEET

NAME: _____ Dept: _____

JOB TITLE: _____, DATE _____

Name of your supervisor: _____

Name of your department head: _____

Name and titles of persons you supervise (if you are a supervisor or manager):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INSTRUCTIONS: You can help prepare an up-to-date Performance Description of what you do in your work. Please be as complete as possible. list everything you think is part of your job. If you need more space, use additional sheets.

1. The purpose of my work is _____

2. For whom are you doing your work?

3. How do you know whether or not you are performing your work satisfactorily _____

4. List anything you are doing which think should not be part of your work: _____

5. List anything you are not doing which you think should be part of your work: _____

6. Who taught you your work? _____

7. When you started on your present job, how long did it take you to learn to do the work satisfactorily? _____

8. **COMMENTS AND SUGGESTIONS:** Add anything else that will help your work and how you feel about it. (Use additional sheets if you need more space): _____

Appendix D

SELF-EVALUATION OF PERFORMANCE

NAME: _____ DATE: _____

TITLE: _____

DEPARTMENT: _____ REPORTS TO: _____

PURPOSE OF YOUR WORK: (In your own words, how well do you perform each responsibility?) Include examples of results.

- A. To Patients
- B. To Medical Staff
- C. To Your Own Manager (supervisor)
- D. To Department Personnel
- E. To Committee
- F. To Personnel of Other Department (or other organizations)
- G. To Self

Note: Use Additional sheets as necessary. When completed, return the sheet(s) to your nurse manager (or supervisor).

ملحق رقم (١٠)

استمارة تقييم البرنامج التدريبي

تقويم البرنامج التدريبي

- اسم البرنامج: تطوير الأداء التمريضي من
خلال ضبط الجودة والبحث العلمي
والتعليم
- الفئة المستهدفة: المشاركون في برامج تطوير التمريض
بوزارة الصحة الأردنية
العينة المسحية-مستشفى البشير

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف مجالات برنامج التدريب المختلفة يرجى التعبير عن مدى توافرها
من وجهة نظرك بوضع إشارة (√) في المربع المناسب.

الفقرات	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
المجال الأول: الأهداف					
أهداف البرنامج واضحة للمشاركين					
أهداف البرنامج تلبى الحاجات الفعلية للمشاركين					
أهداف البرنامج شاملة للنواحي					
المعرفية					
الوجدانية					
المهاراتية					

المجال الثاني: المحتوى / المواد التدريبية:				
				محتوى المواد التدريبية مناسب لحاجتي المهنية
				محتوى المواد التدريبية يلائم أهداف البرنامج التدريبي
				للمواد التدريبية أثر في تحسين مستواي الأكاديمي
				للمواد التدريبية أثر في تحسين مستواي المهني
				للمواد التدريبية أثر في اكتسابي الاتجاهات المرغوبة
				المواد التدريبية تناسب طبيعة عملي
				المواد التدريبية متنوعة ومتكاملة
				المواد التدريبية تجمع بين الجانب النظري والتطبيقي
				تم توفير أوراق العمل للمواد التدريبية
المجال الثالث: الأساليب والنشاطات التدريبية				
				تم استخدام أساليب عملية وتطبيقية في تنفيذ البرنامج التدريبي
				تم استخدام أساليب تستثير تفكير المشاركين
				تم استخدام أساليب تشجع على التعلم الذاتي
				تم استخدام وسائل وأنشطة تدريبية مناسبة.
المجال الرابع: بيئة التدريب				
				حققت بيئة التدريب الراحة النفسية للمشاركين

					زودت القاعات التدريبية بالوسائل التعليمية المعينة في التدريب
					ساعدت بيئة التدريب في خلق جو من التعاون والواصل بين المشاركين
					يوجد تناسب بين عدد المشاركين وسعة القاعات التدريبية
					تكفي المدة المقررة للبرنامج لتغطية جميع موضوعات البرنامج
					تناسب أيام التدريب المحددة للمشاركين
المجال الخامس: التقييم					
					استخدمت أدوات تقييم متنوعة في البرنامج (اختبارات، تقارير، بحوث...الخ).
					استخدمت وسائل تقييم مناسبة لتدريب الكبار
					أعطي التقييم الوقت الكافي لتنفيذه
ما هي حسب رأيك أبرز المشكلات التي واجهتك في أثناء تنفيذ البرنامج؟					
.....					
.....					
ما هي اقتراحاتك لتطوير البرنامج؟					
.....					
.....					
ما هي البرامج التي تراها ضرورية لك مستقبلاً؟					
.....					
.....					

