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 في التربية تخصص مناهج التمريض وطرائق تدريسها

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

كلية الدراسات التربوية العليا
قسم المناهج وطرق التدريس

هوز، 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: التوقيع: التوليخ: ١١٥١ ٦٠٠٥

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

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

#### أعضاء لجنة المناقشة

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

التوقيع

عضوا سيلماست



#### الشكر والتقدير

الحمد لله العظيم الذي هداني ووفقني وذلل 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 يبخل علي بوقته أو علمه وساندني خطوة بخطوة لإنجاز هذا العمل.

والشكر موصول إلى أعضاء لجنة المناقشة، الأستاذ الدكتور يعقوب أبو حلو، الأستاذ الدكتور محمد عليمات، 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 الذى 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 لى في تحقيق أي إنجاز بخصوص هذا البحث.



٥

# فهرس المحتويات

تو	فهرس المحتويا
<b></b>	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
العربية	الملخص باللغة
غلفية الدراسة وأهميتها	
1	المقدمة:
اسة:	
كلة الدراسة:	عناصر مشآ
٥	فرضيات الد
سة:	أهمية الدرا
دراسة:	محددات ال
الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:	
ذُدب النظري والدراسات السابقة٧	الفصل الثاني ال
النظري٧	
راسات ذات الصلة	ثانياً: الـــدر
ب على الدراسات ذات الصلة	ثالثاً: التعقي
الطريقة والإجراءات	الفصل الثالث
راسة:	منهجية الدر
راسة وعينتها:	مجتمع الدر
اسة:	أدوات الدرا
دراسة:	متغيرات الد
دراسة:	إجراءات الد
لإحصائية:	الأساليب الإ
تائج الدراسة	الفصل الرابع ن
علقةً بسؤال الدراسة الأول:	النتائج المتع
علقة بسؤال الدراسة الثاني:	النتائج المتع
علقة بسؤال الدراسة الثالث:	النتائج المتع
علقة بسؤال الدراسة الرابع:	النتائج المتع
ل مناقشة النتائج والتوصيات	الفصل الخامس
ائج المتعلقة بالسوال الأول:	مناقشة النت
نائج المتعلقة بالسؤال الثاني:	مناقشة النت
	مناقشة النت



VV	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:
۸٠	التوصيات
	المراجع
	المراجع العربية:
۸۳	المراجع الأجنبية:
٠	الملاحق



# فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
٤٦	مجتمع وعينة الدراسة حسب سنوات المشاركة	1
٤٧	توزيع العينة حسب النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي	۲
٤٨	توزيع الكفايات على المجالات في بطاقة الملاحظة بصيغتها الأولية	٣
٥٠	توزيع الكفايات على المجالات في بطاقة الملاحظة بصيغتها النهائية	٤
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية	
09	التمريضية وفق مجالاتها لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة	٥
	الأردنية	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
٦٠	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٦
	المجال الأول (المسؤولية المهنية والمساءلة)	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
71	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٧
	المجال الثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية)	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
77	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٨
	المجال الثالث (كفاية الأداء التمريضي)	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
٦٣	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٩
	المجال الرابع (التواصل والتعاون)	



	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
١٠	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٦٥
	المجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة)	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
11	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٦٧
	المجال السادس (البيئة الآمنة)	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
17	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٦٨
	المجال السابع (إدارة الجودة الشاملة)	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
۱۳	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٧٠
	المجال الثامن (البحث العلمي)	
	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة الكفايات الأدائية	
18	التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية في	٧١
	الكفاية التاسعة (التطوير والتعليم) مرتبة تنازلياً	
10	ملخص درجات ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج	VY
	تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية للمجالات التسعة وللكفايات كافة	V
17	نتائج اختبار (ت) (T-test) لدرجة ممارسة الكفايات التمريضية لدى المشاركين	٧٦
	نتائج اختبار (ت) (T-test) لدرجة ممارسة الكفايات التمريضية لدى المشاركين في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي	
١٧	نتائج اختبار (ت) لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين	VA
	في برنامج تطوير التمريض بوزارة الصحة الأردنية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي	٧٨
14	نتائج اختبار (ت) لدرجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في البرنامج التدريبي المقترح حسب الاختبار القبلي والبعدي	91
	في البرنامج التدريبي المقترح حسب الاختبار القبلي والبعدي	11
1		



## فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
•	كتاب جامعة عمان العربية للدراسات العليا الموجه إلى وزارة الصحة لتسهيل	117
,	مهمة الباحثة	,,,
۲	كتاب وزارة الصحة الموجه لمدير تنمية القوى البشرية من مدير مستشفى البشير	115
	لتسهيل مهمة الباحثة	
٣	الطلب المقدم لعطوفة أمين عام المجلس التمريضي الأردني	311
٤	قامَّة بأسماء المحكمين	110
0	بطاقة الملاحظة: مقياس درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية	711
٦	البرنامج التدريبي المقترح	177
<b>'</b>	الامتحان الموضوعي	195
^	مفتاح الإجابة	7.5
٩	ملاحق البرنامج التدريبي	7.5
1.	استمارة تقييم البرنامج التدريبي	717



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 الجادرى

## 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 هى:

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 القبلية والبعدية.

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 البعدية، 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 عثابة 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  $({}^{r})^{\lor}$  of both male and female nurses. A random sample consisted of  $({}^{r})^{\lor}$  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 ( $^{\text{r}}$ ·) 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، وتظهر الثورة التكنولوجيا إلى حدوث اختلاف في طرق العمل وأساليب أدائه، فقد اختلفت مهارات العمل وتطورت وتعقدت، وصبغ التعليم بالصبغة التكنولوجية فأصبح أمراً بدَهيّاً 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 التقنى الذي نعيشه (حجى، ٢٠٠٣).

ويعني التعليم من حيث المفهوم، تزويد الفرد بالمعارف والقدرات العلمية والتقنية لبناء مدى واسع من المهارات تؤهله للقيام بعملٍ ما، والتدريبَ عمليةُ تعلم وتعليمٍ مّكّن 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 وتحكينه من شغل وظائف إنتاجية وخدمية أياً كان تخصصها وذلك بهدف رفع مستوى أدائه، سواء أأثناء العمل أم ضمن برامج



١

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

إن التدريب والتعليم في مجال العمل له مردود استثماري عالٍ وذلك من خلال برامج التدريب الموجهة مهنياً ووظيفياً، 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 علكه الفرد العامل وقدرته على أن يطبق المعلومات في مواقف عملية، ومعايير الأداء تعني وجود 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 تدريس الثقافة المهنية خلال مرحلة التعليم الثانوي بصورة اختيارية، بهدف تركيز المهارات العلمية لمن يختارون التعليم الأكادي، 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 رديفاً ومساعداً وموازياً للتعليم النظامي.

وقد أنشئت مؤسسة التدريب المهني بهوجب 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 المهنى 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 أوبأسلوب العمل نفسه، والتى نجمت عن التفجر العلمى والتقنى 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 و العالمية والمشاركة فيها، والتعاون مع المنظمات والهيئات المحلية والدولية التي تعنى بالتعليم الطبى

المستمر والتدريب في المجال الصحى.

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 لزمن غير قصير بحاجة لتقديم برامج تعليمية وتدريبية، قد الممرضين والممرضات على الدوام بآفاق تعليمية واسعة ومتنوعة ومتقدمة لإثراء معلوماتهم ولتنمية كفايتهم 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 الاستراتجيات الرئيسة في مجال رفع مستوى الأداء التمريضي وتطوير مهنة التمريض وتطوير المهناء المستوى التعليم المستوى التعرب والتعرب والتع

واستناداً إلى حاجات العمل المتخصص 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:

بها أن الهدف المنشود لوحدات تطوير التمريض في وزارة الصحة هو توفير قوى عاملة تمريضية ماهرة ذات مستوى متميز من الأداء، فإن هناك حاجة ماسة إلى معرفة درجة مهارسة 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 العملى.

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 مهارسة الكفايات الأدائية المطلوبة لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة؟ هل هنالك اختلاف في درجة مهارسة 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 ( $\alpha$ =٠,٠٥) في متوسط درجة مهارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض تعزى لمتغير النوع الاجتماعي.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha$ =٠,٠٥) 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 ( $\alpha$ =٠,٠٥) 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، و إلقاء 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، يسهم 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:

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.
- ع. برنامج تطوير التمريض: برنامج التعليم والتدريب المستمر المعمول به في وحدة تطوير التمريض مستشفى
   البشير والقائم على الحاجات التدريبية والتعليمية للكوادر التمريضية.
  - ٥. النوع الاجتماعي (الجندر): ويعني جنس المشارك، ذكراً كان أم أنثي.



## الفصل الثاني الأدب النظرى 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 مفهوم التدريب، وأهدافه، وإعداد برامجه، وتعريف الأداء، ومعاييره، 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 وواجباتٍ محددةٍ ضمن ظروفٍ وتسهيلاتٍ 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، فهنالك 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 وبإنتاجية عالية.

وإن اختلفت التعريفات إلا أن النتائج تؤكد أن التدريب مجال هام لإعداد الفرد وتحكينه 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 استحدث من تقنيات في التخصص المعنى (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 الكودار البشرية وتطوير كفاياتهم، بما ينعكس إيجابياً على مستوى الأداء العملي والتدريب في عصر النهضة التكنولوجية وبما يعد جانباً أساسيا 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 بتقليص الهدر الاقتصادي.

#### أهداف التدريب:

نظراً إلى التطورات والمستجدات التي طرأت وتطرأ في مجال العمل، فإنه "حدث تطور في بنية القوى العاملة نتيجة التقدم العملي التكنولوجي وآثارهما التطبيقية، بما أثّر على متطلبات الاستخدام للأيدي العاملة، و تبعه تطور لخصائص ومهام الوظيفة العملية؛ وهذا التقدم الهائل فرض ظروفاً جديدة تتعلق بالتدريب وإعادة مهارسته خلال فترات معينة، وهذا التدريب المستمر اللازم للتقدم العلمي المتجدّد، 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 تطرأ على بنية العمل أو على الوضع الاجتماعي والاقتصادي، وللذين يعيشون في ظروف خاصة، أصبح مطلباً رئيساً (حجى، 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 مكن تلخيص أهداف التدريب ما يلى:

- ١. تطوير الكفايات الأدائية المهنية ما 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 يؤسّس البرنامج المعني ضمن إطار أو نهوذج نظري يستمد مبادئه من الحقائق الواقعية، وأن تكون الأهداف واضحة وعملية تلبي 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 غاذج تدريبية ذات صلة بالواقع العملي، وجا أن الهدف من التعليم والتدريب هو تحسين فاعلية الأداء المهني ورفع كفايته فإن تصميم البيئة التدريبية هو تحقيق لهذا الهدف، وقد قدمت تكنولوجيا التعليم غاذج تدريبية مختلفة تعتمد مبادئ ومفاهيم التصميم التعليمي وصيغ التعلّم الذاتي والمنهج النظمي كأسلوب في تصميمها، وتشير الدراسات إلى أن البرامج القائمة على غاذج تدريبية واضحة تكون أكثر كفاية وفاعلية من البرامج غير الواضحة من حيث الإطار النظري. إن أحد هذه النهاذج هو نموذج الطريقة النظمية 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 النظمي بأشكال عدة، ويتكون من سلسلة من الخطوات والإجراءات مرتبة بتسلسل منطقي، بحيث تؤسس كل خطة لما يليها بشكل يؤدي إلى زيادة ارتباطية برنامج التعليم والتدريب بمتطلبات المهنة، وتهتم الطريقة النظمية بمكونات البيئة التدريبية، فتشمل خصائص المتدرب واحتياجاته المهنية قبل التدريب، 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 القامّة على الطريقة النظمية 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 عثابة الفجوة التدريبية أو الحاجة الفعلية للتدريب، أي أنه إذا كانت مجموعة العناصر السلوكية (المعارف والمهارات في مجال التخصص) والتي عتلكها المتدرب قد اكتسبها من خلال برامج الإعداد وعارسها في أدائه الفعلي أقل من مجموعة العناصر السلوكية الضرورية للأداء الفاعل والناجح فهنالك 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 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)، وتمثل الحاجات التدريبية الأهداف التدريبية للبرنامج والتي يتم في ضوئها 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 يفترض أن يملكها المتدرب، 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 نمطية (Modules)، ثم إلى وحـدات تدريبية (Units)، ثم إلى دروس (Workshops) أو ورش عمـل (Workshops)، و تحـدد بعد ذلك المصادر العلميـة والتدريبية اللازمة.

الخطوة الرابعة: تحديد أساليب التدريب، والتي تتنوع، فقسم منها يركز على المتدرب وقسم يركز على المتدرب على أهمية 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 العناص، وبوساطتها يقاس تقدم 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, 1990) فإنه يمكن استخدام نموذج العملية التمريضية (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 الموضوعة (Implementation)

تقييم المداخلات التمريضية ومقارنتها بالمخرجات المطلوبة (Evaluation)



مما سبق نلاحظ أن العملية التمريضية تقدم غوذجاً مناسباً لبناء البرنامج التدريبي القائم على الكفايات الأدائية التمريضية كما يلى:

الخطوة الأولى: تحديد الحاجات التدريبية للمشاركين

الخطوة الثانية: جمع المعلومات عن الفئة المستهدفة

الخطوة الثالثة: تطوير خطة التدريس

الخطوة الرابعة: تطبيق وتنفيذ الخطة الدراسية

الخطوة الخامسة: تقييم المخرجات التعليمية حسب الأهداف الموضوعة

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

وقد قام ديك وكاري (Dick & Cary, 1900) بتطوير نموذج للتعلم الذاتي يعتمد إيجاد محاور متداخلة (Integrated themes) وأهدافاً محددة وأنشطة تعليمية متنوعة، إلى جانب المحتوى الدراسي المطلوب وإعداد الاختبارات، ويعتمد هذا النموذج الوحدات التدريبية (Modules) التي تضمن تفاعل المتعلم مع المادة التعليمية من خلال الأنشطة المقترحة، وتمكنه من إنهاء دراسة هذه الوحدات خلال ساعات زمنية معقولة.

ويمكن استخدام هذا النموذج في بناء البرامج القائمة على الكفايات التمريضية باتباع الخطوات التالية:

تحديد الأهداف التعليمية، والتي يمكن أن تشتق من المناهج التمريضية الأكاديمية ومن الوصف الوظيفي المهنى.

تحليل المهمات ووصف مستوى الكفايات الأدائية المطلوبة.

تعريف السلوك المدخلى للمتعلم وخصائصه وخبراته السابقة.

كتابة الأهداف السلوكية.

تطوير امتحان معياري المرجع (Criterion-referenced test).

وضع الاستراتيجيات التعليمية.

تحديد المادة التعليمية.



التقييم التكويني (Formative Evaluation).

مراجعة المحتوى.

التقييم الختامي ( Summative Evaluation ).

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

## مفهوم الأداء Performance

يعرف الأداء، والتأكد من إنجازه، يتطلب عملية تقييم له تتم في ضوء المعايير المحددة لإنجازه، والمتطلبات 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 النشيط 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

#### معايير الأداء Performance Standards

وتمثل المقياس الذي يحتكم إليه عند الحكم على الأداء، وقد يكون رقمياً أو وصفياً (مصطفى، ٢٠٠١)، هناك معياران لقياس كفاية الأداء هما الوقت والدقة؛ فالدقة توضح غالباً بصيغة نسب مئوية أو بعدد المشكلات التي يتم الإجابة عنها بشكــل صحيح، ففي بعض الحــالات 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

الأداء الكفؤ الفاعل والملاحظ، وتصبح الكفاية متمثلة في الأداء العملي (الفتلاوي، ٢٠٠٣).



الزمنية المطلوبة لتنفيذ النشاط والفوائد المتوقعة مع الوسائل المتيسرة لبلوغ كل هدف من الأهداف، والمقصود بالنشاط المهارسة العملية للمهارة المطلوبة (عليمات، 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 المهن 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 مهنياً لأداء واجباته نحو المستفيد والمجتمع، ويترافق 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 والتى 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 التمريض والتواصل والتعاون والالتزام بأخلاقيات المهنة والبيئة الآمنة للمستفيد وإدارة الجودة الشاملة والبحث العلمي والتطوير والتعليم.

وقد نصت المادة (٦/أ/٨) من قانون المجلس على وضع البرامج اللازمة لتنمية الموارد البشرية وتطوير الإمكانات 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 الإستفادة 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).

ترى 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 التى قد تحصل بسبب التغيرات التكنولوجية السريعة.

"إن عملية تحسين التعليم والتعلّم 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" (عليمات، حيث يتم التعرف على مواطن الضعف ومواطن القوة، و بناء على ذلك تتم عملية التعديل والتحسين" (عليمات، 1991، 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، والنفسحركي.

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، ۲۰۰۲).

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 عارسها 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 والمساوئ، والإيجابيات والسلبيات، ويرتبط مفهوم التقييم بمصطلح القياس، والذي يعبّر عن الإجراءات والوسائل التي تستخدم من أجل التوصل إلى قيمة عددية، أو كمية للشيء المراد قياسه، من أجل مقارنتها بمعيار محدد والحكم عليها (الزوبعي والجنابي، ٢٠٠٣).

ويجري تقييم الأداء من خلال مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير الموضوعة للأداء، ومن خلال إجراء اختباراته، فمن أهم الوسائل التي تستخدم لتقييم الأداء هي الاختبارات، حيث تعتبر عملية الإختبار مكملة لعملية التدريب، لأنها تمكن المتدرب والمدرب 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 القـــدرة على عمل شيء بفاعلــية وإتقــان، ومستوى من الأداء وبأقل جهد ووقت وكلفة (مرعي، وآخرون، ١٩٩٣) وهي القدرة على الأداء والممارسة، وأنها حالة الأداء أو الإنجاز المناسب للهنــة معينــة، وأنها القدرة (أو القدرات) التي يحتاجها الفرد للقيام بعمله بكفاية وفاعلية واقتدار ومستوى معن 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:

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

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

المكون 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 إنجازه 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 بالأفاط السلوكية والتي تنبثق من مفهوم المهنة عند الفرد الكفؤ تعرض على الخبراء لتنقيح القائمة والعبارات التي وردت فيها.

وتعتمد بعض البرامج مفهوم النموذج والذي يعرض مجاميع مختلفة من الكفايات، ولكل نموذج افتراضاته واجراءاته العملية و يكون متفرداً في أساليب التعليم والتدريس، أما اعتماد نتائج البحوث لتحديد الكفايات فيكون براجعة نتائج الدراسات والبحوث وأدبياتها للوصول إلى المستوى الفاعل لتصميم البرنامج في ضوء الكفايات الأكثر تحققاً.

وتواجه البرامج التعليمية والتدريبية القائمة على الكفايات رغم ما تحققه 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 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 أحدى 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. قاعمة 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 معين، وعملية التدريب مهنية ومستمرة يكون المتعلم فيها مشاركاً في تصميم الأنشطة التعليمية. التعليم والتدريب التمريضي في وزارة الصحة

في عام ١٩٨٧ تم تأسيس مَعْهَدَيْ تدريب معلمات التمريض وتأهيل مدربي التمريض السريري بدعمٍ من الحكومتين الإيطالية والأمريكية، وفي عام ١٩٩٢ أصبحا معهداً واحداً سمى جمعهد التمريض التخصصى.

وفي عام ١٩٩٨ أصبحت مديرية 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 وضح 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 دوريٍ لبيان نسبة المشاركين في نشاطات التعليم المستمر في المستشفيات الحكومية سنوياً.

برامج التعليم و التدريب التمريضي المستمر في مستشفى البشير

يعد مستشفى البشير أكبر المستشفيات الحكومية في الأردن، ويقدم ما نسبته (٧٠%) من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع الأردني، إذ يحتوى 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 والمهن 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 العملى 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 بالمدربين 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 ليقدر على التكيف مع المنئة المحيطة به".

وترتكز ابرز 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 والمؤمرات.

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 القبلية والبعدية، وتقييم المدخلات والمخرجات للبرامج، وتقييم النتائج الفردية للمشاركين بمعايير نجاح تشمل ٧٠% للجانب المعرفي و٥٨% 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.

ويكن 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, ۲۰۰٤) 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, ۲۰۰۲) من جامعة متشيغن في الولايات المتحدة الأميركية دراسة بعنوان "تحديد محاور كفايات الأداء التمريضي المطلوبة للحصول على ترخيص كفايات الأداء التمريضي المطلوبة للحصول على ترخيص مزاولة 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 مزاولة المهنة للتمريض حيث جرت العادة أن عتحن 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 & Lawsin, ۲۰۰۲) من استراليا في دراسة أجرياها 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 (Professional Practice)، وحل (Professional Practice)، والممارسة التأملية (Clinical Problem Solving)، إضافة للقيادة والعمل بروح الفريق (Clinical Problem Solving)، إضافة للقيادة والعمل بروح الفريق (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 البيانات 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,1999) من جامعة ريجنت في نيويورك القضايا المتعلقة بالكفايات التمريضية، فوضعت نموذجاً متكاملاً 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.

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



والقيادة والإدارة، والمعرفة العلمية المتطورة، وسمي غوذج كوبا (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 والنفسحري والوجداني، لكن المجال الأوحد 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 7000) 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 بقارنة 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 الأكادي 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, ۲۰۰۳) 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 القبلية 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 إحصائياً 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 استراتجيات جديدة تساعدهم في إحداث التغيير في سلوكات المريض، وتؤدي إلى تعديل السلوك للتوجه إلى وضع خطة العلاج المناسبة للعناية التمريضية المطلوبة.

وقامت كيبلر (Keppler, ۲۰۰۲) 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 الاستراتجيات المناسبة في تطوير هذه البرامج، والتوجه بالمهارسة التمريضية نحو أداء بعيد عن المخاطر والأخطاء. استخدمت كيبلر أداة باتون والمسهاة (Patton's عينة الدراسة قصدية من الممرضات (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 الاستراتجيات 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., ۲۰۰۰) من كندا دراسة شبه تجريبية الهدف منها بناء وتطبيق برنامج تعليم تحريفي مستمر تحت عنوان التقييم الجسماني المتقدم (Advanced Physical Assessment) باستخدام الوسائل والمصادر المتاحة، لمعرفة أثره على الكفايات الأدائية التمريضية، وكشفت الدراسة باستخدام الاختبار القبلي والبعدي 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 التمريضية.

إظهار الثقة بالنفس عند القيام بالأداء الفعلى.

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

وفي دراسة برازيل، (۱۹۹۸, ۱۹۹۸) في أونتاريو بكندا أيضاً، والتي هدفت إلى معرفة أثر التعليم المستمر في نوعية العناية التمريضية ومستوى الممارسة الفعلية باستخدام غوذج تقييم الأداء التمريضي على عينة الدراسة المكونة من (٤٣) ممرضة، استخدمت الباحثة أسلوب البحث المقارن وقامت بتطبيق الامتحان القبلي والبعدي على العينة، فأظهرت نتيجة الدراسة تحسناً ملموساً في مستوى الأداء و في المعرفة لدى المشاركات في نشاطات التعليم التمريضي المستمر.

وقامت كلارك و آخرون، (Clarke et al., 1997) في سدني بأستراليا بدراسة هدفت إلى مقارنة عدد مرات المداخلات التمريضية 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 تمريضية مستمرة، ولمدة شهرين في كل سنة، ثم جرى تقييم حالة المريض بعد تقديم العناية التمريضية 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 التمريضية التي قدمت له ونوعيتها ومستوى تطبيقها. وكشفت النتائج أن مجموعة المرضى الذين قدمت لهم العناية التمريضية 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 دلل 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, 1998) 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

مها 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 أثاراً 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 كذلك فإن الدراسات التي بحثت في موضوع أثر التعليم والتدريب التمريضي المستمر على كفايات الأداء أشارت تقديم المحتوى المعرفي المتقدم والتدريب على المهارات العملية باستخدام الأساليب التكنولوجية المتطورة، لسد تقديم المحتوى المعرفي المتعارف 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 ضوئها 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) مشارك وبنسبة (٦٣%) من مجتمع الدراسة، باستخدام الطريقة العشوائية البسيطة، بهدف تحديد درجات ممارستهم للكفايات الأدائية التمريضية. الجدول رقم (١) يوضح مجتمع وعينة الدارسة حسب سنوات المشاركة.



الجدول (۱) مجتمع وعينة الدراسة حسب سنوات المشاركة

عينة الدراسة	مجتمع الدراسة	السنة
14	79	71
٣٦	۲٥	77
٤١	٧٢	7
٤٥	٧٦	78
٦٠	٨٤	70
7	717	المجموع

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

توزيع العينة حسب النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي

	المجموع		دبلوم		بكالوريوس	
النسبة	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	العلمي النوع الاجتماعي
٦٠,٥	171	78	٤٨	۳٦,٥	٧٣	ذكور
٣٩,٥	V٩	77	0٤	17,0	70	إناث
1	7	01	1.7	٤٩	٩٨	المجموع

يشير الجدول رقم (۲) إلى أن عينة الدراسة تكونت من (۹۸) مشاركاً من حملة درجة البكالوريوس في التمريض، (۷۳) منهم من الذكور، و(۲۵) من الإناث، وأن عدد المشاركين من حملة الدبلوم في التمريض قد بلغ (۱۰۲) 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 (دامًاً، معظم الأحيان، بعض الأحيان، نادراً، غير موجودة إطلاقاً).

جدول (٣) توزيع الكفايات على المجالات في بطاقة الملاحظة بصيغتها الأولية

النسبة المئوية	الكفايات	المجالات	رقم المجال
١٠,٠	٧	المسؤولية المهنية والمساءلة	الأول
۸٫٦	٦	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية	الثاني
١٠,٠	٧	كفاية الأداء التمريضي	الثالث
17,9	٩	التواصل والتعاون	الرابع
٧,١	0	الالتزام بأخلاقيات المهنة	الخامس
۸,٦	٦	البيئة الآمنة	السادس



السابع	إدارة الجودة الشاملة	15	14,7
الثامن	البحث العلمي	٩	۱۲,۸
التاسع	التطوير والتعليم	٨	11,8
مجمل الكفايات		٧٠	%1

#### 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، واعتُمدت 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 لملاحظة 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.



عدد الفقرات المتفق عليها عدد الفقرات المتفق عليها معامل الاتفاق = \_\_\_\_\_\_ عدد الفقرات الكلي

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، المهارسة 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	y.	٧,٦
الثالث	كفاية الأداء التمريضي	٦	11,7
الرابع	التواصل والتعاون	٩	۱۷,۰
الخامس	الالتزام بأخلاقيات المهنة	0	٩,٤
السادس	البيئة الآمنة	۲	٣,٨
السابع	إدارة الجودة الشاملة	١٣	78,0
الثامن	البحث العلمي	٤	٧,٥
التاسع	التطوير والتعليم	٦	11,7
مجمل الكفايات	٥	٥٣	1

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 (١-٣,٣٣) فهي ضعيفة، وإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرة يقع بين (٣,٦٧-٢,٣٤) فهي متوسطة، أما إذا بلغ المتوسط الحسابي



للفقرة ما بين (٣,٦٨) 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 الموضوعة.

إعداد المواد التدريبية الضرورية لتحقيق الأهداف الموضوعة.

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، واستثارة 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 حللت النتائج إحصائياً وقورنت بنتائج الملاحظة القبلية.

متغيرات الدراسة:

وتضمنت الدراسة المتغيرات التالية:

أولاً: المتغيرات المستقلة:

اشتمل البحث على ثلاثة متغيرات مستقلة وهى:

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 موضوع 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 غوذج معايير مهنة التمريض (ملحق رقم٣)

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 موجب 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 القبلية 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 مستشفى 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 للنتائج 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.

وفيها 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 (٢,٣٠٠- يتراوح بين (٢,٣٠٠) تعني درجة ممارسة ضعيفة، والكفاية ذات المتوسط الحسابي الأعلى من (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

	. 21 - 1211	t. "t1		
الرتبة	الانحراف	المتوسط	مجالات الكفايات	رقم المجال
اروبيد	المعياري	الحسابي	C 2 a 2 3 4 3 4 3 4 3 4 3 4 3 4 3 4 3 4 3 4 3	رڪم (هجان
	23	<b></b>		
۲	٠,٤٨	٣,٩٢	المسؤولية المهنية والمساءلة	الأول
٥	٠,٥١	٣,٧٤	الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية	الثاني
٤	٠,٤٩	٣,٧٩	كفاية الأداء التمريضي	الثالث
٣	٠,٤٦	٣,٨٢	التواصل والتعاون	الرابع
1	٠,٤٧	٣,٩٥	الالتزام بأخلاقيات المهنة	الخامس
٦	٠,٥٣	٣,٦٣	البيئة الآمنة	السادس
٩	٠,٦٦	۲,۹٦	إدارة الجودة الشاملة	السابع
٧	٠,٩٠	٣,٠٨	البحث العلمي	الثامن
٨	٠,٨١	٣,٠٥	التطوير والتعليم	التاسع
	٠,٥١	٣,٤٨		الدرجة الكلية

يوضح الجدول (٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة المشاركين للكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في 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 الآتى:

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	المتوسط	كفايات مجال المسؤولية المهنية والمساءلة	
المعياري	الحسابي	weakers and an analysis of the column of the	
٠,٥١	٣,٩٣	١- عارس المهنة بشكل متوافق مع القوانين النافذة المتعارف عليها	
٠,٥٣	٣,٩٦	٢- يتحمل المسؤولية الشخصية للسلوك المهني	
٠,٥١	۳,۹۸	٣- يحافظ على توفير بيئة عمل آمنة للقيام بمتطلبات المهنة وتحمل المسؤولية	
	,,	والتطور المهني	
٠,٦٠	۳,۸۳	٤- يحدد القضايا التي تعيق تقديم العناية التمريضية السليمة ويتعامل معها	
	1 5/11	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 كفائة.



ثانياً: مجال الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية

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

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	المتوسط	7 5 11 75 11 7 11 7 11 7 11 7 11 7 11 7 11 7 11 7 11 7
المعياري	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 المبنية على المعرفة المناسبة
٠,٥١	٣,٧٤	الدرجة الكلية

يشير الجدول رقم (٧) إلى أن درجة مهارسة الكفايات الأدائية التمريضية لدى المشاركين في برامج تطوير التمريض بوزارة الصحة في مجال المهارسة 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 المبنية على المعرفة المناسبة، ودرجة استخدام العملية التمريضية في تقديم الرعاية التمريضية للمستفيد، في حين لم تكن ضعيفة أو متوسطة في أي من الكفايات.

ثالثا: مجال كفاية الأداء التمريضي



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

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	المتوسط	كفايات مجال كفاية الأداء التمريضي	
المعياري	الحسابي	كايات للجال كاية الافاء الشريطي	
٠,0٩	۳,۷۸	١- يستخدم المعرفة الحديثة والمهارات السريرية والحكم المناسب في تقديم	
,5 7	,,,,,	الرعاية الآمنة واليقظة للمستفيد بالاستناد إلى احتياجاته	
٠,٥٠	٣,٩٥	٢- ينفذ المداخلات التمريضية بطريقة آمنة وصحيحة	
٠,٦٠	٣,٧٠	٣- يُقَيِّم النتائج ويعدِّل 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	۳,۷۲	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 مهارسة 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 الآتى:

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)

كذارات والمال المساورا	المتوسط	الانحراف
كفايات مجال التواصل والتعاون	الحسابي	المعياري
١- يحترم ويدعم أدوار المستفيدين	٤,٠٣	٠,٥٣
٢- يحترم ويدعّم أعضاء الفريق الصحي	٤,٠٠	٠,٥٣
٣- يوثق الملاحظات بشكل دقيق وبالوقت المناسب	٣,٩٦	٠,٥٢
٤- يتواصل ويتشاور مع المستفيدين والفريق الصحي في تقديم رعاية آمنة	<b>۳,</b> ٦٩	٠,٦٥
جهارة والتزام بأخلاقيات المهنة	,,,,	,,,



تابع الجدول رقم (٩)

الانحراف	المتوسط	كفايات مجال التواصل والتعاون
المعياري	الحسابي	كفايات هجال التواطن والتعاول
٠,٦١	٣,٦٨	٥- يتبادل المعرفة التمريضية مع المستفيدين وجميع أفراد الفريق الصحي
٠,٧٠	7,07	٦- يعمل على إظهار دور التمريض في مجالات تخطيط وإعداد وتنفيذ وتقييم
,,	,,-,	برامج الرعاية الصحية للمجتمع المحلي والمشاركة الفاعلة في ذلك
٠,٦٦	٣,0٦	٧- يشارك بفاعلية في حل القضايا المتعلقة بالممارسة المهنية
٠,٦٨	7,00	٨- يعمل على أن يكون مرجعاً وقدوة 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 وقدوة 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 الآتى:



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)

كفايات مجال الالتزام بأخلاقيات المهنة	المتوسط	الانحراف
	الحسابي	المعياري
١- يعمل على إيجاد علاقة مهنية علاجية مع المستفيد مرتكزة على الاحترام	<b>۳,</b> ۹٦	٠,٥٧
المتبادل والأهداف المشتركة وحق اتخاذ القرار	1,71	*,07
٢- يدافع ويعمل على ضمان حقوق المستفيد كاستقلالية القرار، والاحترام،	٣,٩٢	٠,0٩
وغيرها	,,,,	*,0 (
٣- يعمل على حماية معلومات المستفيد السرية الناشئة عن العملية العلاجية	٣,٩٣	٠,٥٥
وعدم كشف هذه المعلومات إلا بموافقة المستفيد أو بطلب من المحكمة	7,47	,,,,
٤- يمتلك القدرة على التعامل مع المواقف التي قد تؤثر سلباً على المستفيد أو	٤.٢	٠,٥٦
أعضاء الفريق الصحي	2,41	٧,٥١
٥- يبلغ عن أي ممارسات غير سليمة، أو ضعف الكفاية المهنية، أو سوء التصرف	٣,٩٥	٠,0٩
المهني وغيرها	,,,,	٠,٥١
الدرجة الكلية	٣,٩٥	٠,٤٧

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 الآتى:

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	المتوسط	7-3H 7- H H
المعياري	الحسابي	كفايات مجال البيئة الآمنة
٠,٥١٢	٣,٨٣	١- ينفذ السياسات والإجراءات المعتمدة من أجل توفير البيئة الآمنة
٠,٧٠	7,88	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 الآتى:

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	المتوسط	كفايات مجال إدارة الجودة الشاملة					
المعياري	الحسابي						
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	۲,۹۸	٤- تحديد المؤشرات لمراقبة جودة الرعاية التمريضية					
٠,٧٦	۲,۸٦	٥- جمع البيانات المتعلقة بمراقبة جودة الرعاية التمريضية					
٠,٧٦	۲,۸۳	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	۲,۸۸	١١- يشارك بفاعلية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة					
٠,٦٩	۲,٤٨	١٢- يشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج إدارة الجودة الشاملة					
٠,٧٨	۲,0٤	١٣- يعزز وينمي برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة					



درجة الكلية ٢,٩٦ ٢,٠٠	J۱

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 مياغة بنشاطات إدارة الجودة الشاملة، ودرجة جمع البيانات المتعلقة براقبة جودة الرعاية التمريضية، ودرجة صياغة التوصيات لتحسين جودة الرعاية التمريضية، ودرجة تعزيز وتنمية برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة، في حين لم تكن عالية أو الشاملة، ودرجة أي من الكفايات.

## ثامناً: مجال البحث العلمي

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



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)

المتور	المتوسط	الانحراف
ال البحث العلمي الحس	الحسابي	المعياري
لمعلومات المطلوبة للباحثين بشكل متسق مع سياسات البحث في ٣,٣٠	۳,۳۰	٠,٩٩
<i>y</i>	4,75	1,
ا نتائج البحث العلمي في تطوير المهارسة التمريضية بما يتواءم مع المجارسة المريضية بما يتواءم مع	7,91	٠,٩٢
عتمدة	,	
شاكل السريرية التي تستدعي إجراء البحوث التمريضية	۲,۸۹	٠,٩٢
لية ٣,٠٨	٣,٠٨	٠,٩٠

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 متسق 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 الآتى:

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

ات الكفاية التاسعة	المتوسط	الانحراف	الرتبة
	الحسابي	المعياري	اررىب
يشارك في تعليم وتدريب الزملاء والطلبة	٣,٣١	٠,٩٨	1
يستخدم المعارف والمهارات المكتسبة في تطوير الرعاية التمريضية	٣,١١	٠,٨٩	۲
يشارك في حضور برامج التطوير والتعليم بفاعلية	٣,١٠	٠,٨٧	٣
يشارك في تحديد الحاجات التعليمية	7,99	٠,٩١	٤
يبحث عن الخبرات الحديثة لإثراء المعرفة والكفاية	7,99	٠,٩١	0
يسهم في تنفيذ برامج التطوير والتعليم	۲,۷۹	٠,٩٣	٦
رجة الكلية	۳,۰٥	٠,٨١	

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 وللكفايات 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 وللكفايات كافة

درجة ممارسة الكفاية	كفايات 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 متطلبات 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

	لمجال الثالث: كفاية الأداء التمريضي			
عالية	١- يستخدم المعرفة الحديثة والمهارات السريرية والحكم المناسب في تقديم			
<u> </u>	الرعاية الآمنة واليقظة لمن يستفيد بالاستناد إلى احتياجاته			
عالية	٢- ينفذ المداخلات التمريضية بطريقة آمنة وصحيحة			
عالية	٣- يُقَيِّم النتائج ويعدِّل 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 ويدعّم أدوار المستفيدين منها			
عالية	٢- يحترم ويدعّم أعضاء الفريق الصحي			
عالية	٣- يوثق الملاحظات بشكل دقيق وبالوقت المناسب			
عالية	٤- يتواصل ويتشاور مع المستفيدين والفريق الصحي في تقديم رعاية آمنة			
	مهارة 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
äille	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
عيد	<ul> <li>٣- يعمل على حماية معلومات المستفيد السرية الناشئة عن العملية العلاجية</li> <li>وعدم كشف هذه المعلومات إلا بموافقة المستفيد أو بطلب من المحكمة</li> </ul>
عالية	٤- يمتلك القدرة على التعامل مع المواقف التي قد تؤثر سلباً على المستفيد أو
عالية	أعضاء الفريق الصحي
عالية.	٥- يبلغ عن أي ممارسات غير سليمة، أو ضعف الكفاية المهنية، أو سوء التصرف
<u> </u>	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 مراقبة 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 متسق 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 جميع الكفايات المتعلقة بالمجال السابع والثامن والتاسع، في حين لم تكن ضعيفة في أي من كفايات المجالات التسعة.

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثانى:

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 هذه الفروق لصالح الإناث. في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة للمعرفة التمريضية) والمجال الأول (المسؤولية المهنية والمساءلة) والمجال الثاني (الممارسة المستندة للمعرفة التمريضية) والمجال الرابع (التواصل والتعاون) والمجال الخامس (الالتزام بأخلاقيات المهنة) والمجال الشادس (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	درجات	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	النوع	
الإحصائية	الحرية	المحسوبة	المعياري	الحسابي	الاجتماعي	مجالات الكفايات
٠,٢٩٧	۱۹۸	1,•0	٠,٤٩	٣,٨٩	ذكور	المسؤولية المهنية
3,,,,,	, ,,,,	,,,,	٠,٤٧	٣,٩٦	إناث	والمساءلة
٠,١٠٩	۱۹۸	1,71	٠,٥٣	٣,٦٩	ذكور	الممارسة المستندة
		,,,,	٠,٤٧	٣,٨١	إناث	للمعرفة التمريضية
٠,٠٤٥	۱۹۸	*۲,•۲	٠,٤٩	٣,٧٤	ذكور	كفاية الأداء
, 55	,	,, ,	٠,٤٧	٣,٨٨	إناث	التمريضي
٠,٣٩١	۱۹۸	۰,۸٦	٠,٤٦	٣,٨٠	ذكور	التواصل والتعاون
,, ,,	, ,,,	<b>3</b>	٠,٤٦	٣,٨٥	إناث	
٠,٢٢٩	۱۹۸	1,71	٠,٤٩	٣,٩٢	ذكور	الالتزام بأخلاقيات
,,,,	, ,,,	7,7 7	٠,٤٤	٤,٠٠	إناث	المهنة
٠,٨٨٥	۱۹۸	٠,١٥	٠,٦١	٣,٦٣	ذكور	البيئة الآمنة
,,	, ,,,	,,-	٠,٣٧	٣,٦٤	إناث	,,
٠,٠٥	۱۹۸	*1,9V	٠,٦٥	۲,۸۹	ذكور	إدارة الجودة
	,	,,,,,	٠,٦٧	٣,٠٨	إناث	الشاملة
٠,٠٥٨	۱۹۸	1,91	٠,٨٦	٣,٩٨	ذكور	البحث العلمي
, - 11		,, , ,	٠,٩٥	٣,٢٣	إناث	ر بند رسید

٠,٠٨٩	191	191	191	191	1,V1	٠,٧٥	7,97	ذكور	التطوير والتعليم
*,****		1, 7 1	٠,٨٨	٣,١٧	إناث	التطوير والتعليم			
۰,۰٦۷	191	1,40	٠,٥٠	٣,٤٢	ذكور	الدرجة الكلية			
,	, , , ,	7,112	٠,٥٢	۳,0٦	إناث				

<sup>\*</sup>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 للمشارك، 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 والمساءلة) 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 المجال 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	درجات	قيمة ت	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	المؤهل	مجالات
الإحصائية	الحرية	الجدولية	المحسوبة	المعياري	الحسابي	العلمي	الكفايات
				٠,٥١	٣,٨٤	دبلوم	المسؤولية
٠,٠٢٣	191	1,97	*7,74	٠,٤٥	۳,۹۸		المهنية
				*,80	1,7/	بكالوريوس	والمساءلة
				٠,٤٨	٣,٦٧	دبلوم	الممارسة
۰,۰٦٨	191	1,97	١,٨٤				المستندة
·,· //	, ,,,	1, 1 1	1,110	٠,٥٢	٣,٨٠	بكالوريوس	للمعرفة
							التمريضية
٠,٠٢٠	۱۹۸	1,97	*۲,۳٤	٠,٤٧	۳,۷۱	دبلوم	كفاية الأداء
	,	,,,,	,,,,	٠,٤٩	٣,٨٧	بكالوريوس	التمريضي
٠,٠١٢	۱۹۸	1,97	*۲,0٣	٠,٤٤	٣,٧٤	دبلوم	التواصل
*,**	1 1/1	1,11	1,01	٠,٤٨	٣,٩٠	بكالوريوس	والتعاون
				٠,٤٤	٣,٩٠	دبلوم	الالتزام
٠,٠٨٧	191	1,97	1,77	٠,٤٩	٤,٠٠		بأخلاقيات
				*,51	٤, • •	بكالوريوس	المهنة
٠,٠٦٢	۱۹۸	1,97	١,٨٦	٠,٥٥	۳,0٦	دبلوم	البيئة الآمنة
, ''	, ***	,,,,	1,71		٣,٧٠	بكالوريوس	

Y											
*,*	٥	191	1,97	*۲,٤0	٠,٦٦	۲,۸٥	دبلوم	إدارة الجودة الشاملة			
,		,		,,_,	٠,٦٤	٣,٠٧	بكالوريوس				
٠,١	۲	191	1,97	1,78	٠,٨٩	۲,۹۷	دبلوم	البحث العلمي			
Ź			,			٠,٩١	٣,١٨	بكالوريوس			
*,*	٣	191	1.97	1.97	1.97	1,97	*۲,0۲	٠,٧٨	۲,۹۰	دبلوم	التطوير والتعليم
Ź			Ź		٠,٨٢	٣,19	بكالوريوس	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
					٠,٥	٣,٣	دبلوم				
*,*	۹.	191	1,97	*۲,7۲	•	٨	(194,5	الدرجة الكلية			
,	٠	, ,,,,	,,,,	*	۰,٥	٣,٥	بكالوريوس				
				1	٧	بحوريوس					
							l .				

<sup>\*</sup>عند دلالة إحصائية اقل من ٠,٠٥

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، ومثلت في (٢٣) كفاية (جدول رقم ١٥)، مثابة 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.



<sup>\*\*</sup> عند دلالة إحصائية أقل من ١٠٠١



- ٥- جمع البيانات المتعلقة مراقبة 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- يسهم ويتعاون مع الفريق الصحى 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 وينمى برامج التعليم المستمر المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.
    - كفايات مجال البحث العلمى:
  - 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 تستدعى إجراء البحوث التمريضية.
      - كفايات مجال التطوير والتعليم:
      - 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.



بناء البرنامج التدريبي:

مقدمة:

غثل 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 يمكن 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 يستدعى بناء برنامج تدريبي يهدف لتنمية هذه الكفايات.

بناء على ما تقدم فقد تم بناء البرنامج التدريبي المقترح والذي تكوَّنَ 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 جانبين 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 ذوى الخبرة والاختصاص في التمريض لإبداء الرأى 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 للكل من يستفيد منها.

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



الأهداف الخاصة للبرنامج التدريبي:

يتوقع من المشارك في البرنامج التدريبي أن يصبح قادراً على:

تحديد المكونات الرئيسة لضبط الجودة النوعية لتحسين جودة الأداء التمريضي استناداً إلى المعايير المعتمدة عالماً.

وضع معايير للممارسة التمريضية بهدف المساءلة المهنية عَشّياً مع معايير المجلس التمريضي الأردني. بناء برنامج لإدارة الجودة الشاملة في التمريض باستخدام المكونات الرئيسة لضبط الجودة.

المطابقة بين أوجه العملية التمريضية وخطوات المنهج العلمى.

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 المشارك في البرنامج يستطيع دراسة الموضوعات المطروحة في البرنامج بنفسه، دون الحاجة إلى معلم، وحسب قدراته، وبالسرعة التي يقدر عليها، وفي الأوقات التي تناسبه، ودون إعاقته عن العمل، حيث يطلع المشارك 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 اللاحثة.



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 والمهمات 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 النظرى 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 الرئيسة 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 ونهاذج 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 المتلاك المشاركين للمعارف المتضمنة في البرنامج في الامتحان البعدي، مقارنة بالامتحان القبلي.

تقييم أداء المشاركين للنشاطات التدريبية أثناء ورشة العمل باستخدام نهاذج وأوراق عمل (ملحق رقم ۹) التعرف على انطباعات المشاركين عن مدى فاعلية البرنامج باعتماد استمارة لقياس ردود فعلهم ووجهات نظرهم. (ملحق رقم ۱۰)

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	درجات	قيمة ت	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	الاختب	مجالات				
الإحصائية	الحرية	الجدولية	المحسوبة	المعياري	الحسابي	ار	الكفايات				
				٠,٣٣٧	٣,٨٠٠	قبلي	المسؤولية				
٠,٠٠١	٥٨	1,77	9,770	٠,٤٤٨	٤,٧٥٨	0.154	المهنية				
				Ψ,εεπ	2,40/	بعدي	والمساءلة				
				٠,٤٤٢	٣,0٢٥	قبلي	الممارسة				
•,••	٥٨	1,77	9,191	9,191				المستندة			
,,,,,	571	,,,,			3,7 7,7	,,,,,	3,	,,,,,	*,, *,	٠,٥١١	٤,٦٥٨
							التمريضية				
•,••	٥٨	1,77	10,017	٠,٣٨١	7,079	قبلي	كفاية الأداء				
, ,		,,,,,	, ,,,,,	٠,٤٨٤	٤,٧٢١	بعدي	التمريضي				
•,••1	٥٨	1,77	11,1•7	٠,٣٨٣	٣,٦٢٢	قبلي	التواصل				
		,,,,,	,,,,,,	•,٣٩٩	٤,٧٤٤	بعدي	والتعاون				
				٠,٤٧٢	۳,۷٥٣	قبلي	الالتزام				
٠,٠٠١	٥٨	1,77	۸,۳٤٤	۸,۳٤٤	۸,۳٤٤	۸,۳٤٤	٠,٤٣٧	٤,٧٣٣	0.15:	بأخلاقيات	
				٧,٤١٧	۵,۷۱۱	بعدي	المهنة				

•,••	0,	٨	1,77		٣	,979	• ;	,۳۸۷	٣,٣٨٣	قبلي		البيئة الآمنة							
					,		•		٣,٨١٧	بعدي		**							
•,••	0,	٨	١,	۹ ۷۲		9,811		9,811		310,	7,771	قبلي	ىلة	إدارة الجودة الشاه					
			ĺ		,,,,,,		•		६,•१६	بعدي		J. J.							
*,*	٠,		٥٨	1	1,77		٧,١٥٨		•,٧٤٣	7,7,77	قبلي	البحث العلمي							
Í									٠,٧٨١	٤,٠٩٢	بعدي								
٠,٠	٠١		٥٨	1	,٦٧	٩	,६٣١		٠,٦٦٢	7,788	قبلي	التطوير والتعليم							
,						,,-,,					٠,٥٥١	٤,١٢٨	بعدي	\ 33.3					
														_		٠,٣٨٧	٣,٢١٦	قبلي	
٠,٠	٠,٠٠١	•1 0/ 1,7		1,77 11,57		,٤٧٧		٠,٤١٣	६,६०४	بعد	الدرجة الكلية								
											ي								

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

كما يشير الجدول (١٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠٠٠٠) 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 (٥٣،٩،٩، ١٩،١،١، ١٠,٥١٦، ١١,١٠٦، ١١,١٠٥١)، وكانت هذه الفروق لصالح الاختبار البعدى.



## 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، ٣,٩٦، ٢,٨٦، ٣,٧٩، والتطوير (البحث العلمي) والتاسع (التطوير والتعليم) والسابع (إدارة الجودة الشاملة)، حيث بلغ المتوسط الحسابي لكل منها على الترتيب (٣,٦٠، ٢,٣٦٠)، بينما لم تكن ضعيفة في أى 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 بصميم 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 الأكادي 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 روتينى ودائم.

إن عدد مجالات الكفايات الأدائية التمريضية التي يارسها 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 الإدارة المستشفى فيما يتعلق بجمل الشؤون التمريضية وحجبها عن إدارة التمريض.



تتفق هذه النتائج مع ما نصت عليه المادة (٦/أ/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 الثانى:

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 المتعلقة بالمجال 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 الفعوصات المتقدمة وما شابه، مقارنة بأقسام العناية التمريضية السريرية المباشرة ( Bedside Nursing )، 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 والمساءلة) 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 الأكادي لهنة 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 أيٍ من متغيري النوع الاجتماعي والمؤهل العلمى.



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 الموضوعة.

إعداد المواد التدريبية الضرورية لتحقيق الأهداف الموضوعة.

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 غوذج 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 بالمخرجات 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) وحيث أن البرنامج المقترح قائم على مبادئ نظرية تعليم الكبار فإن ذلك يتفق مع ما قام به ديك وكاري (Cary, 19۸0 & Cary, 19۸0 ) بتطوير نموذج للتعلم الذاتي مبني على أسس تعلم الكبار، وتطبيقه على مجموعة من المتعلمين، وتوصلا إلى أنه يمكن استخدام هذا النموذج في بناء البرامج التدريبية القائمة على الكفايات باتباع الخطوات التعلم، تحديد المادة التعليمية، ومراجعة التالية: تحديد الأهداف، وتحليل المهمات، واختيار استراتيجيات التعلم، تحديد المادة التعليمية، ومراجعة المحتوى والتقييم، واستندت الباحثة إلى هذه الخطوات في بناء البرنامج التدريبي المقترح.

واتفقت الباحثة أيضاً مع أسس الطريقة النظمية 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.

بناء على ما تقدم، ومن حيث أن البرنامج التدريبي المقترح تم بناؤه على مبادئ نظرية تعليم الكبار، وغوذج العملية التمريضية، وأسس الطريقة النظمية، 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 انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (  $\alpha$  ) 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 & Nalllon, ۲۰۰۵)، والتي أشارت إلى أن طبيعة برامج التعليم التمريضي المستمر ذات التنظيم الأمثل تستند إلى عدد من المحاور، أهمها تجانس الخبرات التعليمة مع الحاجات التدريبية للفئة المستهدفة.

وتتفق أيضاً مع دراسة كيبلر (Keppler, ۲۰۰۲) 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 تحت 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., ۲۰۰۰) 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, ۱۹۹۸) 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., ۱۹۹٦) 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 ايجابية بين اشتراك الممرضين في برنامج التعليم المستمر ومستوى أدائهم.

وأخيراً، تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة جيل ويورزك (Gill & Ursic, 1998) 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.

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

#### التوصيات

استناداً إلى نتائج هذه الدراسة، توصى الباحثة بالتالى:

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 المدربن.

حجى، 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 لمهماتهم المطلوبة، رسالة دكتوراه، الجامعة المستنصرية، بغداد.

الطعاني، حسن، (٢٠٠٢). التدريب مفهومه وفعالياته، بناء البرامج التدريبية وتقويهها. عمان: دار الشروق. العاني والجميلي، طارق وأكرم، (٢٠٠٢). طرائق التدريس و التدريب المهني. طرابلس: المركز العربي للتدريب وإعداد المدرين.

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.



عليمات، محمد مقبل، (١٩٩١). تدريس التربية المهنية. اربد: دار الملاحي.

الفتلاوي، سهيلة، (٢٠٠٣). كفايات التدريس. عمان: دار الشروق.

فهمي، أميل (١٩٩٨). الاتصال التربوي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

القاسمي، علي، (٢٠٠١). "برامج التعليم التقني"، مجلة التربية الجديدة، مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الله العربية، عدد ٤٩.

قانون مجلس التمريض الأردني المؤقت رقم (٢١) لسنة (٢٠٠٢).

اللامي والنعيمي، غسان وسرمد، (٢٠٠٣). الاتجاهات العالمية في إعداد المدربين في التعليم المهني. بنغازي: دار الكتب الوطنية.

مرعي، توفيق، وآخرون، (١٩٩٣). طرائق التدريس والتدريب العامة. عمان: جامعة القدس المفتوحة.

المصري، منذر، (١٩٨٤). "التعليم الفني كتعليم مستمر"، المجلة العربية للتربية، المجلد الرابع، العدد الأول، ص: ٣٦-٤٨.

مصطفى، أحمد، (٢٠٠١). مخرجات التدريب المهني وسوق العمل في الأقطار العربية. طرابلس: المركز العربي للتدريب المهني وإعداد المدربين.

نصر الله وعاشور، على وأحمد، (٢٠٠٢). أسس تخطيط وتنظيم عملية التعليم والتدريب المهني. منظمة العمل العربية، عمان: المركز العربي للتدريب المهني.

برامج وحدة تطوير التمريض في مستشفى البشير، ٢٠٠٥.



### المراجع الأجنبية:

Brazil, k., (۱۹۹۸). Assessing the Impact of Staff Development on Nursing Practice. www.yahoo/EntrezPubmed.htm

Burns N., & Grove S.,(۲۰۰۳), Nursing Research,W.B.Saunders Co.,USA Clarke, T., & Abbenbrock, B., Hardy, L., (۱۹۹٦). The Impact of Continuing Education Program on Nursing Practice and Patient Outcomes. www.yahoo/EntrezPubmed.htm

Dewing J., & Traynor, V., (۲۰۰٤), Admiral Nursing Competency Project Development and Action Research, **Journal of Clinical Nursing**, Vol. 15, No. 14, pp. 190-74.

Dick W., & Cary L., (۱۹۸۰), **The Systematic Design of Instruction**, Glenview, scott, foresman & Co.

Ellis, L., & Nalon, M., (۲۰۰۵), Illuminating Continuing Professional Education; Unpacking the Black Box, **International Journal of Nursing Studies**, Vol. 17, No. ٤٢, pp. ٩٧-١٠٦.

Gill, K., & Ursic, P., (1995). The Impact of Continuing Education on Patient Outcomes in the Elderly Hip Fracture Population, www.yahoo/NCBI.Pubmed.htm

Guilbert, J., (۱۹۹۰), **Educational Handbook for Health Personel**, WHO Publication, No. ۳٥, Geneva.



Hegge, M., Powers, P., Hendrick, L., & Vinson, J., (۲۰۰۲). Competence, Continuing Education, and Computers,

The Journal of Continuing Education in Nursing, Vol. TT, No. 1, pp. YE-TT.

Joni, L., (۲۰۰۲). Specifying the Psychomotor Domain of the Construct of Nursing Competence. <u>Dissertation Abstract</u>. Search www.yahoo/WMU/Graduatecollege.htm

Keppler, A., (۲۰۰۲). 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. \*\*, No. 11, pp. 1\*^-1\*1.

Levin, L. S. (۱۹۸۷). **Patient education and self-care: How do they differ?** Nursing Outlook, March, ۲٦(۴).

National Association of State Medicaid Directors, (۲۰۰۱). Quality Assurance in Home and Community-Based Services Waiver Programs.

### http;// www.medicaid.aphsa.org

O' Farrel, B., Ford, M., & Wong, C., (۲۰۰۰). Evaluation of an Advanced Health Assessment Course for Acute Care Nurse Practitioners, Canadian Journal of Nursing Leadership, VOL. ۱۳, No. ۴, Jan/Feb., pp. ۸۹-۱۰۸.

Richard, I., & Carl, J., (1997). Supervision in Health Care organizations, Wiley, Inc., USA.

Rogers, C., (1979). Freedom to learn. Columbus: Merrill.



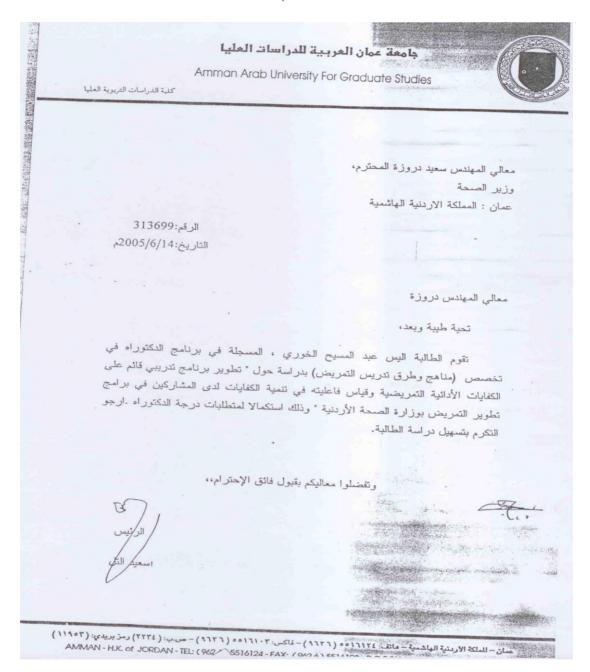
Van Hoozer, L., (1990). **The Teaching Process, theory and Practice in Nursing**, USA, Appleton-Century-Crofts.

Willetts, L., & Leff, J., (۲۰۰۳). Improving the Knowledge and Skills of Psychiatric Nurses: efficacy of a Staff Training Programme, **Journal of Advanced Nursing**, Vol. £7, No. ٣, pp. ٢٣٧-٢٤٣.

Yura H., & Walsh M.,(19AY), **The nursing process**. Washington DC, Catholic University of American Press.



# الملاحق ملحق رقم (۱)





## ملحق رقم (۲)

THE HASHEMITE KINGDOM	مملكة الأردنية الهاشمية
OF JORDAN	وزارة الصحة
MINISTRY OF HEALTH	3,3
الرون المالية	م ب ۱/در اسات /٥٥ /١١٥٨ كنات
Ref. No.	ف م
Date	المن ممالاه خيا
	وافق
القوى البشريه	ā *
الفوى البسرية	مدير بنمي
	تحية طيبة وبعد ،،،،
ون الاداريه رقم ٥/١٦/٢٥٨ تاريـــخ	اشاره لكتاب مساعد الامين العام للشؤ
به / اليس عبد المسيح الخوري باجراء در اسه	١٠٠٥/١/١٦ بخصوص السماح للطالد
التعايات الادالية التمريضية	حول تطوير برنامج تدريبي قائم على "
اجراء الدراسه حسب الانظمه والتعليمات	يرجى العلم بأنه لا مانع لدينا من
	المعمول بها ومو افاتنا بنتانج الدر اسه .
	للاطلاع لطفا .
احترامــــى	ه اقبله ا
مدير مستشفى البشير	
mit	
الدكتور ضيف الله اللوزي	
	نسخه/ رئيس قسم /شعبه ٠٠٠٠٠
	- 1/- :
	53,63
the state of the s	
	70 mg 70
: ٨٦ فاكس: ٣٨٨٣٧٣ م تلكس: ٩٩٥ ٢١ م	TOTAL TOTAL STATE OF THE STATE

الارو: ۲۰۰۰/۷/۱۱ عطوفة أمين عامر المجلس النمريضي الأمردني خية فائتتر و إحترام،،، أُمرجو الموافقة على استخدام (معايير مهنة النعريض) كأخاة لقياس مسنوى الكنايات النعريضية في ويزامة الصحة ، ضمن إجراءات اللماسة \كطروحة الله كثوماة التي أقوم بإعلاها ، خيث تسشل ننافج اللامسة على المرجعية الأساسية التي يعنملها مجلسكم الموق لمعامسة مهنة النمريض في الأسادن. ماجياً من الله تعالى كل النوفيق. و إقبلوا فائق الاحترام،،، المصضة أليس عبد المسيح خوري طالبت فكنوساء جامعت عمان العربية للدراسات العليا

# ملحق رقم (٤) قائمة بأسماء المحكمين

عطوفة السيدة دعد شوكة الأردني

الدكتور منيف قطيشات الجامعة الأردنية

الدكتور مؤيد أحمد الجامعة الأردنية

الدكتور جعفر الأسعد الجامعة الأردنية

الدكتورة أمل البندك مركز الحسين للسرطان

الدكتور باسل عمارنة جامعة العلوم والتكنولوجيا

الدكتور محمد عثمان أبو حشيش جامعة العلوم التطبيقية

الدكتورة روضة خوري جامعة مؤتة

الدكتور عمر الملكاوي جامعة مؤتة

## ملحق رقم (٥)

#### بطاقة الملاحظة:

### مقياس درجة ممارسة الكفايات الأدائية التمريضية

### أداة الملاحظة

## المجال الأول: المسؤولية المهنية والمساءلة

(۱) غیر موجودة اطلاقاً	(۲) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دامًاً	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

(۱) غیر موجودة إطلاقاً	(۲) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دامًا	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

الكفايات	(٥) دائماً	(٤) معظم الأحيان	(٣) بعض الأحيان	(۲) نادراً	(۱) غیر موجودة اطلاقاً
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- يُقَيِّم النتائج ويعدِّل 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

(۱) غير موجودة إطلاقاً	(۲) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دامًاً	الكفايات
					١- يحترم ويدعّم أدوار المستفيدين.
					٢- يحترم ويدعّم 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 وقدوة حسنة لطلبة
					التمريض والزملاء والآخرين.
					٩- يتبع التسلسل الإداري في التواصل وحسب
					الأنظمة والتعليمات المتبعة.



# المجال الخامس: الالتزام بأخلاقيات المهنة

الكفايات	(٥) دامًاً	(٤) معظم الأحيان	(٣) بعض الأحيان	(۲) نادراً	(۱) غیر موجودة إطلاقاً
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 محوافقة 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

(٣) (٤) (٥) معظم بعض داهًاً الأحيان الأحيان		معظم	بعض	(۲) نادراً	(۱) غیر موجودة إطلاقاً
- ينفذ السياسات والإجراءات المعتمدة من أجل فير البيئة الآمنة.					
- يجمع المعلومات المتعلقة بتوفير متطلبات بيئة الآمنة ويبلغ عنها.	ات المتعلقة بتوفير متطلبات				

# المجال السابع: إدارة الجودة الشاملة

(۱) غير موجودة إطلاقاً	(۲) 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 مراقبة 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

(۱) غیر موجودة إطلاقاً	(۲) نادراً	(٣) بعض الأحيان	(٤) معظم الأحيان	(٥) دامًاً	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

الكفايات	(٥) دامًا	(٤) معظم الأحيان	(٣) بعض الأحيان	(۲) نادراً	(۱) غیر موجودة إطلاقاً
<ul> <li>١- يقدم المعلومات المطلوبة للباحثين بشكل</li> <li>متسق مع سياسات البحث في مؤسسته.</li> </ul>					
٢- يوفر البيئة المناسبة لإجراء البحوث.					
<ul> <li>٣- يستخدم نتائج البحث العلمي في تطوير الممارسة التمريضية بما يتواءم مع السياسة المعتمدة.</li> </ul>					
<ul><li>٤- يحدد المشاكل السريرية التي تستدعي إجراء البحوث التمريضية.</li></ul>					



# المجال التاسع: التطوير والتعليم

الكفايات	(٥) دامًاً	(٤) معظم الأحيان	(٣) بعض الأحيان	(۲) نادراً	(۱) غیر موجودة إطلاقاً
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 1.1

UNIT ONE: The Core Components of Quality Assurance 1.7

Planning Quality Assurance Program 1.7

Creation of Quality Assurance team 1.8

Components of Quality Assurance 1.8

UNIT TWO: Quality Assurance and Quality Improvement

The quality improvement cycle 110

Identifying areas for quality improvement initiatives 117

Planning quality improvement interventions \\\\\\\\\\\\\\\\

Unit Three: Quality Through Accountability 11A

Building Accountability 119

Documenting Accountability 171

Standards and Criteria 178

The Nursing Audit 17V

Unit Four: Nursing Administration through Scientific Management and the Nursing

Process 177

Scientific Management \\YV

Professinal Trademarks 181

Framework Nursing Management Frame work 181

Nursing process and Research process YEV

Unit Five: Education as a Nursing Role 10.

The Teaching /Learning Spectrum 10.



Principles of Learning and Teaching 108

Helping the Staff to Learn 10A

Patient Education 17.

References 177 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.

<u>Accountability</u>. 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 7: 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 7: Deciding on a data collection strategy.

Step & 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:



Examples	escription		pes of quality indicators
Staff qualifications and	s and	The resour	Structural indicators
training	nizational	orş	
Staffing and supervisory	hat are	arrangements	
ratios	e in place	needed	
Staff turnover			
Licensure or credentialing			
compliance			
Record maintenance			
Physical plant and			
equipment			
Compliance contract			
provisions			



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



Outcomes indicators Th	e provision	of the	Changes/maintenance of
sei	vices has had	a positive	the functional status of the
		result	consumer
			Intensive monitoring of a
			random sample of
			consumers for specified
			outcomes
			Reported perceptions of
			service quality by
			consumers/persons able to
			speak on their behalf
			Analysis of consumer
			complaints/grievances

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 7: 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 \tan through \(\cdot\), 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 7: 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 & 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** 

ACT DO

**STUDY** 



The components are as follows:

<u>Plan</u> 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.

<u>Do</u>. 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.)

<u>Study</u> 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 a new 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.
- 7. Develop reasonable standards for all aspects of patient care and treatment that will properly meet the needs of the patient.
- **r**. Evaluate present patient services and programs to determine whether they should be maintained, expanded, improved, diminished, or discontinued.



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

o. 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 legel 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.

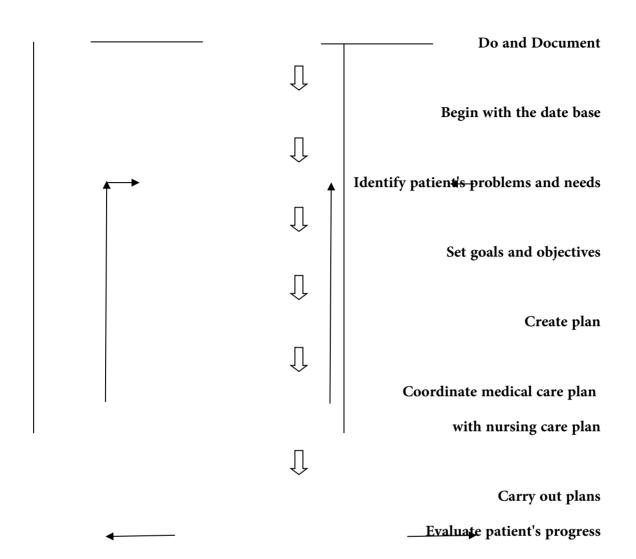
Documenting Accountability

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	discharge	summary
----------------------	----	-----------	---------

 $\int$ 

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 compete. However, each forms is designed to identify a specific essential step in the application of the nursing process. The discipline required in complaint 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 thins 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 \.\.\.\.\.\.\ percent, always; and \.\.\ 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: (1) initiate and maintain a nursing audit program, (7) organize for audit using a method decided upon within nursing, (7) include the six basic steps in the audit procedure, and (£) 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 agin 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 little. The medical records administrator should be a regular member or 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 meetingsWhen 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.TV) 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:———, Chair	man of ———	<ul><li>Committee</li></ul>		
SUBJECT:				
Recommendation:				
<u>Justification</u> (Cost, benefits, suggestions for implementation):				
(Attach supporting documen	ts ad necessary.)			
FOLLOW TURNING ACTION				
FOLLOW-THROUGH ACTION:				
Approved as recommended				
Approved with modification				
Disapproved for reasons as stated				
Referred back to committee				
Comment:				
Signed	Date	2		

(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, p٣٩).



# **Audit Summary**

TO: Ward or Unit I	Date:——			
FROM: Audit Committee Signed —	—, Chairman			
RE: Audit Topic:	<del></del>			
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				
\.Indicaitons of quality care:				
۲. Outstanding problems:				
۳. Indications of improvement:				
٤. Recommendations for improvements:				
°. 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 in 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 manger 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 skillsmust 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 grater 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 Professinal

### 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

Management			
Concept	A:	Aut	horitarian
Management			
Manager:			
			Plan
Lead			
	Control		
		I	Employees:
			Do
Concept B: Facilitative			
	Management		
	Job redesign:		
	So employees can:		
			Plan
			Do
Control			
Managers	provid	le	leadership
		wh	ere needed
	Manageme Manager:	Management Manager:  Concept	Management  Manager:  Concept B: I  Ma  Job  So empl

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, 19AV). 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 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 employee 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 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 indentified, 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 (Y)).

# 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	Planned interventions	Sample	
solutions		Methods of measurement	
		Data collection	
		Data analysis	
Implementation	Implementation	Implementation	
<b>Evaluation</b> and	<b>Evaluation</b> and	Outcomes, communication of findings,	
revision	modification	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.

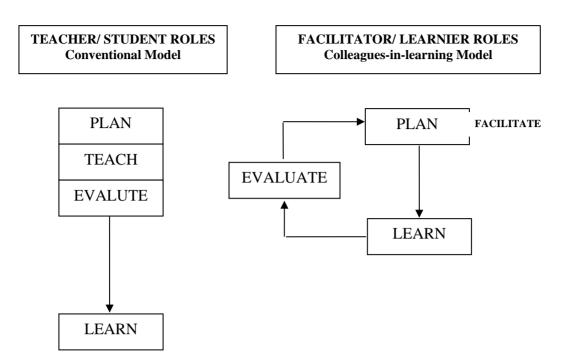
Evaluating the performance of students and workers.

Recommending advancement as deserved.

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

Roles of Teacher/Facilitator/ Learner





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; (7) 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 op 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 there is the need for immediate learning, such as an emergency, people do the best they can and lean 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 (1979), 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, 1979)

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, 199.)

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 them 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 leaning.

The facilitator regards himself/ herself as a flexible resource to be utilize 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-inservice, 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 (19AV) 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**

#### **Self-Care Education**

Assumes a sick person under the care of Does not assume sickness; assigns a another.

generic meaning to care making control of healthcare to the lay person.



Deals largely with disease.

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

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

specific skills.

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

Relies heavily on knowledge and skill person already has.

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

Uses methods suitable for teaching 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 vales, cultural background, religion, education, life style, the influence of family and friends, past experience, 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.

## References

Burns N., & Grove S., (۲۰۰۳), Nursing Research, W.B. Saunders Co., USA

Guilbert, J., (1994), Educational Handbook for Health Personel, WHO Publication, No. 70, Geneva.

Levin, L. S. (۱۹۸۷). Patient education and self-care: How do they differ? Nursing Outlook, March, ۲٦(٣).

National Association of State Medicaid Directors, (7.1). Quality Assurance in Home and Community-Based Services Waiver Programs. http://www.medicaid.aphsa.org

Richard, I., & Carl, J., (1997). Supervision in Health Care organizations, Wiley, Inc., USA. Rogers, C., (1979). 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 لمهماتهم المطلوبة، رسالة دكتوراه، الجامعة المستنصرية، بغداد.



# ملحق رقم (٧)

# الامتحان الموضوعي

### **Exam**

- Q1- Encircle the best answer, (0 marks)
- 1- 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

Y- Methods of monitoring and controlling performance include all ot fhe followings,

# except:

Provide assistance as needed

Give recognition for achievement

Correct actions when necessary

Avoid rewards for persons

- **r** Managers are the ones who:
- a. Have the maturity to manage
- b. Pan,, direct, and control workers
- c. Have the ability to manage
- d. Leads to self-direction, and accountability
- **\xi** The Frame work for Nursing Management:
  - a. Is a plan for progress



- b. Suggests a specific formula
- c. Provides interrelationships
- d. Is goal-directed
- 0- 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
- QY- Add True or False beside each statement: (1. 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.

QT- Encircle the best answer, (1. marks)

**\'- 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

**Y- 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

**\( \Text{\pi} - \text{The forms to document nursing actions are used for: } \)** 



Research studies as data base

Training nursing students

Discharge records

End of shift report

٤- Clinical nursing standards must be:

Kept at the nurse manager office

Available to al nursing staff

Developed from one source

Used for punishment

0- 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

7- 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

V- 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

9- A healthy indicator for future nursing is:

**Nurses Quality** 

**Nursing Management** 

**Nursing Audit** 

**Nursing Process** 

faculty.

**\\*\-** 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

Q٤- Encircle the best answer for each Question (۱۰ marks)

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

To provide the students with necessary information and efficiently communicate with

To facilitate recall and reinforce key concepts

To promote use of cost-effective techniques

To implement guideline policy

Y- 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

Ψ- which of the following behaviors is <u>not</u> one of th£e guidelines for effective lecturing?

Knowing the subject thoroughly.

Following an organized sequence

**Embedding probing questions** 

Summarizing main points while closing

٤- 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

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

Learner characteristics

Preparation time

**Safety factors** 

Learning experiences

7- Nurses can best determme 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

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

Large-group lecture

Independent study

**Role-modeling** 

Written materials

9- 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.

1.- 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 (1 · 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.
•••••	of 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

QY - Mach the followings (0 marks)

1. Quality Assurance Program	a. Inspection method
7. Nursing Audit	b. Measure performance
۳. Peer Review	c. Discharged patient
٤. Standards	d. Evaluate nursing staff
0. Closed chart	e. Evaluate Quality Patient Care



(Good Luck)

نهوذج الإجابة

**Answer Sheet** 

Name:....

Date: .....

٧

٨

٩

Q.

A.

•

	Q.	Α.
	1	
	۲	
	٣	
	٤	
	0	
	٦	
	٧	
	٨	
	٩	
	1.	
٤	Q.	Α.
	1	
	۲	
	٣	
	٤	
	٥	

	Q.	A.
	1	
	۲	
	٣	
	٤	
	0	
	٦	
	٧	
	٨	
	٩	
	1.	
7	Q.	Α.
	1	
	۲	
	٣	
	٤	
	0	

٦	
٧	

٨	
٩	
1.	

ملحق رقم (۸)

# مفتاح الإجابة

# **Answers Key**

1	Q.	A.
	1	С
	۲	d
	٣	d
	نن	a
	0	a
۲	Q.	Α.
	•	Т
	٢	F
	٢	Т
	نر	F
	0	Т
	٦	F
	٧	Т
	٨	F
	٩	Т
	1.	Т

٣	Q.	A.
	1	С
	۲	d
	٣	a
	٤	b
	٥	d
	٦	a
	٧	b
	٨	С
	٩	С
	١٠	b
٤	Q.	A.
	1	a
	۲	b
	٣	С
	٤	d
	٥	a
	٦	b
	٧	d
	٨	С
	•	

٥	Q.	A.
	1	F
	۲	Т
	٣	Т
	ب	F
	0	Т
	٦	Т
	٧	Т
	٨	Т
	٩	T
	1.	F
٦	Q.	A.
	1	e
	۲	A
	٣	d
	٤	b
	0	С

٩	D
١.	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: A: •• am - 10:••

Assurance pm

GOAL: Introduction to core INSTRUCTOR: SN Alice components of Quality Assurance to K. assist nursing managers in program planning.

	Content Outline	Teachi	ng/Learning		_	Time
Learning			Activities	Resour	Assessm	
Objective	Knowledge/Skill/Att	Teacher	Learners	ces	ent	Allott
	itude	Activity	Activity			ed
		Offer				
		pretest				Per
		Open				Test
Planning	Accomplish pretest	discussio		- Hando		۸:۰۰ -
quality	Overview subject	n	Perform		-	۸:۲۰
assurance	content	Summari	Pretest	ut, (P۱۳۳-	Answeri	
Program	Question & Answer	ze	Questioni	P188)	ng	۸:۲۰ -
utilizing	Review quality	statemen	ng	,	question	1-:10
core	indicators	ts	Listening	- Flip	s	
compone	categories (p 187-	Organize	Participati	Chart	- Giving	Tea-
nts	p1TV)	discussio	ng	- Ml	examples	Break
	Open discussion	n		Marker		1-:10
		Explain		Pens		-
		ambiguit				1 -: ٣ -
		у				

				l		
					-Group	
	Use				work	
Creating a						۱۰:۳
	worksheet				within	
Quality		Formulat				• -
	format				group	
Assurance		e working	Communicati	-		17:0
	named				dynamics	
team		groups (0	ng	Format	•	•
	(Appendix				-Each	
personnel		Participa	Listening	copies		
•	<b>A</b> )	-		1	Individual	
to design	,	nts for	Sharing ideas	- Papers		
o o	Utilize			_	share own	
and		each)	Develop	- Pencils		Lunc
	effective	,	•		idea	
carryout		Explain	standard	- Round		h
,	communicati	1			-Format	
effective		steps for	Statements	tables		Brea
	on skills	1			work	
program		work				k
18	Describe own				accomplish	
						17:0
	work				ed	', •
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,					
						17:7
						,,.,
						•

Developin						
g clear						
definition					г 1	
s of	Finish			-	- Each	
Quality	Worksheet	Facilitate	Group	workshe	group	
and	(Appendix	group	Discussion	et	present its	
Standards	A)	work	Worksheet	format	own	17:7
of	Review	Offer help	worked upon	- Pencils	worksheet	• -
		_	Statements,	- White	to the	10:+
performan	group work	Delineate	ideas, and	board	audience	•
ce to	Worksheet	ideas	opinions	-	- Group	
which	content	raised	agreed upon	Marker	discussion	
results will	agreed upon		0 1	pen	activated	
be				Pen	uctivated	
compared.						

Unit Two - Day Two

Improvement am



**GOAL: Present Quality** 

**INSTRUCTOR: Co-**

improvement cyclical process

Researcher

that builds on quality

assurance program in order to

train nurses how to evaluate

performance.

Learnin g Objecti ve	Content Outline Knowledge/Skill/ Attitude	Teaching g A Teacher Activity	Learne rs Activit y	Resou	Assessm	Time Allot ted
Describ e Quality improv ement process	Review handout  Delineate circular  program  components  Analyze quality  improvement in  relation to quality  indicators	Review day one activity & results Utilize Unit Two handout Formula te groups	Discus sion Listeni ng Partici pation	- Flip chart Marke r pen Hand out, (P\EE	-Group interacte d -Copies available  Member s work on formats	۸:۰۰

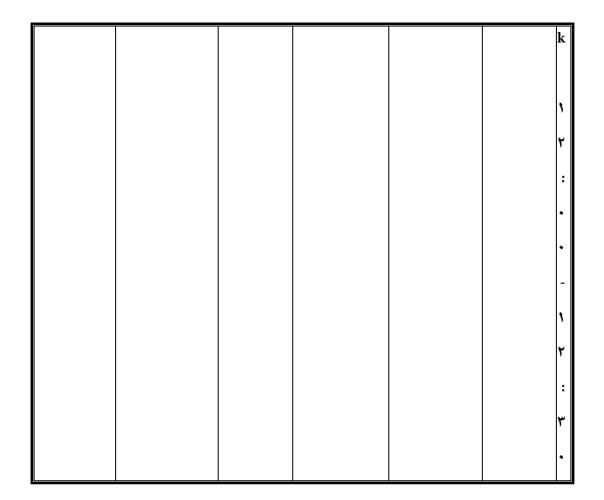


Identify area for quality improv ement interve ntions	Utilize Appendi Compare wit	B Format A oper	compa x re finding n s	- Pe	rma ts en +	-Forma work up -form revie accom	ed on nat ew	9: 9:£0  Tea  Brea  k  9:£0	
Use well defined indicator to measure performs	d unusual s factors Change e findings to a reach	Schedule timing Plan case study presenta tion within each group	Initia group wo Plan ca stud presentat	rk se dy io n	-Ove	-White board Marker pens erhead ojector - sparen cies	D	Role laying - ynamic group work -Case resenta tion	:



Study the results that will Evaluate become initial plan	each	Select case study presenter	-Draft /		
ed into program for the next nursing plan of quality	their work .	Schedule time for presentatio	- Pen + Pencil -Flip chart	-Prepare copy	
quality assurance improvem (drafted)	e e group	n and discussion	-Marker pen	draft	
				1	b r e







Unit Three - Day Two

TITLE: Quality Through TIME: \7:50 am -

Accountability 10:80-pm

GOAL: Help nurse managers develop

INSTRUCTOR: SN

Quality assurance nursing program

Alice K.

dependent on accountability of

Co-Researcher individual nurses.

**INSTRUCTIONAL PLAN** 

Unit Three - Day Two



Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/Att	Teaching Teache	g/Learning Activities Learners	Resourc es	Assessm	Time Allott
	itude	Activit y	Activity			ed
٤.						
Dev						
elop			Decide			
training		Facilita	on staff	_	_	
programs		te	educatio	Format	Appendi	
for	Work on Appendix	group	nal	copies.	x C	
employees	C	work	needs	- Pen +	worked	
and	Compare	Offer	Explore	pencil.	upon.	17:80 -
manageme	accountability with	help to	goals	- White	/-Group	18:70
nt aimed at	responsibility	each	in	board.	agreed	
improving	Apply training	membe	relation		upon	
quality care	needs			Mostra	_	
and		r	to	Marker	word	
building			philosop	pen.	done	
accountabil			hy			
ity.						



Learning Objective	Content Outline Knowledge/Skill/Att itude	Teache r Activit	Activities  Learners  Activity	Resourc es	Assessm ent	Time Allott ed
o. promote high quality of care in all aspects in order to give patients the optimal benefits, through quality assurance.	1.review Auditing process 7.Arrange home work on forms (1 , P178 + 7, P177)	Arrang e for Home Work Follow up the work done	Assign Home work Preview unit content Plan Day three activities	- White board. - Marker pen - Hando ut	-Subject content revised -Format copies delivered	18:70 -

Unit Four - Day Three

TITLE: 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.

		7T 1 ·	/T •			
	Content Outline	1 eaching	/Learning			Time
Learning	Content Outline		Activities			Time
	Knowledge/Skill/Attitud			Resources	Assessment	Allotte
Objective		Teacher	Learners			
	e	Activity	Activity			d
		netivity	Hetivity			
Assist nurse	Differentiate scientific					
managers at	management +	Explain				
all levels in	professionalism	content	Use		-	۸:۰۰ -
accepting		on page	handout	Handout	Participants	١٠:٣٠
and	Recognize Nursing	175	pages	White Board	explain	
fulfilling	Management as one	Display	17V-1V9.	Marker pen	nursing	
their	suggested framework	Table(1)	Play	Over head	process	
necessary		on an	nurse	projector	method	Tea-
roles as	Synthesize nursing and	over	manager	-	- Play	Break
effective	management concepts	head	role	Transparencies	manager	1 -: 2 -
hospital-		projector			role	1+:60
wide	Demonstrate nurse					
integrators	manager role					



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.			



# Unit Four - Day Three

Learning Outline Activities Resourc Assess Mallott  Present processoriented nursing as a system for managing care.  Compare toward the understanding and use of modern management concepts in nursing managing care.  (Handout page concepts in nursing managing care)  (Handout page concepts							
Learning   Outline   Activities   Resourc   Assess   Allott		Content	Teachii	ng/Learning			Time
Objective Knowledge/Skil Teacher Learners es ment led  Present processoriented nursing as a system for Process discussion concepts managing care.  Contribute toward the understanding and use of modern management concepts in nursing practice and learners es ment ed  Activity Activity Activity	Learning	Outline		Activities	Resourc	Assess	Time
Present process- oriented nursing as a system for managing care. Contribute toward the understanding and use of modern management concepts in nursing practice and    Activity   Activity	Ohi a etima	V n and a day (Clai)	Toodhan	I			Allott
Present process- oriented nursing as a system for Process discussion concepts managing care.  Contribute Compare toward the understanding and use of modern management concepts in nursing practice and  Revise Nursing Open Share discussion concepts and use of Share discussion concepts and use of Share discussion concepts and use of Summarize explain t - Thandou ation N*:£0 - N*:£0	Objective	Knowledge/Skii	Teacher	Learners	es	ment	ed
process- oriented nursing as a system for managing care.  Contribute toward the understanding and use of modern management concepts in nursing practice and  Revise Nursing Open Share concepts methodology Allow and Compare presentatio explain t t - Nursing process ns from ideasFlip Answe chart ring subject -Marker pen ns		l/Attitude	Activity	Activity			
oriented nursing as a system for managing care. Contribute toward the understanding and use of management concepts in nursing practice and  Revise Nursing Open Share Share Coppare Open Share Spresent Summan Share Suppartion Su	Present						
nursing as a system for process discussion concepts managing care.  Contribute Compare presentatio explain toward the understanding and use of solving process solving process solving process solving process in nursing process in nursing process in nursing process and use of concepts in nursing process and concepts in	process-						
system for Process discussion concepts managing care.  Contribute Compare presentatio explain toward the Nursing process ns from ideas.  understanding with problem- participant Discuss and use of solving process s subject management concepts in nursing practice and Process discussion concepts in present Handou ation process capacity and process in process discussion concepts in present Handou ation process capacity and process capacity and process discussion concepts in present Handou ation process capacity and process capacit	oriented						
system for Process discussion concepts managing care.  Methodology Allow and Contribute Compare presentatio explain toward the Nursing process ns from ideas.  Understanding with problem participant and use of solving process solving process solving process solving process and use of management concepts in nursing process in two concepts in the concepts in the concepts in two concepts in two concepts in two concepts in the conc	nursing as a	D 1 17 1		O.			
managing care.  Methodology Allow Al	system for	Revise Nursing	Open	Share		_	
Contribute Compare presentatio explain toward the Nursing process ns from ideas. understanding with problem- participant solving process s subject modern management concepts in nursing practice and methodology  Mallow and Handou ation  Nursing process ns from ideas.  -Flip Answe chart ring subject  -Marker questio  Review pen ns handout  Offered handout  The presentatio of t concepts in the problem ideas ideas to the problem of t concepts in the problem of t concepts in the problem ideas to the problem of t concepts in the problem of the problem of t concepts in the problem of the problem	,	Process	discussion	concepts			
Contribute Compare presentatio explain toward the Nursing process ns from ideas. understanding and use of solving process s subject modern management concepts in nursing practice and  Compare presentatio explain  Review  Discuss subject subject subject handout  Review  Participant Discuss subject subj	managing care.	methodology	Allow	and	-	present	
toward the Nursing process ns from ideas.  understanding with problem participant and use of solving process s subject management management concepts in nursing practice and ideas.  It - 1/150  It -	Contribute				Handou	ation	
understanding with problem- participant Discuss and use of solving process s subject management concepts in nursing practice and Nursing process ns from ideas.  -Flip Answe chart ring subject -Marker questio Review pen ns handout confered nursing practice and nursing process ns from ideas.  -Flip Answe chart ring subject -Marker questio pen ns handout chart ring subject ring subject pen ns handout chart ring ring ring pen ns handout chart ring pen ns handout chart ring ring ring ring ring ring ring ring	toward the	Compare	presentatio	explain	t	_	10:50 -
with problem- and use of  modern  management concepts in  participant  solving process  subject  Marker  Summarize  Review  pen  ns  handout  offered  nursing  practice and	1 . 1	Nursing process	ns from	ideas.	T-11-		11:60
and use of solving process s subject modern management (Handout page concepts in nursing practice and chart ring subject subje	understanding	with problem-	participant	Discuss	-ғпр	Answe	
management (Handout page concepts in nursing practice and	and use of			au <b>hi</b> aat	chart	ring	
management (Handout page concepts in nursing practice and page and pen ns ideas handout page offered practice and pen ns ideas handout page pen ns ideas handout page ideas handout page pen ns ideas handout page page pen ns ideas pen ns ide	modern	solving process	S	subject	-Marker	questio	
concepts in nursing practice and (Handout page ideas handout offered			Summarize	Review	***	-	
nursing practice and	management	(Handout page	ideas	handout	pen	115	
nursing practice and	concepts in	<b>**/4</b> )	offored				
	nursing	1 ( 1 ( 1 )	onered				
education.	practice and						
Cudenton.	education						
	caucation.						



	Content	Teachi	ng/Learning			
	0.41		A 40 040	D		Time
Learning	Outline		Activities	Resourc	Assess	Allott
Objective	Knowledge/Skil	Teacher	Learners	es	ment	Anott
Objective	itilowiedge/okii	reaction	Learners	Co	ment	ed
	l/Attitude	Activity	Activity			
		·	·			
					-	
					Learne	
					Learne	
					rs view	
		Assume	Participat	-Round		
Set forth a			_		unders	
	Summarize	group	e in	tables		11:60 -
guidance in the			<b>h</b> :	- Hand	tandin	
use of nursing	nursing	members	subject	- Hand	g to	17:1•
use of nursing	research	method of	content	out	g to	
process as					contect	
	approach	administrat	Show	-		
methodology				D. C	issues	
toward	comprise	ion	interest	Referen		Lunch
toward	nursing process	Organize	Introduce	ces	_	Break
Nursing	naroing process	Organize	Introduce		Inquir	Dicun
	in research	afternoon	own	(Article	_	17:1 -
Research.					y	
	perspective	activities	experience	s)		17:80
					approa	
			S		ch	
					demon	
					strated	
I	1	1	I	l	1	1



**Unit Five - Day Three** 

TITLE: Education as a Nursing Role

TIME: \7:\(\mathbf{r}\cdot\) pm - \0:\(\mathbf{r}\cdot\) pm

**GOAL:** Exploring the educational function

INSTRUCTOR: SN Alice K.

as an integral part of every nursing

department.

		Teacl	ning/Learning			Ti
Learning	Content Outline		Activities			me
Objective	Knowledge/Skill/Attitud	Teacher	Learners	Resources	Assessment	All
	e	Activity	Activity			ott ed
Develop a						
program to						
provide						
continuing				- White		
education	Revise Appendix C	Display		board		17:
to	Preview Page ۱۸۳	Figure one	Present	- Marker	- List-	٣٠
employees	Define Teacher /Learner	on white	cases	pen	Principles	-
with	roles	board		- Handout		17:
emphasis toward						**
technical						
and						
anu						



managerial education.  Apply principles of education in order to facilitate staff teaching.	Explain principles of teaching and learning	Provide Examples Open dialogue about feasibility	Demonstrat e role playing	- Handout - Flip Chart	-Offer examples	1": 1": 7.
Continue to expand and improve patient education.	Comprehend importance of Patient Teaching	Discuss with the group	Share discussion	-Handout	- Answer questions	17: 7. 17:



Conduct programs	Full Fill Appendix D					17:
of	items about self-	Encourage	Share ideas	-Format	- Appendix D	٥٠
education and	evaluation.  Compile self learning	individual discussion	Discuss events	copies - pens	accomplishe	۱٤:
research	approach				d	۲٠
					- Offer	
Evaluate role of nurses as professiona l educators.	Demonstrate teaching within the group work	Enhance for self-developmen t future planning	Participate with the activities	-Nursing Journal ,articles copies	resource materials, unit education plans and research studies	18: 7. 18: 80
Conduct post Test	Perform post testing Evaluate the workshop	observe	Perform	-Post Test and Evaluatio n forms	<ul><li>Provide</li><li>test answers</li><li>Discuss the</li><li>Evaluation</li></ul>	16:



#### 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.

Person (or Groups of people)	What I do For Them
1.	a.
	b.
۲.	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

# **DEFINTIONS FOR OUR UNIT**

FUNCITONS OF OUR NURSING STAFF MEMBERS
OUR EDUCAIOTN AND RESEARCH NEEDS

(Use additional pages as necessary)



# Appendix C

NAME: Der	
AME:Der	
	ot:
OB TITLE:———, DA	ATE
Name of your supervisor:	
Name of your department head:	
Tame and titles of persons you supervise (if you are a supervisor or m	anager):
INSTRUCTIONS: You can help prepare an up-to-dat Performance Description of what you do in your work complete as possible. list everything you think is part If you need more space, use additional sheets.	k. Please be as of vour job.
The purpose of my work is ———————————————————————————————————	
Y. For whom are you doing your work?	
T. How do you know whether or not you are performing your w	ork satisfactorily ————
	•
	c 1
f. List anything you are doing which think should not be part of	your work: ————
o. List anything you are <u>not</u> doing which you think <u>should</u> be pa	art of your work:
7. Who taught you your work?	
. Tho mught you your work:	
V. When you started on your present job, how long did it take yo	ou to learn to do the work
satisfactorily?	
•	
۸. COMMENTS AND SUGGESTIONS: Add anything else tha	t will help your work and how
you feel about it. (Use additional sheets if you need more spa	ice):



## Appendix D

# SELF-EVALUAITON OF PERFORMANCE

NAME: DATE:	
TITLE:	
DEPARTMENT: REPORTS TO:	_
PURPOSE OF YOUR WORK: (In your own words, how well do you perform	ı
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 organizaiotns)	
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

- <u>اسم البرنامج:</u> تطوير الأداء التمريضي من - <u>الفئة المستهدفة:ا</u>لمشاركون في برامج تطوير التمريض خلال ضبط الجودة والبحث العلمي بوزارة الصحة الأردنية والتعليم البشير

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف مجالات برنامج التدريب المختلفة يرجى التعبير عن مدى توافرها من وجهة نظرك بوضع إشارة  $(\sqrt{})$  في المربع المناسب.

قليلة	بدرج ة قليلة	بدرجة متوسط ة	بدرجة كبيرة	بدرج ة كبيرة جداً	الفقرات
	Ţ				المجال الأول: الأهداف
					أهداف البرنامج واضحة للمشاركين
					أهداف البرنامج تلبي الحاجات الفعلية للمشاركين
					أهداف البرنامج شاملة للنواحي
					المعرفية
					الوجدانية
					المهاراتية



لمجال 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	المجال الرابع: بيئة التدريب				
حققت بيئة التدريب الراحة النفسية للمشاركين					
			I	l	



ل التعليمية	زودت القاعات التدريبية بالوسائ			
	المعينة في التدريب			
من التعاون	ساعدت بيئة التدريب في خلق جو			
	والواصل بين المشاركين			
معة القاعات	يوجد تناسب بين عدد المشاركين و			
	التدريبية			
فطية جميع	تكفي المدة المقررة للبرنامج لتع			
	موضوعات البرنامج			
یکین	تناسب أيام التدريب المحددة المشار			
	المجال الخامس: التقويم			
في البرنامج	استخدمت أدوات تقويم متنوعة			
	(اختبارات، تقارير، بحوثالخ).			
ريب الكبار	استخدمت وسائل تقويم مناسبة لتد			
	أعطي التقويم الوقت الكافي لتنفيذه			
لتي واجهتك في أثناء تنفيذ البرنامج؟	ما هي حسب رأيك أبرز المشكلات ا			
	ما هي اقتراحاتك لتطوير البرنامج؟			
ما هي البرامج التي تراها ضرورية لك مستقبلاً؟				



