

بناء برنامج تدريبي قائم على تقويم برامج التعليم التمريضي المستمر
في القطاع العسكري وفقاً لنموذج ستفليم وبيان فاعليته
في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين

إعداد

محمد فياض المومني

إشراف

الأستاذ الدكتور عدنان الجادري

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات منح درجة دكتوراه فلسفة في التربية
تخصص مناهج علوم التمريض وطرق تدريسها

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

كلية الدراسات التربوية العليا

قسم المناهج وطرق التدريس

عمان، ٢٠٠٦

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

نموذج تفويض

أنا محمد فياض المومني، أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ
من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع: 

التاريخ: ٢٠٠٦/٨/١٩



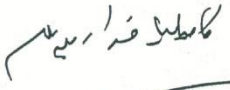

I am Mohammad Fayyad Al Momani, I am authorizing the Amman Arab University for Higher Education to supply copies of my dissertation to libraries or institutions or individuals on request.

Signature: 

Date: 19.8.006

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها "بناء برنامج تدريبي قائم على
تقويم برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع العسكري وفقاً
لنموذج ستفليم وبيان فاعليته في تنمية المعرفة التمريضية لدى
المشاركين" وأجيزت بتاريخ 2006/7/15 م

التوقيع	أعضاء لجنة المناقشة
	أ.د. يعقوب أبو حلو رئيساً
	أ.د. محمد عليمات عضواً
	د. كاميليا فؤاد عضواً
	أ.د. عدنان الجادري عضواً ومشرفاً

الإهداء

إلى روح والدي التي ما فارقتني.... وكنت استمد منها الصبر والعزيمة
إلى والدي الغالية أطال الله في عمرها
وإلى رفيقة الدرب وشريكة التعب زوجتي التي أضناها السهر على راحتي كي أبلغ
غايتي
إلى فلذات كبدي أنس، وديما، ومعتز، ومجد، ودانة
إلى إخوتي وأخواتي
إلى أصدقائي وإلى كل الذين أخذوا بيدي وساعدوا في إخراج هذا العمل .
وإلى أساتذتي الأفاضل
أهدي هذا الجهد

الباحث

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، وأفضل الصلاة وأتم التسليم على سيد المرسلين وعلى آله وصحبه ومن تبعه بإحسان إلى يوم الدين، وبعد...

أحمد الله سبحانه وتعالى أن أعانني على إتمام هذا الجهد، وأنار لي الدرب بأن سخر لي أساتذة أفاضل كان لهم الفضل في إتمامه، ويسعدني أن أتوجه بالشكر والثناء والتقدير لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور عدنان الجادري الذي ما بخل بجهد أو وقت وأعطاني الكثير من الرعاية والمساندة والتشجيع، مما كان له الأثر الكبير في إخراج هذه الأطروحة بهذا الشكل العلمي المتواضع.

كما يسرني أن أتقدم بخالص الشكر والعرفان للأستاذ الدكتور يعقوب أبو حلو والأستاذ الدكتور محمد عليماط والدكتورة كاميليا فؤاد لتفضلهم بالموافقة على المشاركة بلجنة المناقشة، فلهم مني كل الشكر والتقدير. وأتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من قام بتقديم المساعدة أثناء قيامي بإعداد وتنفيذ الدراسة وأخص بالذكر منهم الأخ الوفي الدكتور عمر ملكاوي لما قدمه من آراء سديدة ودعم ووقت وتشجيع وملاحظات ساهمت في تنقيح وتحكيم أدوات الدراسة ونتائجها.

كما وألهج بالشكر والثناء على السيد نارت شابسوغ لما قدمه من دعم وجهد طيلة مراحل إعداد الدراسة. وأسجل شكري وعرفاني إلى جميع الممرضين والممرضات في أردننا الحبيب. وأتقدم بالشكر والتقدير إلى أسرة جامعة عمان العربية للدراسات العليا ممثلة بالأستاذ الدكتور سعيد التل رئيس الجامعة والأستاذ الدكتور عبد الله عويدات نائب رئيس الجامعة للشؤون الأكاديمية وأساتذة قسم المناهج وطرق التدريس لما قدموه من رعاية صادقة ومعرفة قيمة. ولا بد من أن أسجل شكري وإعتذاري لكل من أفادني ولم يرد ذكر اسمه.

والله المستعان

الباحث

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات.....	و
Contents.....	و
قائمة الجداول.....	ح
قائمة الملاحق.....	ي
ملخص الدراسة.....	ك
Abstract.....	م
الفصل الأول خلفية الدراسة ومشكلتها.....	١
المقدمة.....	١
مشكلة الدراسة وعناصرها.....	٤
عناصر الدراسة:.....	٤
فرضيات الدراسة.....	٥
أهمية الدراسة:.....	٥
محددات الدراسة.....	٧
الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة.....	٨
الجزء الأول : الإطار النظري:.....	٨
الجزء الثاني: الدراسات السابقة.....	٢٧
ثالثاً : خلاصة الدراسات السابقة وعلاقتها بالدراسة الحالية:.....	٣٤
الفصل الثالث الطريقة والإجراءات.....	٣٨
المنهجية المستخدمة في الدراسة:.....	٣٨
مجتمع الدراسة وعينتها:.....	٣٨
أدوات الدراسة وإجراءات تطويرها.....	٤١
متغيرات الدراسة:.....	٤٦
إجراءات الدراسة:.....	٤٧
الفصل الرابع نتائج الدراسة.....	٥٥
أولاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الأول الذي ينص على:.....	٥٥
ثانياً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني الذي ينص على:.....	٥٦
ثالثاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث الذي ينص على:.....	٦٧
الفصل الخامس مناقشة النتائج والتوصيات.....	٧١

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول:	٧١
ثانياً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:	٧٢
ثالثاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:	٧٣
رابعاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:	٧٤
خامساً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:	٧٤
التوصيات	٧٧
المراجع:	٧٨
المراجع العربية:	٧٨
المراجع الأجنبية:	٨٣
الملاحق	٨٩

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
١	توزيع مجتمع الدراسة حسب المستشفى وطبيعة المشاركة	٦٠
٢	توزيع عينة الدراسة المسحية حسب المستشفى وطبيعة المشاركة	٦١
٣	معاملات ثبات لأداة القياس بأبعادها	٦٦
٤	مستويات تمثل البرامج لمعايير التقويم وفقاً للأوساط الحسابية للدرجات	٦٩
٥	أعداد المعايير موزعة على الاستراتيجيات	٨٥
٦	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل استراتيجيات نموذج ستفليم للتقييم في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين فيها مرتبة تنازلياً	٨٦
٧	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم السياق في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً	٨٧
٨	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم المدخلات في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً	٨٩
٩	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم العمليات في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً	٩١
١٠	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم المخرجات في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً	٩٣

٩٦	توزيع تقديرات المشرفين والمشاركين لدرجة تمثل برامج التعليم التمريضي المستمر لمعايير التقويم المتضمنة في استراتيجيات التقييم الأربع	١١
٩٨	نتائج اختبار (ت) بين المتوسطات الحسائية لدرجة تقييم المشاركين والمشرفين لتمثل برامج التعليم التمريضي المستمر لاستراتيجيات التقويم	١٢
١٠٠	نتائج اختبار (ت) للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج التدريبي	١٣
١٠١	نتائج اختبار (ت) للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج التعليمي	١٤

قائمة الملاحق

الصفحة	اسم الملحق	الرقم
١٢٤	أسماء المحكمين للبرنامج التدريبي المقترح	١
١٢٥	استبانة تقويم برامج التعليم التمريضي المستمر	٢
١٢٩	الاختبار التحصيلي	٣
١٣٨	معاملات الصعوبة والتمييز حسب النص	٤
١٤٠	البرنامج التدريبي المقترح	٥
٢٥٩	قائمة الشطب (Check List) لخطوات الغيار على الفتحات الاصطناعية	٦

بناء برنامج تدريبي قائم على تقويم برامج التعليم التمريضي المستمر

في القطاع العسكري وفقاً لنموذج ستفليم وبيان فاعليته

في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين

إعداد

محمد فياض المومني

المشرف

الأستاذ الدكتور: عدنان الجادري

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج تدريبي لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري يستند على نتائج التقويم القائمة على نموذج ستفليم وبيان أثره في تنمية المعرفة التمريضية. وتمثلت مشكلة الدراسة في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

ما المعايير الأساسية التي يتضمنها نموذج ستفليم لتقويم برنامج التدريب التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وفقاً لاستراتيجياته التقييمية (CIPP)؟

ما درجة تمثل المعايير التقييمية القائمة على نموذج ستفليم في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري من وجهة نظر كل من مشرفي التدريب التمريضي والمشاركين؟

هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات تمثل المعايير التقييمية في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري تُعزى لطبيعة المشاركة (مشرف تدريب، أو مشارك)؟

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري؟

ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر؟

تكون مجتمع الدراسة من جميع مشرفي التدريب والمشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري للأعوام (٢٠٠١-٢٠٠٥)، ولتقويم برامج التعليم المستمر تم اختيار عينة بنسبة (٢٣,٣%) من مجتمع الدراسة، وقد بلغ عدد أفرادها (٢٣٥) فرداً، تم اختيارها بالطريقة الطبقيّة العشوائية (Stratified Random Sample) وبواقع (٢٠٤) مائتين وأربعة مشاركين و(٣١) مشرفاً، موزعين على كافة مستشفيات

وكليات القطاع الصحي العسكري.

ولتحقيق أهداف الدراسة أعدت الأدوات الآتية:

استبانته لتقويم برامج التعليم التمريضي المستمر تضمنت (٤٣) معياراً تقويمياً تم استخلاصها من نموذج ستفليم في التقويم (CIPP Model) لغرض تحديد درجة تمثلها في برامج التعليم التمريضي المستمر واشتملت على أربع استراتيجيات تمثلت في السياق/ البيئة، والمدخلات، والعمليات، والمخرجات.

برنامج تدريبي لتنمية المعرفة التمريضية، تناول العناية بالفتحات الاصطناعية (Stoma Care).

اختبار التحصيل المعرفي: وتكون من (٥٠) سؤالاً من نوع الاختيار من متعدد.

وللتحقق من أثر البرنامج التدريبي المقترح تم اختيار عينة الدراسة التجريبية بالطريقة العشوائية وتكونت من (٦٤) فرداً تم توزيعها عشوائياً إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) بواقع (٣٢) فرداً في كل مجموعة. وتم التأكد من صدق الأدوات وثباتها، وللإجابة عن أسئلة الدراسة تم جمع البيانات واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وإجراء المقارنات البعدية باستخدام اختبار (ت) وبعد تحليل البيانات، خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

تحديد (٤٣) معياراً تضمنها نموذج التقويم الذي تم تطويره وفقاً لنموذج ستفليم لتقويم البرامج جاءت في أربعة استراتيجيات هي: السياق/ البيئة، المدخلات، العمليات، والمخرجات.

درجة تمثل أبعاد نموذج ستفليم في برامج التعليم التمريضي المستمر كانت متوسطة. وقد تم تحديد (٢٧) معياراً حصلت على تقديرات ضعيفة ومتوسطة شكلت الأساس لبناء البرنامج التدريبي. بناء برنامج تدريبي (العناية بالفتحات الاصطناعية) تكون من (١٢) وحدة تم تحديدها استناداً إلى نتائج التقويم.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) بين متوسطات علامات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار ولصالح المجموعة التجريبية يعزى لأثر البرنامج التدريبي. وقد خلصت الدراسة إلى عدد من التوصيات كان من أبرزها ضرورة تقويم برامج التعليم التمريضي المستمر بشكل دوري. وإجراء دراسات أخرى لتطوير برامج التعليم التمريضي المستمر وكافة القطاعات الصحية الأخرى.

Constructing a Training Program Based on the Evaluation of
Continuing Nursing Education Programs in The Military Sector
According to Stufflebeam Model and Identifying its Effectiveness in
Developing Nursing knowledge

Prepared by
Mohammad F. Al Momani

Supervised by
Professor Dr. Adnan Al-Jadery

Abstract

The purpose of this study was to construct training program based on the evaluation of continuing Nursing Education Programs in military sector according to Stufflebeam Model, and identifying its effectiveness in developing Nursing Knowledge.

The study questions were:

What are the basic standards included in Stufflebeam evaluation model according to its strategies?

What is the degree of assimilation of Stufflebeam Standards in continuing Nursing education programs in military health sector from the point of view of instructors and participants?

Are there any significant statistical differences among the assimilation of the evaluation standards in the continuing Nursing Education programs in military health sector related to the nature of participation (Supervisor, Participant)?

What are the components of the proposed training program to develop Nursing Knowledge among the participants in continuing nursing education programs in military health sector?

What is the effect of the constructed program on developing nursing knowledge education programs in military health sector?

The target population of the study consisted of all supervisors and participants in continuing nursing education programs in military health sector in the last five years (٢٠٠١-٢٠٠٥). Total number of the sample that used to evaluate the continuing nursing education programs was (٢٣٥) selected by using stratified random sampling method.

To answer the study questions, the following tools were used:

The researcher developed a questionnaire based on Stufflebeam evaluation model of (٤٣) standards to identify the degree of its assimilation in the continuing nursing education programs. The questionnaire included four strategies (Context, Inputs, Processes, Products).

A training program (stoma care) was developed based on the evaluation results.

An achievement test of (٥٠) multiple choice questions was used to examine the effectiveness of the proposed program.

To identify the effect of the constructed training program, a random sample of (٦٤) participants were randomly selected and randomly assigned into control and experimental groups

Validity and reliability were assured, and to answer the study questions descriptive statistical measures (Mean, Sd) were used. T-test was used to answer the second and fourth study questions.

The results of the study were:

٤٣ standards distributed into four strategies (Context, Inputs, Processes, Products) based on Stafflebeam model were identified.

٢٧ standards rated as weak and moderate were identified and considered the bases for the constructed program.

Training program was constructed (Stoma Care) of (١٢) units identified according to the (٢٧) weak and moderate standards.

There was a significant difference between the experimental and control groups ($\alpha = ٠,٠٥$) in the participants achievements in favor of the experimental group due to the effect of the constructed program.

The results of this study recommended the necessity of evaluating the continuing nursing education program periodically, and conducting other studies to improve continuing education in nursing and other health sectors.

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

يتناول هذا الفصل خلفية الدراسة ومشكلتها وعناصرها وفرضيتها وأهميتها والتعريفات الإجرائية لمتغيراتها ومحدداتها.

المقدمة

إن التعلم ضرورة حياتية مشروعته، وهو حق أساسي من حقوق الإنسان، توضع له السياسات والخطط وترصد له الميزانيات. ولا يقتصر اكتسابه على شريحة معينة من شرائح المجتمع أو يحدد بمرحلة عمرية، ويأخذ أنماطاً عديدة منها على سبيل المثال: التعليم النظامي، والتعليم الموازي، والتعليم المستمر. وهذا النمط التعليمي الأخير (التعليم المستمر) يخدم شرائح عريضة من المجتمع، وبخاصة تلك التي لسبب أو لآخر قد فاتتها فرص التعليم النظامي، أو ان ظروفها الحياتية أو العملية تحتم عليها الانخراط في هذا النوع من التعليم لأجل تطوير قدراتها وتنمية مهاراتها العملية والفنية بما يتلاءم مع احتياجاتها وتطلعاتها المهنية.

إن تطوير قدرات الفرد ومهاراته يسهم بشكل أو بآخر في إحداث النمو الذاتي وبذلك يصبح مدخلاً لتنمية المجتمع الذي يعتمد أساساً على برامج التعليم مما يؤدي إلى رفع كفايته وإمكاناته ومن ثم زيادة فرصته في الإسهام الإيجابي الفاعل في البناء الحضاري. كما أن هذا التوجه في تحقيق التنمية المرتكزة على تنمية الإنسان يساعد المجتمع على أن ينعم بإمكانياته البشرية الذاتية بتوفير الكوادر العلمية والفنية اللازمة، وبما يمكن من التحكم في مسار التنمية ونوعيتها واستمراريتها. (أبو حمرا، ٢٠٠٠).

ويعد التعليم احد المداخل الرئيسة والهامة لعملية التنمية البشرية والتي بدورها تسهم في عملية الرقي والتطور وإحداث التنمية الشاملة التي تصبو إليها كل دولة والتي تشمل كل نواحي الحياة الإنسانية وتوجيهها إلى كل ما يخدم الإنسان في إطار المجتمع الذي يعيش فيه وكل ما يدعم أنشطة الحياة المادية والبشرية، ولا بد من الإشارة هنا إلى دور التقدم التكنولوجي وأثره في التطور العلمي والمعرفي وأثر ذلك في الحياة الإنسانية، وإذا تم استعراض تجارب الدول الناجحة والتقدم الذي حققته، يظهر نحوها في ظل التقدم العلمي والمعرفي والتكنولوجي ويعد التعليم هو المدخل إلى ذلك التقدم (السليطي، ٢٠٠٣).

ومع التحول للنظام العالمي الجديد الذي ينادي بعالم واحد دون حدود ثقافية، أو إعلامية أو اقتصادية، أصبح التعليم والتدريب الركيزة الأساسية التي تمكّن أبناء الأمة من الحفاظ على هويتهم لمواجهة التحديات الحالية والقادمة، فإذا كانت العولمة تعمل على تقريب المسافات بين الشعوب، وتوفر لهم الأدوات التي تمكنهم من

مواجهة المشكلات التي تعترض حياتهم بدءاً بالاحتياجات الرئيسة، وصولاً لتحقيق ذاتهم، إلا أنها قد تؤدي إلى نتائج مدمرة حينما يظل العالم مقسماً إلى أقوياء وضعفاء غير قادرين على الإمساك بالادوات التي تمكنهم من المشاركة في أنشطة المجتمع. (نجم، ٢٠٠٣)

وأمام هذا التحدي كان لابد من جهود متعددة في إطار تطوير منظومة العملية التربوية والتي تتبلور في تحسين التعليم والاهتمام بجودة العملية التعليمية وسد الفجوة النوعية في التعليم وضمان توفر الاحتياجات الأساسية للبنية التعليمية ووضع خطط متميزة لتدريب القوى البشرية، وكذلك تطوير المناهج التربوية في إطار تدعيم مضمون الانتماء والهوية والإفادة من الرؤى والتوجيهات التربوية الجديدة والتي تحقق دعماً لتطوير العملية التربوية (نجم، ٢٠٠٣).

ويحتل التدريب والإعداد المهني مكانة متميزة في النظم التعليمية في معظم دول العالم، المتقدمة منها والنامية، وذلك بسبب الحاجة الماسة إلى نواتج التعليم المهني، لرفد مجالات العمل المختلفة بالقوى العاملة المؤهلة. ولذلك فقد أضحى التعليم الفني والتدريب المهني ضرورة اجتماعية وحضارية في العصر الحديث. إذ أن هذا النوع من التعليم يرجع إليه الفضل في تنمية الحضارات الإنسانية العريقة. و الدليل على ذلك النجاحات المذهلة التي أحرزها اقتصاد الدول المتقدمة كاليابان والمملكة المتحدة. إذ يرى الكثيرون أن من العوامل التي أسهمت في إحراز هذا النجاح نوع النظام وماهيته الذي تتبعه الدول المتقدمة في التعليم الفني والتدريب. وهذا النوع من التعليم فرصة لربط النظرية بالتطبيق في ظل مجتمع أو مجتمعات تشهد كثيراً من التغيير والتبديل. (حوالة، ٢٠٠٣)

وبناءً عليه فإن هذه التحديات أوجبت تطوير النظم التربوية لخلق الإنسان الفاعل، متعدد المهارات والقادر على التعلم الذاتي والمستمر، والذي يقبل إعادة التدريب والتأهيل عدة مرات في حياته العملية. فالتعليم والارتقاء به هو المدخل لخريطة العالم الجديدة، والطريق إليها، وهو المحور الأساس للأمن القومي ولتحقيق التنمية البشرية، ومواجهة التغيرات الحالية والمستقبلية. ومن أجل ذلك كان لابد من إيجاد بدائل غير تقليدية لتوفير التعليم للجميع، في جميع المراحل العمرية، للرجال والنساء على حد سواء، ولل كبار والصغار، وكذلك للأغنياء والفقراء، ممن سبق لهم التعليم أو لم يحصلوا على قسط منه، في الريف والحضر، ومن هنا فالجميع لابد أن يحصلوا على التعليم الملثم للعصر وتغيراته ومتطلباته (حوالة، ٢٠٠٣).

إن التقدم العلمي والتقني الذي يشهده العالم من حولنا وبالأخص في المجال الصحي والذي ترك أثراً جلياً على الممارسات التمريضية، هو أن مهنة التمريض هي إحدى المهن المحورية في النظام الصحي والتي تسير كل التطورات والتغيرات التي تحدث من حولها وإدراك المجتمعات لهذا التطور، عزّز من حق المنتفعين بالمطالبة بتوفير رعاية صحية لهم وتقديمها بشكل متميز وبحيث تكون شاملة لكافة الجوانب المتعلقة بصحة الإنسان. إن هذا الوضع فرض على المهنة متابعة ومسايرة كل ما هو جديد من خلال إعداد وتنفيذ برامج تعليمية وتدريبية مستمرة تهدف إلى تحديث المعارف والمهارات والكفايات لدى الممرضين كل في مجال اختصاصه في مرحلة ما بعد التعليم النظامي. لقد بدأ التوسع والانتشار في تطبيق وممارسة التعليم التمريضي بشكل أساس في الستينيات ووصل إلى درجة عالية من الأهمية في السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، حيث أن العديد من المعاهد العليا والعاملين بهذا المجال من مسؤولين ومشرفين ونقابات مهنية ركزت جل اهتمامها نحو تطوير برامج التعليم التمريضي المستمر كما ونوعاً لما لها من أهمية في تحسين الممارسة التمريضية والتي تنعكس إيجاباً على نوعية الرعاية المقدمة لأفراد المجتمع. (Waddell, 1990)

إن التعليم المستمر في القطاع الصحي الأردني لا يزال في بداياته، بالرغم مما لهذا الموضوع من أهمية في مواكبة كل ما يستجد في العلوم الطبية والمجال الصحي في العالم وهذا جعل من الضروري إيلاء هذا الموضوع الأهمية التي يستحقها في الأردن كي يسهم في رفع كفاية العاملين وتحديث معارفهم لينعكس إيجاباً على تقديم رعاية صحية مميزة للمنتفعين في هذا المجال، وبخاصة أن الأردن يستقطب أعداداً كبيرة من أبناء الدول الشقيقة والصديقة ليتلقوا العلاج المتقدم في قطاعاته الصحية المختلفة العامة منها والخاصة لأن الأردن يعد مركز جذب للسياحة العلاجية لما يمتلكه من خبرات متقدمة وكوادر مؤهلة في جميع مجالاته الصحية المتعددة.

ونظراً للدور البارز الذي تحتله مهنة التمريض في تقديم العناية الصحية المميزة، أصبح يقع على عاتق العاملين فيها في القطاعات الحكومية والأهلية مواصلة تعليمهم وزيادة تحصيلهم المعرفي والمهاري وخبراتهم من خلال المشاركة في برامج تعليم وتدريب مستمرين لتواكب التقدم والتطور العلمي والتكنولوجي الذي يصب في مصلحة المجتمع وخدمته.

ولكون القطاع الصحي العسكري يأتي في المرتبة الثانية من حيث توفير وتقديم الرعاية الصحية بعد وزارة الصحة، ولما يتمتع به من سمعة طبية وخبرة عالية، في تقديم أفضل مستويات المعالجة، فلا بد من أن يكون هناك إعداد جيد وتنفيذ متواصل لبرامج التعليم والتدريب المستمر للممرضين والممرضات، وذلك بهدف

إعداد جيل يتمتع بالمعرفة والخبرة والكفاية تمكنه من مواكبة المستجدات والتطورات العلمية بغية الارتقاء بمستوى مهنة التمريض وإبراز هويتها وخصوصيتها كمهنة مستقلة في إدارتها وعلومها وخبراتها تسهم في تعزيز الوضع الصحي لأفراد المجتمع.

إن عملية تقويم برامج التعليم والتدريب المستمر في مجال مهنة التمريض عموماً وفي القطاع الصحي العسكري بشكل خاص لغرض الوقوف على مواطن الضعف والقوة، ومعرفة الأسس التي تعد فيها هذه البرامج تشكل مهمة أساسية لوضع هذه البرامج في مسارات صحيحة ومؤثرة من حيث الإعداد والتنفيذ وما يتطلع أصحاب القرار إليه من مخرجات فاعلة وقادرة على تحقيق الأهداف التي أعدت من أجلها في ضوء ما يكتسبه الممرض والممرضة من معارف جديدة ومهارات أداية وتغير في السلوك والاتجاهات.

لهذا فإن الغرض من هذه الدراسة هو تقويم برامج التعليم التمريضي المستمر الحالية استناداً إلى نموذج ستفلييم (Stufflebeam) وبناء برنامج تدريبي لتنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين.

مشكلة الدراسة وعناصرها

إن الغرض من هذه الدراسة كان بناء برنامج تدريبي لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري، يستند على نتائج التقويم القائمة على نموذج ستفلييم وتحديد أثره في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين. وذلك استجابةً للحاجة لمخرجات بحثية تسهم في تطوير برامج التعليم التمريضي المستمر وتحسينها من خلال القرارات التي يتبناها القائمون على إعدادها وتنفيذها.

عناصر الدراسة:

ستجيب هذه الدراسة عن الأسئلة الآتية:

ما المعايير الأساسية التي يتضمنها نموذج ستفلييم لتقويم برنامج التدريب التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وفقاً لاستراتيجياته التقييمية (CIPP)؟

ما درجة تمثل المعايير التقييمية القائمة على نموذج ستفلييم في برامج التعليم المستمر في القطاع الصحي العسكري من وجهة نظر كل من مشرفي التدريب التمريضي والمشاركين فيه؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات تمثل المعايير التقييمية في برامج التعليم التمريضي المستمر

في القطاع الصحي العسكري تُعزى لطبيعة المشاركة (مشرف تدريب، أو مشارك)؟
ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي
المستمر في القطاع الصحي العسكري؟
ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي
المستمر؟

فرضيات الدراسة

في ضوء مشكلة الدراسة وأسئلتها تضمنت الدراسة الحالية الفرضيات الآتية:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) في المتوسط الحسابي لتقديرات تمثل المعايير
التقويمية في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري تُعزى لطبيعة المشاركة (مشرف
تدريب، أو مشارك).
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0,05$) في متوسط المعرفة التمريضية بين الاختبارين
القَبْلِيَّ والبَعْدِيَّ تُعزى لأثر البرنامج التدريبي المقترح.

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال انسجامها مع الاتجاهات الحديثة في التربية التي تؤكد على ضمان
تلبية حاجات التعلم لكافة الممرضين والممرضات في عصر يتميز بالتحويلات الاقتصادية والاجتماعية
والتكنولوجية المتواصلة من خلال الانتفاع المتكافئ ببرامج ملائمة للتعلم لاكتساب المهارات اللازمة للحياة .
ولقد أشار لذلك المنتدى العالمي للتربية الذي عقد في داكار (٢٠٠٠)، بتوصيته بأن تسعى المؤسسات التربوية
إلى معالجة العديد من المشاكل التي يواجهها الإنسان المعاصر نتيجة النظم التربوية التقليدية، مما حتم ظهور
الحاجة إلى بدائل تربوية جديدة، والتعليم المستمر هو أحد هذه البدائل.
وتنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية التعليم المستمر كحركة مستجدة في التربية المعاصرة نتيجة ظهور
حقائق واضحة تميز العصر الحديث وتطبعه بسمات معينة يصبح معها التعليم المستمر مطلباً أساسياً وحاجة
ملحة. ومن هذه السمات التي تصبغ الأهمية التي تولى لبرامج التعليم المستمر ما يلي:

التغير السريع والمستمر في مختلف مظاهر الحياة وبخاصة في ميادين العلوم والتكنولوجيا وما يصاحبها من تغيرات اقتصادية واجتماعية وتربوية وثقافية.

مظاهر التهديد المستمر لحياة الإنسان الناجمة عن التغيرات السريعة في كافة الميادين العملية والتكنولوجية الذي يحتم ظهور الحاجة إلى التعليم المستمر لمعالجة الآثار السلبية المرتبطة بالتغير في بعض الميادين لارتباطها بالنظم التربوية كالتهديد الناجم عن التقادم والتهديدات السيكولوجية الناتجة عن التغير بشكل سريع في ميادين العمل والعلاقات الاجتماعية، حيث يفقد الأفراد المعاني الحقيقية لتفاعلاتهم مع بيئاتهم وبالتالي الثقة في قدرتهم على فهم أنفسهم وعلاقاتهم في المجتمع، وأن هذه الحالة الداخلية من عدم اليقين يمكن أن تؤدي بالتالي إلى ظهور مشاعر الغربة الهدامة لكيان الفرد و ذاته. كما أن التغير السريع يهدد البنية الاجتماعية التي يتفاعل ضمنها الأفراد بالتفكك والزوال سواء أكان ذلك في ميادين العائلة أو العمل أو الجماعات الصغيرة التي ينتمي إليها الإنسان.

القصور والعجز في الأنظمة التربوية التقليدية وتركيزها على التدريس على حساب التعلم من الحياة وخارج جدران المدرسة. (توق، ١٩٨٠)

وتأتي أهمية هذه الدراسة من كونها واحدة من أوائل الدراسات البحثية التي استندت إلى نموذج (Stufflebeam) لتقويم برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي وذلك للإسهام في التغلب على المعوقات التي تواجه النظم التعليمية باستخدام أساليب حديثة وبتكلفة أقل وبفعالية أكثر وذلك بتوظيف التعليم المستمر في القطاعات الصحية والعمل على توسيع دائرة الفهم لدى الممرضين والممرضات وبعث النشاط فيهم و المساعدة على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم وحفزهم على مواصلة التعليم وتعزيز الذاتية الثقافية وتأمين خدمات تعليمية متكيفة مع طموحات وخصائص وحاجات مختلف الأعمار ومساعدة الفرد على إدراك نفسه وتحديد مكانه في عالم متغير من خلال التجديد الشامل للنظام التربوي عبر تطوير مستمر.

وقد تسهم الدراسة الحالية في ضوء النتائج التي تتوصل إليها في لفت انتباه القائمين على برامج التعليم التمريضي المستمر والمشرفين عليه إلى عدد من الإجراءات اللازم اتخاذها فيما يتعلق بالبرامج التدريبية ، وطرق التدريس التي قد تسهم في تطوير نوعية تلك البرامج وتحسينها لدى المشاركين، وهذا مطلب حيوي ينشده النظام التربوي في القطاع الصحي.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

التقويم: عملية التخطيط لجمع المعلومات والبيانات المطلوبة عن البرنامج التدريبي التمريضي القائم والحصول عليها وتجهيزها للحكم عليها لغرض تأسيس قاعدة لاتخاذ قرارات من شأنها أن تحسن واقع البرامج التدريبية الحالية.

التعليم التمريضي المستمر: مجموعة نشاطات ومهارات وخبرات ومعارف مهنية تقدم للممرضين والممرضات في القطاع الصحي العسكري لتطوير أدائهم وخبراتهم في الممارسة المهنية وفق أسلوب علمي ومنظم. البرنامج التدريبي: هو مجموعة من الأنشطة والفاعليات التي تهدف إلى تنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين حول العناية، بالفتحات الاصطناعية. وقد تم بناؤه استناداً إلى الأدب النظري وآراء الخبراء، ويتضمن هذا البرنامج الأهداف العامة والخاصة والمحتوى وطرق التدريس وأساليب التقويم المعتمدة فيه. الممرض أو الممرضة (المشاركون): كل من أنهى ٣-٤ سنوات دراسية في إحدى الكليات أو الجامعات المعترف بها ومسجل لدى نقابة الممرضين والممرضات الأردنية وشارك في دورات وبرامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري.

المعرفة التمريضية: درجة امتلاك المشاركين والمشاركات للمعرفة التمريضية المتعلقة بالبرنامج التدريبي المقترح (العناية بالفتحات الاصطناعية) مقاساً بالاختبار التحصيلي. تمثل المعايير التقويمية في برامج التعليم التمريضي المستمر: درجة تمثل المعايير التقويمية المتضمنة في نموذج ستفليم (السياق، المدخلات، العمليات، المخرجات) في برامج التعليم التمريضي في القطاع الصحي العسكري مقاساً بنموذج التقويم الذي طوره الباحث وفقاً لنموذج ستفليم (١٩٨٣). الفتحات الاصطناعية: هي فتحات جانبية بديلة عن الفتحات الطبيعية تجري من خلال مداخلات جراحية لتصريف البول أو البراز عن طريق الجلد.

محددات الدراسة

إن نتائج هذه الدراسة تبقى مرهونة بالمحددات المكانية والزمانية والمنهجية التالية: تقتصر الدراسة على برامج التدريب التمريضي التي تعدها الخدمات الطبية الملكية في القطاع الصحي العسكري.

٢- عملية التقويم لبرنامج التدريب التمريضي تعتمد على استخدام نموذج ستفليم للتقويم.
٣- تقتصر الدراسة على المشاركين في البرامج التدريبية للأعوام من (٢٠٠١-٢٠٠٥) والمشرفين على برامج التدريب التمريضي المستمر في تلك الفترة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتضمن الفصل الثاني جزأين هما الإطار النظري للدراسة والذي يتناول نشأة التعليم المستمر وتطوره التاريخي ومفهومه وخصائصه وأنواعه وتوجهه الفلسفي وأهدافه وأساليب تعليمه ونماذج تقويمه، والجزء الثاني يتضمن الدراسات السابقة حيث تعرض فيه الدراسات ذات العلاقة بالدراسة الحالية التي تركز على الدراسات التي أجريت على التعليم التمرضي المستمر.

الجزء الأول : الإطار النظري:

نشأة التعليم المستمر وتطوره التاريخي:

قبل أن يخترع الفكر البشري المدرسة ويرسي أبنيتها، ويؤسس أنظمتها، ويطور مناهجها، وينظم العلاقة بين المعلمين والتلاميذ فيها، كان التعليم يتم - كما هي الحال في المجتمعات البدائية - في مسكن الأسرة، وفي مقر العمل، وفي كل مكان يرتاده الإنسان. فقد كان الفرد يتلقى معلوماته ومعارفه وينمي مواقفه واتجاهاته ويكتسب مهاراته وخبراته عن طريق الوالدين وإخوته الكبار، وأقرانه وأصحابه في القرية ورؤسائه وزملائه في الحقل والعمل وعن طريق التجربة والخطأ والملاحظة والتأمل في كل ما يحيط به في بيئته ومجتمعه. ولم يكن هناك شخص معين ينفرد بالاضطلاع بمسؤولية التعلم ولم يكن ثمة بناء يتخصص باحتضان عملية التعليم ، ولم تكن هناك فترة زمنية مقننه في عمر الإنسان يبدأ التعلم في مطلعها ويتم بانقضائها وإما " كان النشاط التربوي حينما يتعرض الفرد لتأثيرات الآخرين فيه " (Larousse, ١٩٧٣). "فالحياة كانت برمتها مجالاً للتربية ، وكانت التربية تتواصل مدى الحياة بأكملها" (كرهير ، ١٩٧٤ ص ٣٢٩) .

ويرى المذكور (١٩٩٨) أن تعليم الكبار الذي يعتبر جزءاً من منظومة التعليم المستمر هو الأصل الذي خرجت من تحت عباءته عملية التعليم والتعلم المدرسية المعروفة الآن. وأضاف أن الإسلام قد أسهم في إنشاء وتطوير علم تعليم الكبار منذ أن بدأ الحق سبحانه وتعالى تعليم البشرية بتعليم سيدنا آدم (عليه السلام) وتجهيزه لحمل أمانة التكليف وتنفيذ منهج الله باختياره، حيث قال تعالى {وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَؤُلَاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ} (سورة البقرة ٣٢).

ويشير يسف (١٩٨٨) على انه لم يتبلور مفهوم التربية الشاملة المستديمة مدى الحياة، وترسى أسسه وتوضع مبادئه إلا ببزوغ فجر الإسلام بالبعثة النبوية بوصفه تربية جديدة موجهة إلى كل الناس في كل مكان وقال تعالى {إِنَّ هُوَ إِلَّا ذِكْرٌ لِّلْعَالَمِينَ} (سورة التكوير ٢٧) دون تفريق بين ذكر وأنثى، فهي فرض واجب على الجنسين، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة" (حديث شريف صحيح) وعلى القائمين بالأمر واجب توفيرها للمسلمين وقال تعالى {يَا أَيُّهَا الرَّسُولُ بَلِّغْ مَا أُنزِلَ إِلَيْكَ مِن رَّبِّكَ وَإِن لَّمْ تَفْعَلْ فَمَا بَلَّغْتَ رِسَالَتَهُ {

(سورة المائدة ٦٧). وتستغرق هذه التربية الجديدة حياة الإنسان كلها "أطلب العلم من المهد إلى اللحد" ولا تقتصر على مكان معين بذاته أو بلد مخصص بعينه وقد قال الرسول صلى الله عليه وسلم "أطلب العلم ولو في الصين" (حديث شريف). كما لا يضطلع بهذه المهمة شخص معين وإنما يتعلم المسلمون بعضهم من بعض وقال صلى الله عليه وسلم "ليعلمن قوم جيرانهم، وليفقهنهم، وليعظنهم، وليأمرنهم، ولينهونهم، وليتعلمن قوم من جيرانهم" (حديث شريف رواه البخاري). ولا تتوقف التربية الشاملة عند حد كمي أو نوعي، قال تعالى {وقل ربي زدني علماً} (سورة طه ١١٤)، وهدفها تنمية العقل الإنساني وتدريبه على التفكير والتفكير والتدبر يقول تعالى {كِتَابٌ أَنْزَلْنَاهُ إِلَيْكَ مُبَارَكٌ لِّيَدَّبَّرُوا آيَاتِهِ وَلِيَتَذَكَّرَ أُولُوا الْأَلْبَابِ} (سورة ص، آية ٢٩).

ويرى الجيار (١٩٩٨) أن التربية الشاملة الجديدة أثمرت ازدهار حضارة عربية إسلامية أسهمت عن طريق الإيمان والعلم والعمل- في تقدم البشرية ورفعتها. وأن أصول هذه التربية الشاملة المستديمة ومبادئها قد طواها النسيان عند خمول الحضارة العربية الإسلامية واضمحلالها وقامت كبديل عنها المدنية الغربية على المدرسة ونظامها التعليمي حتى ظهر قبل عقود ثلاثة بعض المفكرين الغربيين الذين وجهوا الانتقاد إلى النظام المدرسي وبينوا عدم كفايته في تلبية حاجات الناس التربوية واتهموا المدرسة بأنها أمست بؤرة لتعليم التسلط والخنوع (Illich, ١٩٧١)، وشرعوا في البحث عن نظام تربوي بديل، فاهتدوا إلى (التعليم المستمر) وكان المفهوم يَخترع لأول مرة في التاريخ من لدن الغرب.

ولم يكن الإسلام وحده هو الذي أسهم في إنشاء علم تعليم الكبار وتطوره، فالمجتمعات البدائية التي كانت سائدة في أجزاء كثيرة من قارات العالم قبله وبعده قد أدلت بدلها هي الأخرى في هذا الشأن إذ تناول الإغريق التربية من زاوية فلسفية خاصة في أثينا حيث أهملت فيه شأن البيت والأسرة في التربية، وسار

الرومان في اتجاه معاكس لما تضمنته جمهورية أفلاطون واهتمت بشأن البيت والأسرة في التربية إذ كان تعليم الأطفال والشباب يبدأ في الأسرة ويسير على أساس التقليد والمحاكاة. وفي العصور الوسطى في أوروبا كان تعليم الكبار تعليماً غير منظم تقوم به الكنيسة لنشر رسالتها ودعم مكانتها وبقيت على هذا الحال إلى أن اتصلت أوروبا بالمسلمين وأصبح التعليم ذا بعد جديد. بعد إسلامي استوعب الكثير من الحضارات وأخيراً صهرتها في نهاية بوتقتها الفكرية، فصارت ثورة علمية وتربوية لا ينضب معينها وأكدت الاهتمام بالخصوصيات باعتبار أن العموميات ما هي إلا وصف لعدد كبير من الخصوصيات كما أكدت التحليل والتفسير والنقد والتفكير وضرورة أن يكون الفهم سابق على الإيمان.

أما في العصر الحديث وتحديدًا النصف الثاني من القرن العشرين أوضحت التجارب الموثقة أن تعليم الكبار (التعليم المستمر) على المستوى العالمي قد بدأ بصورته الحديثة في أوروبا. وقيام منظمة اليونسكو عام (١٩٤٦)، أخذ تعليم الكبار صورته العالمية بعقد مؤتمرات دولية لتعليم الكبار، فقد عقدت اليونسكو: مؤتمر السينور (١٩٤٩)، ومونتريال (١٩٦٠)، وطوكيو (١٩٧٢)، وباريس (١٩٨٥) وهامبورج (١٩٩٧). إذ تناولت تلك المؤتمرات العديد من الاهتمامات العالمية التي تضمنت الوصول إلى تعميم برامج محو الأمية وتوطيد السلام والتفاهم الدولي وإيجاد ديمقراطية أصلية وزيادة فرص التعليم لجميع الفئات العمرية وترقية المساواة النوعية. ومن هنا نجد أن تلك المؤتمرات استخدمت لأول مرة المنهج العلمي في التعامل مع هذا المفهوم من خلال تأثيره وتأثيره في القضايا السياسية والاقتصادية والتكنولوجية المستخدمة.

وهكذا يتضح أن المفهوم الضيق الذي كان يحدد تعليم الكبار في محو الأمية قد انتهى وتحول إلى زاوية متطورة تتعلق بحاجة الإنسان إلى التعليم المستمر للولوج إلى القرن الحادي والعشرين انسجاماً مع شعار تعليم الكبار: مفتاح للقرن الحادي والعشرين الذي تبناه المؤتمر الدولي الخامس لتعليم الكبار في هامبورج/ألمانيا (١٩٩٧). (عامر، ١٩٩٨)

إن نشأة التعليم التمريضي المستمر وتطوره لم يكن بمعزل عن التعليم في المجالات الأخرى. فقد ذكرت (Hefferin, ١٩٨٧) في مقدمتها عن أثر التقويم في التعليم التمريضي المستمر أن فلورنس نايتنجيل نوهت إلى أهمية التعليم المستمر وكان ذلك قبل عام ١٩٠٠ م من خلال توفير كليات تابعة للمستشفيات التي يعملون بها تشتمل على برامج التعليم التمريضي المستمر لتلبي احتياجات الممرضين والممرضات. وكما أن مجال التمريض لم يكن كما هو الحال، إلا أن التعليم التمريضي المستمر كان حاضراً منذ أن مورست مهنة التمريض بشكلها الحالي. وقد ذكرت ويليك (Wilk, ١٩٨٦) في مقالتها عن مسؤولية تطوير مهنة التمريض

أن تقارير (Gold Mark, ١٩٢٣) و(Brown, ١٩٤٨) وجدت أن تحسين ممارسة مهنة التمريض يكمن من خلال تطبيق التعليم التمريضي المستمر. ولأهمية التعليم التمريضي المستمر فقد تعالت الأصوات في الولايات المتحدة ومن خلال المنظمة الوطنية الأمريكية للتمريض (American Nursing Association) تطالب بالزامية التعليم المستمر واشترطت تجديد رخص مزاولة المهنة من خلال إشراك الممرضين والممرضات لبرامج التعليم التمريضي المستمر وبشكل دوري.

وعلى الصعيد المحلي فإن المجلس التمريضي الأردني بصدد إصدار قانون ترخيص مزاولة المهنة يشترط إشراك الممرضين والممرضات في برامج التعليم المستمر لغايات منحهم ترخيص مزاولة المهنة. مفهوم التعليم المستمر:

لقد لاقى المرهون صعوبات كثيرة للاتفاق على تعريف شامل لتعليم الكبار وذلك لتعدد المصطلحات الخاصة به، وقد وردت عدة مصطلحات لتعليم الكبار منها التربية مدى الحياة، والتعليم مدى الحياة، والتعليم المستمر، والتربية العرضية، والتربية الدائمة، والتربية بعد المرحلة الثانوية، وتعليم الكبار، وعلم تعليم الكبار، والدراسة التقليدية. (اليونسكو، ١٩٧٨).

وأطلق عليه آخرون مصطلح التعليم غير النظامي، التربية الأساسية للكبار، والتعليم العرضي، التعليم مدى الحياة أو تعليم الجماهير (السليطي، ٢٠٠٣).

وكذلك أطلق على مفهوم التعليم المستمر عدة مصطلحات أخرى منها: التربية مدى الحياة، والتربية المستمرة والتعليم بالمبادرة الذاتية، والتربية الدائمة وأخيراً التعليم المستمر كمصطلح شائع الاستخدام في الدول العربية (اليونسكو، ١٩٨٥).

أن فكرة التعليم المستمر لم تتضح تماماً إلا في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي، وأنه من الخطأ الفادح الادعاء بأنها فكرة اهتدى إليها أبناء هذا العصر، لأن مفهوم استمرارية التربية ليس جديداً، فالكائن الحي كان يحاول دائماً أن يتعلم طوال حياته بطريقة مقصودة أو غير مقصودة متأثراً بالوسط الذي يعيش فيه وبتجاربه التي تعدل سلوكه ومفاهيمه ومعلوماته، ومن الجدير بالذكر أن الأفكار الشائعة حول التعليم الذي ظل منحصراً في نطاق المدرسة ومقتصرأ على الناشئة، كانت تحول دون تطور هذه العملية إلى تربية مقصودة ولكن من الثابت اليوم أن هذه الفكرة أخذت تفرض نفسها، وتبرز كحقيقة لا مراء فيها في جميع أنحاء العالم وفي خلال سنوات قليلة تبين أن أكثر الناس لم يتسلحوا كما ينبغي لمجابهة الظروف الجديدة والمشاكل الصعبة

في النصف الثاني من القرن العشرين، ذلك أن متطلبات التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية فرضت على الأمم والشعوب ضرورة تعليم مئات الملايين من الراشدين الذين اشتدت حاجتهم للمعرفة، لا من أجل إمتاع النفس لتحسين المستوى الثقافي وتنمية المدارك ، بل من أجل تلبية احتياجات المجتمع واستثمار الإمكانيات الهائلة الكامنة فيه. (الحميدي، ١٩٩٧).

والتعليم المستمر أخذ اليوم يتحول إلى نظام معقد يقوم على مبدأ الاهتمام بجميع العناصر التي يتألف منها الموقف التربوي، وهي المتعلم إذ ينبغي الاهتمام بسلوكه وتفهمه وتعديله، والمعلم الذي يقوم بدور المربي ومصادر المعرفة المنظمة تنظيمياً تربوياً بنوياً ونعني بها المعلومات التي سوف يتلقاها الطالب أو سوف يطلع عليها بنفسه والبيئة وذلك بتمكين المتعلم من أن يبحث بنفسه في البيئة عن المعلومات التي يحتاج إليها ووسائل التقييم والمراقبة التي يتم بها تسجيل الاستجابة المتعلمة والسلوك المعدل (أبو زيد، ١٩٩٤). وتبعاً لذلك فقد تعددت التعريفات الخاصة بهذا المفهوم الذي ينضوي تحته كافة المصطلحات الآتية الذكر ومنها:

تعريف اليونسكو لتعليم الكبار (التعليم المستمر) الذي يقصد به " المجموع الكلي للعمليات التعليمية المنظمة أياً كان مفهومها ومستواها مدرسية كانت أو غير مدرسية، وسواء أكانت امتداداً أم بديلاً للتعليم الأولي في المدارس والكليات والجامعات أو في فترة التلمذة الصناعية التي تتيح فرصة للأشخاص الذين يعتبرون من الكبار في نظر المجتمع الذي ينتمون إليه تنمية قدراتهم وإثراء معارفهم وتحسين مؤهلاتهم الفنية والمهنية أو توجيهها وجهة جديدة وتغيير موقعهم أو مسلكهم مستهدفين التنمية الكاملة لشخصهم ، والمشاركة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية المتوازنة " (صغرون، ١٩٩٧، ٢٠)

وعرف بأنه " تعليم من ليسوا في سن التعليم العادية، ومن ثم فهو يتم بصورة منظمة ومقصودة، وفي فترة زمنية مرسومة وتتولاه هيئة رسمية تشرف عليه وتتعهد به ليتولى الاتصال بين المدارس والهيئات المشرفة على التعليم " (السليطي ، ٢٠٠٣ ، ٢٢).

وعرفه الراوي بأنه " أي نشاط تربوي منهجي يتم خارج نطاق التعليم المدرسي النظامي الهرمي المتدرج من الابتدائية إلى الجامعة ". (الراوي، ٢٠٠١، ٢٠٠).

كما عرف بأنه " مجمل العمليات التعليمية التي تجري بطريقة نظامية أو غير نظامية والتي ينمي بفضلها الأفراد الكبار قدراتهم ، ويثرون معارفهم ، ويحسنون مؤهلاتهم التقنية أو المهنية، أو يسلكون بها سبيلاً جديداً لكي يلبوا حاجاتهم وحاجات مجتمعهم " (المنظمة العربية للتربية والعلوم والثقافة، ٢٠٠٠، ٩).

وعرفه مذكور بأنه " نشاط تعليمي منهجي يجري خارج إطار التعليم النظامي بغرض تقديم أنواع مختارة من التعليم النظامي إلى نوعيات خاصة من الدارسين الكبار أو الصغار ". (مذكور، ١٩٩٦، ٣٥) كما عرفته المنظمة الوطنية الأمريكية للتمريض (American Nursing Association, ١٩٨٤) بأنه جميع الأنشطة التربوية المنهجية التي تتيح للممرضين والممرضات إثراء معارفهم وخبراتهم لتحسين الأداء والتعليم والإدارة والبحث العلمي وتطوير النظريات وتحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمجتمع وود (Wood, ١٩٩٨، ٦٣).

مما سبق يتضح أنه ليس هناك اتفاق واضح حول تعريف موحد للتعليم المستمر ولكن، أيا كان الاختلاف إلا انه يعني أمرا عاما متفقا عليه وهو أنه استقرار لقضايا العصر الملحة ومساعدة المجتمع على حلها باستخدام أدوات المعرفة المتاحة وفتح مجالات التعليم والتدريب لتلبي احتياجات المؤسسات العامة والخاصة من خلال إعداد وتنفيذ البرامج التعليمية والتدريبية وتنفيذها والتي تشمل كافة التخصصات العلمية.

من هنا يكمن الاهتمام المتزايد بالتعليم المستمر في المجتمعات بشكل عام والمجتمعات النامية بشكل خاص لما له من دور في ردم فجوة التخلف الناجمة عن تقلص فرص التعليم والتدريب وبما يمثله التعليم المستمر من أحد آليات تحقيق التنمية الشاملة المرتكزة على الإنسان وتطوير قدراته، وتنمية مهاراته ومن ثم زيادة دوره وفاعليته في عملية التنمية . فقد أدت المؤسسات التعليمية دورا هاما في تطوير برامج التعليم المستمر والإشراف على تنفيذها ، وأنشأت لهذا الغرض المراكز المتخصصة لتتولى مهمة التخطيط ومتابعة تنفيذ هذه البرامج التعليمية منها أو التدريبية كحد سواء.

وكانت هذه المصطلحات في بداية ظهورها تدل على تعليم الكبار وتنظيم الدروس المسائية، ثم استخدمت للتعبير عن التدريب المهني المستمر الذي يعنى في الوقت نفسه بالجوانب المختلفة لشخصية العامل المتدرب كالجوانب الفكرية والاجتماعية والنفسية. أما اليوم فإن هذه المصطلحات المترادفة تنطوي تحتها وتضم جميع أشكال العمل التربوي وصوره ومراحله الزمنية، فهو لا يقتصر على فترة الانخراط في المدرسة، وإنما يستمر طيلة العمر فيتم التعلم في الأسرة، وعلى مقاعد الدراسة، وفي أوقات الفراغ واللهو، وفي مجال العمل، باعتباره جزءاً أساسياً من نشاط الفرد في الحياة ويشمل جميع المهارات والمعارف والعلوم، ويستخدم جميع الوسائل التقليدية والحديثة بما فيها تقنيات الاتصال والإعلام والمعلوماتية، لتهيئ الفرصة لجميع الأفراد لتحقيق تنمية كاملة لشخصيتهم بكل أبعادها العاطفية والجمالية والروحية والاجتماعية والاقتصادية (ايدجار فور، ١٩٧٢).

لقد أصبح من المسلم به اليوم أن التعليم المستمر هو اتجاه جديد في التربية، وطريقة يقصد بها التأكيد على

موقف يتميز بالرغبة في التعليم، وتحديد طبيعة الاحتياجات في هذا الميدان، وكشف الدوافع التي تقود إلى هذا الاختيار، وهي التربية المبنية على الحفز والإسهام بدلاً من التلقين والتدريس، وعلى القلق والحيرة بدلاً من الرضا والقناعة، وهذا يعني أن أهم شيء هو أن يعرف الإنسان الاستقصاء والتساؤل وأن يتعلم كيف يتعلم. (هنداوي، ١٩٨٠)

إن هذه النظرة الجديدة إلى التربية لها دعائم قوية لا في علم الاجتماع وعلم الاقتصاد فحسب بل كذلك في علم النفس الذي اثبت إن الإنسان كائن ناقص لا تكتمل شخصيته إلا بالمثابرة في التعلم، وإذا صح ذلك فلا شيء يحول حينئذ دون التعلم في أية مرحلة من العمر وفي جميع الحالات والظروف التي يمر بها الإنسان وبذلك تصبح التربية بأتم معنى الكلمة فتكتسب صفتي الشمول والديمومة. ويقول هنداوي كذلك إنه قد يكون مجدياً أن نتذكر ما قاله كومينوس (١٥٩٢-١٦٧٠) في هذا المقام "إن رغبتنا الأولى أن يتعلم جميع الناس بطريقة كاملة بغية أن تصل الإنسانية إلى كمالها، لا فرد واحد بل كل الناس، كل الذين قدر لهم أن يكونوا بشراً وذلك ليكون الجنس البشري متعلماً" (هنداوي، ١٩٨٠، ١٦).

وكما أن العالم مدرسة للجنس البشري برمته، منذ الأزل وحتى نهايته، كذلك فإن حياته كلها مدرسة لكل إنسان، من المهد إلى اللحد. إن الإنسان في أي سن مهياً للتعليم، وليس لكل إنسان أهداف في التعليم أكثر من أهداف التعليم نفسها. ويضيف هنداوي: "لا يمكن للتربية أن تقتصر على ما كانت عليه في الماضي من تكون إطارات المستقبل بحسب قوالب جاهزة ومطابقة للبنىات والاحتياجات والأفكار السائدة. كما لا يمكن أن تقتصر على إعداد الشبان إعداداً يؤهلهم لمنزلة علمية معينة ولنمط خاص من الحياة. فلم تعد التربية اليوم وفقاً على النخبة، ولم تعد منحصرة في مرحلة معينة من مراحل العمر، بل هي إلى حد بعيد معممة بحيث تشمل المجتمع بأسره ومتواصلة طوال الحياة". (هنداوي، ١٩٨٠، ١٦)

إن التعليم المستمر يعني كل الطرق التربوية المتوفرة للإنسان من طفولته الباكرة وحتى شيخوخته، ويعني أيضاً نظاماً كاملاً متكاملًا ومنسقاً لمواجهة الطموحات الثقافية والتربوية لكل فرد على ضوء استعداداته وإمكاناته وتمكين كل فرد في المجتمع من تطوير شخصيته خلال سنوات حياته عن طريق نشاطات العمل والترويح المتوفرة لديه. وبذلك فإن التعليم المستمر يشتمل على ما يلي:

التعليم الأساسي: ويشتمل على الوسائل والطرق التربوية والتعليمية المبنية على أساس توفير الإعداد العام للجميع الذي يتبع عادة بتدريب مهني يغطي احتياجاته الدراسية إلى حين دخوله عالم العمل، ولذا فإنه - أي التعليم المستمر يحتضن التربية ما قبل المدرسة والتعليم الابتدائي والثانوي والجامعي والتدريب المهني.

التعليم المستمر (تعليم الكبار): أي كل أنواع التدريب المكمل المتوفر للأفراد الذين دخلوا عالم العمل والذين يرغبون في إكمال إعدادهم العام، أو إكمال تدريبهم المهني من أجل رفع نسبة معلوماتهم ومهاراتهم، أو للحصول على تدريب جديد في ميدان آخر ، أو لتحسين أوضاعهم عن طريق الحصول على رضا أكبر ينجم عن تحسين فاعليتهم وكفاياتهم وسيطرتهم على قدراتهم الخاصة (Ducret, 1978, P80).

خصائص التعليم المستمر:

لقد اكتسبت فكرة التعليم المستمر أهمية كبيرة واتسع نطاق قبولها بين المربين والإداريين التربويين على حد سواء، وخضعت هذه الفكرة للاختبار الناقد على المستوى الدولي وأصبحت تشكل مبدأً تربوياً رئيساً في الفكر التربوي المعاصر، وقد حاول الكثير من التربويين والمنظرين تلخيص خصائص التعليم المستمر، إلا أن تلخيص كروبلي وديف لهذه الخصائص هو الأكثر فائدة للأغراض العملية. وفيما يلي تلخيص لهذه الخصائص: كروبلي وديف (Cropley&Dave, 1977).

الكلية أو الشمولية: Totality

يغطي التعليم المستمر كل فترة حياة الإنسان وتشتمل كل المراحل التعليمية بما في ذلك التربية ما قبل المدرسة وتعليم الكبار وتشتمل على كل أنواع التعليم بما في ذلك التعليم الرسمي والتعليم غير النظامي الذي يحدث في مواقف الحياة المختلفة.

التكامل: Integration

إن كل المؤسسات التربوية من منظور التعليم المستمر متصلة مع بعضها بعضاً. إن البيت هو أول مكان يحدث فيه التعلم ويجب أن ينظر إليه كجزء من شبكة أنظمة التعلم الواسعة. وبنفس الوقت فإن المجتمع المحلي يعتبر مصدراً رئيساً للخبرات خلال حياة الفرد، ومكان العمل عبارة عن مؤسسة تعليمية، وأخيراً فإن المدارس والكلليات والجامعات وغيرها من مؤسسات التعليم الرسمي هي أيضاً جزء من أنظمة التعليم المتكامل ولكنها ليست المؤسسات الوحيدة التي تملك كل السلطة والسيادة في تربية الناس، كما أنها ليس من الضروري أن تعتبر وكأنها تعيش بمعزل عن الناس.

المرونة: Flexibility

تتضمن التربية المستمرة توجهاً ديناميكياً للتربية، فهي يجب أن تسمح بتقبل المواد التعليمية المناسبة للحاجات المتغيرة باستمرار وتبني الوسائط الجديدة. وتتجلى المرونة في إفساح المجال أمام الأنماط البديلة

للتعليم، وتعدد أنماط محتويات التعليم وأدواته ووسائل تقييمه وتوقيت حدوثه. وأخيراً فإن التعليم المستمر لا يفترض أن الفرد أصبح ملزماً بالسير في اتجاه واحد لا يتغير طوال حياته، نظراً لأنه قام باتخاذ قرارات معينة في طفولته أو قَرَّرَ له - ولكنه يفترض أن هناك إمكانية مستمرة للتغيير من خلال عمليات التعلم الجديدة بعد انقضاء الدرس.

الديمقراطية: Democracy

إن التعليم المستمر يؤمن بحق جميع الناس للإفادة من فرص التعليم بغض النظر عن مستوياتهم الاقتصادية والاجتماعية ومستويات نموهم العقلي فالتعليم المستمر هو للجميع وليس للنخبة.

تحقيق الذات: Self - Fulfillment

إن الهدف النهائي للتعليم المستمر هو تحسين نوعية حياة كل فرد، ولتحقيق هذا الهدف فإن عليه أن يساعد الناس على التكيف والتغير وان يطلق العنان لقدراتهم الإبداعية والخلاقة، وبالنتيجة فإنه يهدف إلى خلق مجتمع مبدع وخالق من خلال إيجاد الثقة الذاتية اللازمة عند أفراد المجتمع. وهذا يتطلب أفراداً قادرين على مواجهة الضغوط السياسية والاجتماعية للعصر، وقادرين على التعبير عن مشاعرهم. أفراد يستطيعون تحقيق ذواتهم من خلال التعاون مع الأفراد الآخرين.

أنواع التعليم المستمر

في التربية المعاصرة يشتمل التعليم المستمر على ثلاثة أنواع:

التعليم النظامي: وهو التعليم المدرسي الذي يضع نظاماً هرمياً يتألف من المراحل المدرسية الثلاث: الأساسية والثانوية والجامعية.

التعليم غير النظامي: وهو التعليم المنهجي المنظم لخدمه جمهور تعليمي محدد، ويقوم بموازاة التعليم المدرسي التقليدي، أو بعده. ويشتمل التعليم غير النظامي على برامج مكافحة الأمية وتعليم الكبار، ومراكز التدريب المهني والفني وإعادة التدريب وتجديد التدريب أثناء الخدمة، والتربية من أجل التنمية الريفية والتنمية السكانية، وتأهيل الكبار للإفادة منهم في النشاط الاقتصادي وغير ذلك من الأنشطة التربوية التي تقع خارج النظام التعليمي المدرسي.

التعليم اللانظامي (العَرَضِي): ويشمل كل ما يتبقى من أشكال التعليم التي لا تنطوي تحت التعليمين النظامي وغير النظامي. ويشتمل التعليم اللانظامي على جميع أنواع التعلم التي تتم في الأسرة والمسجد والمنتدى ومن

وسائل الإعلام والاتصال الحديثة كالدوريات والإذاعة والتلفزة والمسرح والسينما والحاسوب وغيرها (ينيفاسن، ١٩٨٤).

إن علم التمريض واحد من العلوم التطبيقية، الذي يعتبر فيه التدريب جزءاً أساسياً ومكماً لعملية تعليم التمريض. وبذلك فإن التعليم التطبيقي المستمر الذي يمكن تعريفه بأنه تعليم غير نظامي يهدف إلى تمكين المواطنين من تلقي تعليمهم الفني (التقني) والمهني ومواصلته وتجديده، والحصول على المؤهلات اللازمة دون التقيد بمدة زمنية معينة أو برامج المدارس التقليدية، ودون أن يشترط في المتعلمين سن محددة أو مؤهلات مسبقة. ويمكن أن يجري هذا التعليم في مراكز حكومية أو أهلية أو عن طريق الجامعات المفتوحة. وبهذا يمكن أن يكون التعليم التطبيقي المستمر موازياً للتعليم النظامي أو لاحقاً له. ولا ينطبق هذا الوصف على المعاهد الفنية (التقنية) أو المهنية التي تشكل جزءاً من الهيكلة العامة للتعليم النظامي. بل يستطيع خريجوها الانخراط في التعليم التطبيقي المستمر لاستكمال إعدادهم قبل الخدمة، أو لاكتساب مهارات تقنية حديثة، أو تجديد تدريبهم أثناء الخدمة. (كرير، ١٩٨٧)

ويسعى التعليم التطبيقي المستمر - كبقية أنواع التعليم - إلى تلبية ثلاث حاجات تربوية أساسية: أولها الحاجة إلى تنمية قدرة الإنسان على مواجهة الظروف الجديدة والتكيف معها وحل المشكلات، وثانيها، الحاجة إلى تزويده بالمعارف والعلوم والمهارات اللازمة لمواجهة الحياة والتعامل مع بيئته، وثالثها، الحاجة إلى تنمية طاقاته الكامنة وإمكاناته المبدعة ليلبغ مرتبة الإنسان الكامل. (كرير، ١٩٨٧)

التوجه الفلسفي للتعليم المستمر

لا يمكن لأي جهد إنساني لاسيما في ميدان التعليم بعامة والتعليم المستمر بخاصة أن يسير بنجاح صوب تحقيق أهدافه ومراميه ما لم يكن مرتكزاً على أسس نظرية وفلسفية تمكنه من تحديد أهدافه في ضوء الإمكانيات البشرية والمادية المتاحة وفي ضوء أهدافه وأهداف المجتمع (Apps, ١٩٧٣).

لقد تنوعت وتعددت النظريات التي تناولت مفهوم التعلم والتعليم المستمر وعلم تعلم الكبار. ولعل من أبرز المنظرين في هذا المجال عالم النفس المشهور كارل روجرز (Carl Rogers) التي تركزت اهتماماته بالتأكيد على حق الفرد في توجيه ذاته والتعلم غير الموجه، وكذلك الإحساس بالذات وتحقيق هذه الذات والتي تؤكد على ضرورة تمرکز الأنشطة التعليمية حول المتعلم من أجل مساعدته على اكتساب مزيد من الحرية كلما نما. ومن النبع نفسه الذي صدر عن (روجرز) وهو تيار المدرسة الإنسانية في علم النفس تأتي

كتابات إبراهيم ماسلو (Ibrahim Maslo) والذي استعير منه تعبير مفهوم تحقيق الذات (Self - Actualization). إذ يعتبر تحقيق الذات عند ماسلو درجة عالية من الإنسانية أي يرى ماسلو أن الحياة المثلى ممكنة عندما يستطيع الناس إدراك ذواتهم بأسلوب جديد سواء أكان ذلك يرتبط بذواتهم الخاصة (النفسية) أو بذواتهم العامة (الاجتماعية). الأمر الذي صبغ التربية الحديثة بالنزعة الإنسانية التي تحاول أن تحل مشكلاتها وتعالجها بالمشاعر الإنسانية وبالْحكمة والمعرفة والأساليب المتيسرة بين يديها. (مرسي، ١٩٩٧) وترتبط النظرية التي طورها مالكوم نولز (Malcolm Knowles) بين عناصر المدرسة الإنسانية في علم النفس وبين منهج النظم في التعليم. ويصف (نولز) نظريته التي يسميها اندراجوجي (Andragogy) بأنها فن وعلم مساعدة الكبار على التعلم ويعتقد (نولز) كما اعتقد أصحاب المدرسة الإنسانية بأن أسمى أنواع التعلم يحدث عندما تشرك طرق التدريس وأساليبه الفرد في عملية من الاستكشاف الموجهة توجيهاً ذاتياً، ويتمثل الغرض الأساسي لنظرية (نولز) في القول بأن المتعلمين من الكبار لديهم حاجات نفسية عميقة ليس فقط للتوجيه الذاتي فحسب، وإنما أيضاً لكي يدركهم الآخرون على أنهم موجهون توجيهاً ذاتياً. وعلى هذا فإن المعلمين يجب ألا يفرضوا آراءهم ورغباتهم على المتعلمين الكبار، وأن تعطى مسؤولية التعلم للمتعلمين الكبار أنفسهم، الأمر الذي يوجب تطوير أساليب من شأنها أن تساعد الكبار على تقويم حاجاتهم وتحديد أهدافهم وتحمل المسئولين في تعميم الخبرات التعليمية وتنفيذها وتقويمها.

إن التربية من أجل تحقيق الذات تشارك في الاعتقاد بأن التغيير يكون أكثر فاعلية عندما يبدأ بداخلية الفرد متعرفاً على طاقاتها ومنمياً العناصر الأكثر ايجابية وأكثر وثوقاً في الذات الإنسانية. (مرسي، ١٩٩٧).

وحديثاً تم تطوير برامج التعليم الترميضي ومناهجه لمقابلة الحاجات التربوية الأساسية للكبار والتي حددها الفكر التربوي المعاصر من خلال ملاءمتها لخصائص تعلم الكبار التي تؤكد على التربية المستدامة وأن يشارك الطالب بفاعلية في عملية التعلم بهدف مواصلتها واستمرار العمل بها في ميادين العمل (مرسي، ١٩٩٧).

ولعل من أهم افتراضات تعلم الكبار المتأثرة بالفلسفة الإنسانية والتي تميز الكبار كمتعلمين حسب (نولز) هي:

أن الإنسان يشعر بحاجته لتحقيق ذاته والقدرة على ذلك.

أن الإنسان يستخدم خبراته في التعليم التي تميزه كفرد موجه ذاتياً.

أن الإنسان يشخص استعداداته للتعلم.

أن الكبير ينظم ما تعلمه لمواجهة مشكلات حياته. (زاهر، ١٩٩٣).

أهداف التعليم المستمر:

إن من أهم التحديات التي تواجه العالم اليوم ، والتي تؤثر بشكل مباشر في بنية التعليم وبيئته وأهدافه ومناهجه واستراتيجيات التعلم والتعليم وفي إدارة المؤسسات التعليمية، هي متغيرات العصر المتسارعة والمتنامية في: الثورة العلمية المعرفية المتنامية، وتطور وسائل الاتصال والإعلام والمعلومات، واستثمار الفضاء، وانتشار شبكة المعلومات (الانترنت)، والتغير الاجتماعي السريع. تلك التحديات أوجبت إعادة النظر في أنظمة التعليم من خلال إعادة فحص الأفكار والآراء وأنماط السلوك السائدة في المجتمع في ضوء المشكلات الجديدة، والوقوف على ما تتطلبه عناصر التغير الحضاري التي طرأت وانتقلت إلى المجتمع، والعمل على تضييق الهوة الثقافية التي تحدث في التباين الواضح في نتائج السرعة بين مختلف جوانب الحياة الاجتماعية، وتحقيق المواءمة لدى الأفراد مع التغيرات التكنولوجية الجديدة . إن مواجهة تلك التحديات هو ما يأخذه على عاتقه التعليم المستمر.

ويؤكد عبد الهادي (١٩٨١) على أن التعليم المستمر يقوم بدور إيجابي في النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية والتقدم، وهو كذلك عملية تنمية اقتصادية واجتماعية مستمرة، حيث أن التنمية عملية تغيير في الاتجاهات إلى جانب أنها تحريك للمعطيات الطبيعية، وتحويلها إلى مادة اقتصادية عن طريق العلم وتطبيقاته التكنولوجية، وهي تتوسل بالإنسان، وغايتها الإنسان نفسه. وأيضاً التنمية تهدف إلى تغيير الواقع الاجتماعي والارتقاء به عن طريق التقدم، ومن ثم يكون تغييراً حضارياً وتجديداً لمقومات الحياة. مما تقوم عليه قيم وعلاقات كما تقوم عليه مهارات وأساليب إنتاج وطرق تفكير وأنماط سلوك ونظام علاقات، وذلك كله يعتمد على التعليم المستمر، لأنه هو الذي يحول التنمية في حياة الأفراد إلى اتجاهات فكرية أصيلة وعادات سلوكية فاعلة.

ويضيف عبد الهادي أن التعليم المستمر يسهم في نشر الوعي الإنتاجي وتأصيله لدى الأفراد، وتجديد أنواع التدريب المختلفة للأفراد كقوة بشرية في إحداث التنمية. ومن أهداف التعليم المستمر:

النمو العقلي والجمالي للفرد الكبير.

سرد المعرفة المكتشفة حديثاً الناتجة عن أنشطة البحث العلمي داخل إطار الجامعة.

تدريب القيادات وتخطيط البرامج والمساعدة التربوية للمنظمات الشعبية والجمعيات التطوعية .

التربية حول مشكلات التحضر المتزايدة.

نشر المعرفة والمعلومات حول القضايا ذات الأهمية الكبيرة والشؤون التي تهتم بالمواطن على المستوى المحلي والوطني والعالمي.

إثارة دافعية الكبار لمواصلة تعلمهم الذاتي.

رفع مستوى الملكات العلمية والتقنية لمواجهة حاجة البلد المتنامية للقوى البشرية المهنية.

الأعداد المهني لمربي الكبار وبصفة خاصة لمعلمي الكبار في المؤسسات والمدارس العامة (هندي، ١٩٨٩).

ويضيف آخرون: أن من أهداف التعليم المستمر تحقيق الوظائف الملائمة والتجديد لكل من الفرد والمجتمع من خلال التعليم المستمر، كما يقوم التعليم المستمر بوظيفة تصحيحية مهمة حيث يتلافى بعض نواحي القصور في الأنظمة التعليمية التقليدية. وعلى ذلك فإن الهدف النهائي للتعليم المستمر هو الحفاظ على نوعية الحياة وتحقيق تقدمها وازدهارها. (عبد الجواد، ١٩٨٣).

أساليب التعليم المستخدمة في التعليم المستمر:

لقد برزت العديد من الأساليب والطرائق الحديثة المستخدمة في التعليم المستمر والتي يجب على المعلم عند اختياره لأي أسلوب أو طريقة منها أن يراعي النقاط التالية: (النوي والملا، ١٩٨٧)

تحفيز الكبار وإثارة اهتمامهم .

الإفادة من خبرات الكبار ومراعاة احتياجاتهم .

الاعتماد على قدرات جميع المتعلمين وتحفيزهم على إحراز التقدم طوال حياتهم .

توجيه المادة الدراسية وطرائق التدريس لجعل الكبير يشعر أنه يتعلم شيئاً وظيفياً يمكن استخدامه.

مراعاة الخصائص الشخصية للدارسين الكبار ومراعاة الفروق الفردية بينهم.

التركيز على اهتمامات الكبار وميولهم .

ولعل أبرز الأساليب المتبعة في تعليم الكبار:

أسلوب العصف الذهني: (Brain Storming)

توصل إلى هذه الطريقة اليكس اوزبورن (Alex F. Osborn) وهي أسلوب لتوليد أفكار جديدة عن طريق

الإفادة من مصادر الجماعة بدلاً من الاعتماد على أفكار فرد واحد ، أو عددٍ قليلٍ من الأفراد وتساعد هذه

الطريقة على إقناع المتعلمين بطريقة مباشرة وفاعلة بأهمية الجماعة ككل في إنتاج الأفكار .

وتبرز أهمية هذا الأسلوب في تشجيعه جميع الأفراد للمشاركة في الحلول وتحقيق الرضا والقبول المتبادل بين

الفرد والجماعة ، كما أنها تعمق المفهوم الايجابي نحو الذات وتزيد من دافعية التعلم وتؤدي إلى التعزيز الاجتماعي مما يسهل حل المشكلة (إلياس، ١٩٩٩).

التدريب على العلاقات الإنسانية (Human-Relations Training):

تم تعميم هذا الأسلوب باعتبار أن تفاعل الجماعة ومساندتها تساعد على تحسين روح الالتزام ، بمعنى أن تفاعل الجماعة يجب أن يوجه بطريقة تعزز كفاح الأفراد في سبيل الوصول لأهدافهم ولذلك فإن المجموعة تكون عنصراً واحداً في شبكة منسقة جداً تساعد في تحقيق حاجات الفرد للتحصيل.

والهدف الأساس من طريقة التدريب على العلاقات الإنسانية هو مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم بطريقة جيدة وفهم علاقاتهم مع الآخرين (صغرون، ١٩٩٧).

ج- تمثيل الأدوار:

تعتبر هذه الاستراتيجية نوعاً من أنواع المحاكاة التي من خلالها تقوم مجموعة من المشاركين بدور محدد، بينما تقوم المجموعة الأخرى من المشاركين بمراقبة الدور المطروح وتتم هذه الاستراتيجية من خلال تزويد المشاركين الذين سيقومون بتمثيل الدور بوصف واضح عن الشخصية والدور الذي سيقومون بتقديمه، ويلي تقديم الأدوار مناقشة ما بين الطلبة جميعهم عن كيفية ردود أفعالهم، وما هي اقتراحاتهم حول الشخصية وما هي البدائل الأفضل في الحياة الواقعية. وتهدف هذه الاستراتيجية إلى تحقيق الأهداف الوجدانية في

البرنامج التعليمي. (Bastable, ١٩٩٧)

د- استراتيجية دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة من أقدم استراتيجيات التدريس الناجحة المتمركزة حول الطالب ، والتي تسمح للطالب بحل المشكلات الحقيقية في بيئة الصف الآمنة. فهذه الاستراتيجية تجعل الطالب مشاركاً نشطاً في الصف بدلاً من أن يكون متلقياً سلبياً (Dowd & Davidhizar, ١٩٩٩).

ودراسة الحالة هي أحد أنواع التعلم - التعليم التي توفر الفرص للمتعلمين ليستكشفوا الموقف الكليني كاملاً في مأمّن في غرفة الصف ودون المخاطرة بإيقاع الأذى بالمريض. وهي استراتيجية مناسبة لدراسة اتخاذ القرار الكليني لأنها تسمح للمتعلمين بفحص الموقف والعمليات والقيم، وتأخذ بالاعتبار الأعمال الممكنة وتبعاتها، ويقيمون في مأمّن الدراسة الشخصية والمناقشة الجماعية، وهي باختصار نشاط انعكاسي، يسمح للمتعلمين بفحص قرارات أو إعادة فحصها أو فحص أعمال تمريضية سواء أكانت محددة أو مفترضة في تعليم التمريض، تعتبر دراسة الحالة إحدى استراتيجيات تطوير الكفايات في المواقف الحقيقية والافتراضية. فمن

خلالها يفحص المتعلمون جميع اتجاهات الموقف وتشعباته، ويكونون مسؤولين عن إجابة الأسئلة وحل المشاكل التي قد تبرز لممرض المستقبل. وتزود دراسة الحالة بالفرص لتفعيل عملية اتخاذ القرار، عندما لا يكون الموقف الحقيقي متوفراً. وللممرضين الجدد، تشجع دراسة الحالة على فحص الاستعدادات والقيم الشخصية مقابل متطلبات المؤسسة وعزلها عن المتطلبات والاحتياجات المتنافسة عند حدوث أي مشكلة. أما بالنسبة للممرضين الممارسين، فتوفر لهم دراسة الحالة فرصة لفحص خبراتهم وفهمهم للمواقف الجديدة مع الوقت الكافي للانعكاس والتحليل (Jones&Sheridan, ١٩٩٩).

وبناء دراسة الحالة لتعزيز الممارسة التمريضية يتطلب فهماً واضحاً ودقيقاً لحالات حقيقية غنية تبرز المشكلة من كافة جوانبها، وتشجع حلها في غرفة الصف، وليست مخطوطة دراسة الحالة سهلة الكتابة، ولكن عندما تؤسس على موقف حقيقي ومفترض فإنها تشجع الطالب ليفكر بشكل ناقد وتساعد على إنتاج وتوليد الحلول المناسبة (Daily, ١٩٩٢).

ولبناء دراسة الحالة وتطبيقها هناك أربع خطوات تمر بها:

تحديد أهداف التعلم، بحيث تعكس المحتوى المطلوب تغطيته، والهدف يجب أن يشتمل على أربعة عناصر رئيسية هي: (King, ١٩٨٤)

المشاركون: وصف الأشخاص الموجه إليهم الأهداف المبتغاة.

السلوك: وصف الأفعال الملاحظة والسلوكيات التي يجب أن ينجزها ويظهرها العاملون.

الشروط: وتشمل الظروف والعوامل التي يظهر المتعلم الأفعال والسلوكيات في ظلها وتؤثر به.

المستوى: ويعني مستوى التحصيل الذي يحدد مستوى الإنجاز المقبول.

ويجب أن تكون الأهداف قابلة للملاحظات والقياس، وتربط الجوانب الاكلينكية للعملية التمريضية مع الجوانب النفسية والاجتماعية والتطويرية. كما يجب أن توفر الأهداف توجيهاً وإرشاداً للمتعلمين لإتمام دراسة الحالة.

تقديم الحالة: أحد الأسباب للفشل هو عدم الاهتمام الكافي بالتحضير اللازم للحالة الدراسية، فالتحضير هو العنصر المفتاح للنجاح (Vanetzián & Corrigan, ١٩٩٦). وليس من الضروري أن تكون الحالة مكتوبة، وإنما طريقة تأطير للمشكلة وخبرة تحليلية (Black, ١٩٩٢).

لذلك فإن الحالة يجب أن تكون قصة لوضع أو مشكلة أو قضية حقيقية أو مفترضة، بحيث تكون مختصرة

وتقدم المعلومات والبيانات والأوصاف الدقيقة للحالة، وما تم عمله وما لم يتم عمله. بحيث تقدم هذه المعلومات بموضوعية تامة كما هي ، دون إعطاء أحكام أو تقديم أية اقتراحات من قبل المدرس. المناقشة: مناقشة دراسة الحالة تقسم إلى مرحلتين: تحليل المشكلة وحل المشكلة. أما لتحليل فيتضمن تحليلاً دقيقاً لجميع الجوانب والقضايا التي تحيط بالمسألة، فتحديد المشكلة وصياغتها يشكّلان نصف الحل (Christensen & Hansen, ١٩٨٧) ومناقشة المشكلة تزود المتعلمين بالفرص ليصفوا المعرفة الاكاديمية المتحصلة. والمدرس يساعد الطلبة ليركبوا المعلومات باستخدام العملية التمريرية، وذلك من خلال دوره كمسهل بحيث يشجع كل طالب على المشاركة في النقاش واستكشاف الحلول المتعددة والممكنة للمشكلة (Dowd& Davidhizar, ١٩٩٩).

مرحلة الاستنتاج: بعد التحليل والمناقشة، يقدم الطلاب استنتاجاتهم وتوصياتهم بأي شكل يرونه مناسباً (شفوياً أو كتابةً أو عملاً). وفي بعض الحالات يقدم الطلبة إجابات عن الأسئلة التي طرحتها الحالة أو حلولاً للمشكلة كلها أو لبعض جوانبها. ولكن يبقى الجانب المهم في دراسة الحالة هو كفاية التحليل وقوة التبريرات التي يقدمها الطلاب، فإذا لم تكن مقبولة، وجب على المدرس تقديم التوصيات والعروض لتوضيح المبادئ والممارسات التي صممت الحالة من أجلها.

تقويم برامج التعليم المستمر:

لا أحد ينكر أنه لا يمكن التأكد من فاعلية البرامج وكفاية الأنظمة دون إجراء نوع من أنواع التقييم الذي يركز على معايير محددة مسبقاً ومبنية على أسس علمية تكون أهداف البرامج هي الركيزة الأساسية لهذه المعايير. ولا يمكن بأي حال من الأحوال تقييم البرامج دون وجود هذه المعايير المحددة ودون استخدام أدوات القياس المتعددة الأشكال والأنواع ، فعملية التقييم لا تنطلق من فراغ ونتائج هذه العملية لا بد لها أن تقترن بقيم محددة ومقاييس موضوعة مسبقاً تتسم بالوضوح والواقعية وتأخذ في الاعتبار الموارد المادية والبشرية المتاحة والتي تعتبر في الأساس هي المدخلات بالنسبة للبرامج أو النظام التربوي.

وإذا ما أريد للتقويم أن يكون له دور في تطوير العملية التربوية وتعديل مسارها كلما دعت الحاجة إلى ذلك، فإنه لا بد من اعتماد منهجيات التقييم التي تتسم بالشمولية في تقييم هذه العملية باعتبارها عملية تتم عن طريق تفاعل مجموعة من المتغيرات والعوامل التي تؤثر وتتأثر ببعضها بعضاً. ولعل من أهم أهداف التقييم هو السعي نحو تطوير العملية التربوية وتحسينها (المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، ١٩٨١) .

فالتغيرات المعاصرة في فلسفات التربية وتأكيدا على شمولية العملية التربوية ودور النظام التربوي في تطوير الجوانب المتعددة لشخصية الإنسان وظهور العديد من الاتجاهات التربوية المعاصرة التي تم تبنيها في أغلب أقطار العالم ، مثل مفهوم التربية المستدامة والتعلم مدى الحياة وديمقراطية التعليم وغيرها من الاتجاهات، قد بدأت تفرض مطلب التغيير في مفهوم عمليات التقييم أيضاً (منصور، ١٩٧٩).

ولقد تعددت وتنوعت نماذج التقويم التي استخدمت من أجل تطوير برامج التعليم المستمر عامة وبرامج التعليم التمريضي المستمر بشكل خاص ولعل معظم الدراسات التي تناولت أثر التعليم التمريضي المستمر على الممارسة العملية والتحصيل المعرفي وعمليات تطوير وتحسين تلك البرامج اعتمدت في مجملها على النماذج المختلفة للتقييم.

إن معظم الدراسات التي تناولت أثر برامج التعليم التمريضي المستمر على التحصيل المعرفي والممارسات التمريضية كانت قائمة على نتائج الأبحاث التي استخدمت العديد من نماذج التقييم كإطار مرجعي لتقييم برامج التعليم التمريضي المستمر. وتم تطوير العديد من تلك النماذج للمساعدة في فهم أهداف وعمليات التقييم. (Gosnell, ١٩٨٤).

ولعل من أبرز تلك النماذج التي استخدمت كإطار مرجعي في تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر هي:
١. نموذج ميتسوناجا وشورز

إن هذا النموذج يتمثل على شكل لولب يتوسطه خيط رفيع يمثل فاعلية الكلفة. هذا اللولب يتكون من عدة أصناف من الأسئلة مرتبة حسب درجة الصعوبة لكل عنصر من عناصر العملية التعليمية ، ولعل أبسط تلك الأسئلة هي التي تتعلق برضى المتعلمين يليها تلك الأسئلة ذات العلاقة بالتغير في معارف المشاركين ومهاراتهم واتجاهاتهم ثم التغير في الممارسة والأداء وأخيراً أصعب تلك الأسئلة هي المتعلقة بالعلاقة ما بين التغير بالممارسة ونوعية الرعاية التمريضية في حدود التكلفة في الموارد البشرية والمادية والمالية.

إن هذا النموذج يمثل إطاراً شاملاً لتقييم برامج التعليم المستمر، ويؤكد على نوع المعلومات الناتجة عن أسئلة كل حلقة من حلقات اللولب والتي تساعد على اتخاذ القرارات المتعلقة في تخطيط أو تعديل برامج التعليم التمريضي المستمر المقدمة للمشاركين (Mitsunaga & Shores, Model, ١٩٧٧).

٢. نموذج هولزمر:

إن هذا النموذج استخدم كإطار مرجعي لتقييم برامج التعليم التمريضي المستمر. إذ يتشكل من مصفوفة

مكونة من عدة خلايا في جدول الأبعاد (٣ X ٣). هذه الخلايا تتناول جميع عناصر العملية التعليمية، ومن خلال تفاعل كافة خلايا النموذج أو خلية واحدة فقط يمكن الحصول على المعلومات التي تساعد متخذي القرار على إصدار الأحكام الصائبة على فاعلية تلك البرامج لغايات تحسينها وتطويرها (Holzemer's Model, ١٩٨٨).

إن استخدام هذا النموذج يساعد في الحصول على المعلومات المطلوبة من خلال تفاعل جميع المتغيرات لغايات إصدار الأحكام الصائبة على سير تلك البرامج وإجراء التعديلات المناسبة لغايات تحسين تلك البرامج وتطويرها.

٣. نموذج سيرفيرو:

لقد افترضت سيرفيرو (Cervero) نموذجاً أكثر تعقيداً لتوضيح العلاقة بين التعليم التمريضي المستمر والأداء وذلك من خلال تركيزها على أربع فئات من المتغيرات المستقلة وكل فئة تحوي مجموعة أخرى من المتغيرات . وهذه الفئات الأربع تمثل خصائص برامج التعليم المهني المستمر والمتعلم ، وخصائص النظام الاجتماعي الذي يحدث فيه التعلم إضافة إلى التغير المتوقع في السلوك أو الممارسة.

ومن خصائص برامج التعليم التمريضي المستمر هو تصميم البرنامج وتطبيق المتغيرات كالأهداف المتعلقة بممارسة المشاركين، وبيئة البرامج واستراتيجيات التعلم - التعليم المستخدمة وكفايات المدرسين. إن هذا النموذج يركز على وصف التفاعل بين المتغيرات الأربعة الذي يوفر قاعدة عريضة من البيانات تفسر العلاقة بين برامج التعليم التمريضي المستمر وأثره على الممارسة المهنية واتخاذ القرارات المناسبة لإدخال التعديلات اللازمة التي تكفل سير البرامج بطريقة تمكن من تحقيق الأهداف المرجوة بشكل أفضل (Cervero Model , ١٩٨٥).

٤. نموذج ستفليم (CIPP Model)

يعد هذا النموذج الذي طوره الفيلسوف التربوي (Stufflebeam , ١٩٨٣) من نماذج التقييم الأكثر شمولية لتقييم كافة مجالات التربية والتعليم والتدريب، وقد استخدم هذا النموذج كإطار مرجعي لتقييم العديد من البرامج التعليمية لغايات التحسين والتطوير لتلك البرامج ، إذ يتضمن هذا النموذج أربع استراتيجيات للتقييم ويقترن بكل استراتيجية نوع معين من أنواع قرارات البرنامج وهذه الاستراتيجيات هي:

تقييم السياق أو محيط البرنامج Context Evaluation:

إن مهمة هذا النوع من التقييم هو توفير أساس من المعلومات النظرية لتحديد الأهداف التربوية، أو العملية الخاصة بالبرنامج أو المنهاج حيث يتم فيها جمع المعلومات ذات العلاقة بالبيئة والتي تساعد في تحديد المشكلات والاحتياجات. ويطلق على القرارات التي تتخذ في التوصل لتحديد هذه الأهداف بالقرارات التخطيطية.

تقييم المدخلات Input Evaluation:

يهدف هذا النوع من التقييم إلى توفير المعلومات اللازمة عن الإمكانيات المادية والبشرية والفنية التي تسهم في تحقيق الأهداف، واختيار البدائل والمستلزمات المناسبة، وتحديد الوسائل والمصادر والمدخلات وخطة العمل ووضع التقييم الزمني لتنفيذ البرنامج أو المنهاج. ويطلق على القرارات التي تتخذ في هذا النوع بالقرارات التركيبية.

تقييم العملية Process Evaluation:

يهدف هذا النوع من التقييم إلى تحديد نقاط الضعف والقصور في خطوات تنفيذ البرنامج ومدى ملاءمة وكفاية الطرق المستخدمة في تنفيذ البرنامج. ويطلق على هذا النوع من القرارات بالقرارات التنفيذية لمعالجة الصعوبات التي تواجه عملية التنفيذ.

تقييم المخرجات Product Evaluation: يهدف هذا النوع من التقييم إلى معرفة ما تم تحقيقه من الأهداف أو النتائج النهائية للبرنامج وتفسيرها ومعرفة مدى مطابقتها للأهداف المحددة مسبقاً. ويطلق على هذا النوع من القرارات التي تتخذ لمعرفة مدى إنجاز البرنامج أو المنهاج بالقرارات الدورية.

فالتقييم التربوي عملية صعبة إلا أنها ضرورية لتطوير برامج التعليم المستمر ونظام التعليم بشكل عام مما يؤدي إلى ثقة المجتمع بالنظام التعليمي وتجاوز التغيرات التي تعيق تحقيق الأهداف المرسومة واقتراح الحلول المناسبة لرفد المجتمع ببرامج تتلاءم والتغيرات السريعة التي شهدها عالمنا المعاصر.

وتشير مراجعة الأدب النظري السابق إلى أن هناك اتفاقاً بين التربويين على أن تطوير برامج التعليم المستمر هدف أساسي تسعى الأمم إلى تطبيقه وتعميمه على كافة شرائح المجتمع وذلك لإعدادهم لسوق العمل في القرن الحادي والعشرين ليكونوا قادرين على الحصول على المعلومات المناسبة وتقييمها وتطبيقها في المواقف العملية واستخدامها في عملية صنع القرارات وإصدار الأحكام فضلاً عن إعدادهم لمواجهة كافة التحديات التي يفرضها عصر العولمة بالتطورات العلمية والتكنولوجية إذ يتطلب ذلك تنمية المهارات العلمية من خلال

إعداد وتنفيذ برامج تعليم وتدريب مستمر تراعي خصائص المتعلمين الكبار وتمكنهم من إيجاد البدائل المناسبة لمواجهة التغيرات المذهلة التي تواجه المجتمعات في العصر الحالي.

الجزء الثاني: الدراسات السابقة

لتسليط الضوء على أهم الدراسات ذات العلاقة بالتعليم التمريضي المستمر تمت مراجعة بعض الملخصات لرسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه وكذلك بعض الأبحاث والدراسات التي تناولت التعليم المستمر من عدة جوانب، إذ أن الإطلاع على نتائج البحوث والدراسات والأطروحات باعتبارها نتاجاً فكرياً للباحثين يمكن الاستفادة منها على الصعيدين العملي والعلمي.

ونتيجة لذلك فقد تم الاطلاع على العديد من الدراسات التي أبرزت أهمية التعليم والتدريب المستمر وتقييمه في التأهيل والإعداد المهني، وتزويد المشاركين بالمعارف والمهارات اللازمة لمواكبة التطور التكنولوجي الحادث في مختلف ميادين الحياة. ومن الدراسات التي أبرزت أهمية التعليم المستمر في الإعداد والتأهيل المهني للعاملين دراسة النعيمي (١٩٨٥) والتي هدفت إلى معرفة أهمية الإعداد المهني والفني لأعضاء هيئة التدريس من خلال إشراكهم في برنامج تعليم مستمر أثناء الخدمة وباستخدام المنهج المسحي حيث قام النعيمي باستطلاع آراء عينة تكونت من ٦٥٠ عضو هيئة تدريس حول أهمية هذه البرامج في الإعداد المهني للمدرسين. خلصت الدراسة إلى أن للتعليم المستمر أهمية كبيرة في الإعداد والتأهيل المهني لأعضاء هيئة التدريس وتزويدهم بالمعارف اللازمة لمواكبة التطور التكنولوجي في مختلف الميادين.

وفي دراسة للموسى (١٩٩٨) هدفت إلى تحديد الحاجات التدريبية لأعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية، ومن خلال عينه تكونت من (١٠٠) عضو هيئة تدريس، كشفت الدراسة في أحد جوانبها أن المدرسين قد أولوا أهمية بالغة لدور التدريب المستمر في إكساب المدرس الجامعي المهارات اللازمة للتدريس. ومن الدراسات التي تناولت تقييم برامج التعليم المستمر دراسة هيوز (Hughes, ١٩٩٢)، فمن خلال دراسة هدفت إلى تقييم برامج التعليم المستمر وأثرها في إكساب معارف جديدة للمشاركين. قام هيوز باستطلاع مستوى المعرفة والمهارة والاتجاهات لدى عينة تكونت من (٦٠) ممرضاً وممرضة ممن شاركوا في برامج التعليم التمريضي المستمر، أظهرت النتائج أن لهذه البرامج أثراً إيجابياً في إكساب المشاركين لمعارف جديدة وتغييراً إيجابياً في اتجاهاتهم نحو المهنة.

وقامت سينج (Singh, ٢٠٠٤) بدراسة هدفت إلى تقييم برامج ومناهج التمريض في كليات التمريض لبعض الجامعات الأمريكية باستخدام نموذج (CIPP) للفيلسوف التربوي (Stufflebeam) كإطار مرجعي للتعرف على مدى ملاءمة هذا النموذج لتقييم برامج التمريض، إذ خلصت بدراساتها إلى أن هذا النموذج يعد نموذجاً ملائماً وقابلاً للاستخدام لتقييم أي برنامج تمريضي بكافة عناصره وأكدت على أهمية إجراء تقييم مستمر لهذه البرامج بهدف اتخاذ القرارات الصائبة لتطوير وتحسين نوعيتها وفعاليتها.

كما أن هناك الكثير من الدراسات التي تناولت دور برامج التعليم التمريضي المستمر في إكساب المهارات والمعارف وإثارة الدافعية لدى الممرضين والممرضات للمشاركة في تلك البرامج ومنها ما يلي:

قامت أرني (Arney, ١٩٩٨) بدراسة هدفت إلى معرفة مدى اكتساب الأمهات معارف جديدة وذلك من خلال تقديم برنامج تدريبي للممرضات بهدف تحسين قدراتهن في توعية الأمهات وإرشادهن وفي مرحلة ما قبل الولادة، وباستخدام المنهج شبه التجريبي تم اختيار عينة ضابطة وأخرى تجريبية، حيث أجري اختباران قبلي وبعدي للمجموعتين في بداية البرنامج ونهايته. ومقارنة نتائج الاختبارات للمجموعتين أظهرت النتائج بأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في درجة امتلاك الأمهات للمعارف الجديدة لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

أجرى فوجلينج ولامبرت واميريك، (Foglesong, Lambert, and Emerick, ١٩٨٧) ثلاث دراسات بهدف تقييم أثر برنامج تعليمي للمرضى على درجة الإحساس بالألم ومدى الحاجة لعلاجات تخفيف الألم بعد العملية الجراحية ومقارنة أثر البرنامج على المرضى في المدن والقرى وإظهار الفروق إن وجدت. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحثون بتطبيق البرنامج على مجموعتين في مستشفيات تعليمية في المدن وعلى مجموعة ثالثة في مستشفيات تعليمية في الريف. أظهرت نتائج الدراسة بأن هناك أثراً إيجابياً للبرنامج التعليمي من حيث زيادة الوعي حول الألم لدى كافة المشاركين في البرنامج، كما أظهرت النتائج بأن جميع المشاركين احتاجوا علاجات تخفيف الألم بجرعات أقل من المرضى الآخرين. وعند المقارنة بين أثر البرنامج على المرضى في المدن والمرضى في القرى أظهرت النتائج بأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في أثر البرنامج ولصالح المرضى في المدن وقد عزا الباحثون ذلك لاختلاف دور المجتمع المحلي بين المدينة والريف.

وأجرى جوردن (Jordan, ٢٠٠٠) دراسة في بعض المستشفيات في الولايات المتحدة هدفت إلى التعرف على أثر برامج تدريبية قصيرة تقدم للمشاركين بعد تخرجهم بفترة قصيرة على أدائهم المهني من خلال الممارسة العملية، وقد بينت هذه الدراسة أن التدريب المستمر أدى إلى إكساب المشاركين مهارات جديدة مختلفة عن

السابق انعكس استخدامها في التطبيق العملي إيجاباً على نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وهذا يبرز أهمية مثل هذه البرامج في تحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة.

وأجرى ألسون (Allison, ١٩٩٥) دراسة هدفت إلى معرفة درجة الرضى لدى المشاركين في برنامج تعليم تمريضي مستمر عن مدى اكتسابهم لمعارف جديدة واتجاهات إيجابية، ولتحقيق هذا الهدف قام ألسون بتطبيق برنامج تعليمي على عينة تكونت من (٣٠) مشاركاً. وبعد تقديم البرنامج قام بقياس درجة رضى المشاركين عن دور البرنامج في إكسابهم معارف جديدة واتجاهات إيجابية نحو موضوع البرنامج. وقد بينت النتائج أن المشاركين قد أظهروا درجة رضى عالية حول اكتسابهم لمعارف جديدة واتجاهات إيجابية نتيجة لتلقي البرنامج.

وفي دراسة لهوفر (Hoover, ٢٠٠٢) هدفت إلى تقييم برنامج تعليمي تمريضي ومعرفة أثره على الممارسة المهنية والسلوكيات الشخصية للمشاركين من خلال نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمنتفعين. قام هوفر بتطبيق برنامج تعليمي على عينة تكونت من (٤٠) ممرضاً، وبعد تطبيق البرنامج قام هوفر بتقييم نوعية الرعاية المقدمة للمرضى من قبل المشاركين وسلوكياتهم الشخصية. بينت نتائج هذه الدراسة أن هناك تحسناً في أداء مهارات الاتصال على المستوى الشخصي للمشاركين بالإضافة إلى زيادة في تحصيلهم المعرفي وتغيير إيجابي في نوعية الرعاية الصحية المقدمة من قبلهم للمنتفعين، مما يبرز أهمية دور برامج التعليم المستمر في زيادة التحصيل المعرفي لدى المشاركين.

كما قامت الصفدي (٢٠٠٤) بدراسة هدفت إلى تطوير برنامج تعليم تمريضي قائم على تقييم مهارات التفكير الناقد لدى طلبة السنة الرابعة في كليات التمريض في الجامعات الأردنية. استخدمت الباحثة المنهج المسحي لقياس درجة توفر مهارات التفكير الناقد لدى طلبة التمريض في خمس جامعات أردنية باستخدام مقياس واطسون وجليسر المترجم والمعدل للبيئة الأردنية. بلغ أفراد العينة التي طبق عليها القياس (٣٥٩) طالباً وطالبة، أظهرت نتائج الدراسة بأن أعلى نسبة من الطلبة هم في المستوى المتوسط من حيث درجة توفر مهارات التفكير الناقد وبنسبة (٥٠,٩٧%) من مجموع العينة، وكانت أقل نسبة مئوية لمستوى التفكير الناقد في المستوى العالي وبنسبة (١٠,٨٦%)، وبينما بلغت نسبة المستوى الضعيف (٣٨,١٩%)، مما جعل نسبة الطلبة في الفئتين الضعيفة والمتوسطة تشكل (٨٩,٣٣%) من مجموع أفراد الدراسة، وأظهرت النتائج أيضاً أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس.

بناءً على ذلك قامت الباحثة بتطوير برنامج تعليم - تعليمي ترميزي لتنمية مهارات التفكير الناقد لدى طلبة التمريض. وقد طبق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية وعددها (٢٢) طالبة، بينما قدم البرنامج التعليمي الاعتيادي إلى المجموعة الضابطة وعددها (٢١) طالبة. وبعد تطبيق مقياس واطسون وجليسر كاختبار قبلي وبعدي ، أظهرت النتائج بأن هنالك تحسناً في درجة امتلاك الطلبة لمهارات التفكير الناقد وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وأجرى عبد الله (٢٠٠٥) دراسة هدفت إلى تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفكير الإبداعي والقدرة على حل المشكلات لدى طلبة التمريض في كليات المجتمع. استخدم عبد الله المقياس المسحي لقياس درجة توفر مهارات التفكير الإبداعي والقدرة على حل المشكلات لدى طلبة التمريض، وبناءً على نتائج هذه الدراسة قام عبد الله ببناء برنامج تدريبي لتنمية هذه المهارات. وقد طبق البرنامج على مجموعة تتكون من ٦٠ طالباً وطالبة تم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) بواقع ٣٠ طالباً لكل مجموعة. أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية في درجة امتلاكهم لمهارات التفكير الإبداعي والقدرة على حل المشكلات مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقد أجرى انك وجارسن وأبو سعد (Anneke,Garssen,& Abu-Saad, ١٩٩٦) مراجعة للأدب النظري بهدف تقييم أثر برامج التعليم المستمر المتعلقة بمعالجة الألم على المعرفة والاتجاهات والمهارات لدى الممرضين والممرضات وتقييم تأثير هذه البرامج على نوعية الرعاية المقدمة للمرضى وكفائتها، ولتحقيق هذا الهدف قام الباحثون بتقييم (١٢) دراسة اشتملت على (١٢) برنامجاً. أظهرت النتائج أنه كان لعشرة من هذه البرامج آثاراً إيجابية في معرفة سلوك الممرضين والممرضات تجاه العناية بالألم وتحسين اتجاهاتهم تجاهها. ومن جهة أخرى كانت هناك دراسة واحدة فقط لم تظهر نتائجها أية آثار إيجابية للبرنامج وقد عزا الباحثون في هذه الدراسة سبب ذلك لأمرٍ تتعلق بإجراءات الدراسة كقصر المدة التي طبق فيها البرنامج وعدم إعطاء الاهتمام الكافي من المعنيين أثناء تطبيق البرنامج للمداخلات التمريضية التي كان الممرضون يقومون بتقديمها. كما قام الباحثون بتقييم أربع من هذه الدراسات لمعرفة أثر برامج التعليم المستمر على نوعية وكفاية مخرجات الرعاية التمريضية التي تم تقديمها للمرضى بعد تطبيق هذه البرامج، حيث أظهرت جميع نتائجها أن هناك آثاراً إيجابية لهذه البرامج على نوعية الرعاية التي تم تقديمها للمرضى، فقد تلقى المرضى علاجات الألم بجرعات أكبر، وأبدوا ارتياحاً وزيادة في قدرتهم في الاعتماد على أنفسهم وانخفاضاً في شدة الألم مقارنة بالفترات قبل تطبيق هذه البرامج.

وأجرت ويلتز وليف (Willetts & Leff, ٢٠٠٣) دراسة هدفت إلى وصف وتقييم برامج تدريبية أعدت للقاءمين على رعاية مرضى الأمراض العقلية في مراكز الأمراض العقلية، حيث تم تطبيقه على عينة تكونت من (٢٩) مشاركاً من العاملين في هذه المراكز، وتم تقديم البرنامج على مدى (١٠) جلسات تتعلق بقضايا كثيرة ذات علاقة بإدارة مرضى الأمراض العقلية ومعاملتهم، وباستخدام طرق وأساليب تدريس متعددة، تم تقييم أثر البرنامج من خلال إعداد استبانة تقيس التحصيل المعرفي لدى المشاركين. ومقارنة الاختبارين القبلي والبعدي، أظهرت النتائج زيادةً في تحصيلهم المعرفي عن مرض انفصام الشخصية، وتطوير مهاراتهم في إحداث التغيير المطلوب باستخدام طرق واستراتيجيات ملائمة. هذه الدراسة أثبتت مدى أهمية البرامج التدريبية في زيادة التحصيل المعرفي لدى المشاركين وضرورة تصميم برامج تعليم مستمر وتنفيذها تهدف للارتقاء بنوعية الرعاية المقدمة لمرضى الأمراض العقلية.

وأجرى ويلكنسون، ليليوبولو، جامبلس، وروبرتس (, Wilkinson, Leliopoulou, Gambles & Roberts) دراسة هدفت إلى تقييم فاعلية عدد من برامج التدريس السابقة المتعلقة بمهارات الاتصال لدى المشاركين، بينت تلك الدراسات أن هناك تأثيراً طفيفاً على إحداث التغيير المرغوب في سلوك المشاركين في تلك الدراسات.

ونظراً لأهمية مهارات الاتصال في الرعاية التمريضية وتحقيق رضى المنتفعين وتخفيف معاناتهم، تم تطبيق برنامج تدريبي لتحسين مهارات الاتصال من خلال ورشة عمل لمدة (٣) ثلاثة أيام طبقت على عينة تكونت من (١٠٨) ممرضات يقمن على رعاية مرضى السرطان وعائلاتهم في مناطق مختلفة من المملكة المتحدة. أظهرت نتائج هذا البرنامج أن هناك تحسناً في مهارات الاتصال لدى المشاركين عما كان عليه قبل تقديم البرنامج، حيث زادت ثقة المشاركين بأنفسهم في المواقف التي تتطلب مهارات اتصال مع المنتفعين، كما زادت مقدرتهم في تعليم مهارات الاتصال للآخرين.

إن نتائج هذه الدراسة تؤكد على أن تقديم برامج تعليمية قصيرة تؤدي إلى زيادة معارف المشاركين ومهاراتهم وإحداث التغيير المرغوب في السلوك وتحسين مقدرتهم على التواصل بفاعلية مع مرضى السرطان وعائلاتهم. وأجرت ايلس ونولان (Ellis & Nolan, ٢٠٠٥) دراسة هدفت إلى تسليط الضوء على أهمية برامج التعليم المستمر في التمريض باستخدام طريقة دراسة الحالة، فبإتباع هذه الطريقة تم اختيار أحد البرامج السابقة كحالة لدراسته، وتم جمع البيانات من ثلاث مجموعات من المستفيدين على مدار (١٨) شهراً للتعرف على

محيط البرنامج والعوامل المؤثرة في نتائجه. تم تحليل الوثائق وبيانات المقابلة المعمقة لمديري وطلاب البرنامج. وأظهرت النتائج بأن هناك مجموعة كبيرة من العوامل المتفاعلة مع بعضها بعضاً تؤثر في نتائج برامج التعليم المستمر، ومن هذه العوامل اختيار العملية أو الطريقة التي تبنى بها البرامج، وتوقعات الطلبة، وكذلك الخبرة التعليمية وفاعلية البيئة العملية للتغيير. إن هذه الدراسة تؤكد على أهمية التعرف على العوامل التي تسهم في إحداث النتائج المرغوبة لبرامج التعليم المستمر وضرورة تضمين تلك العوامل في سياسة وتطبيق برامج التعليم المستمر من خلال شمولها في عملية بناء تلك البرامج وتنفيذها.

وأجرى كليفورد وميري (Clifford & Murray, ٢٠٠١) مشروعاً يهدف إلى تسهيل استخدام البحث في الممارسة التمريضية. ولتحقيق هذا الهدف عمل فريق من جامعة برمنغهام (Birmingham University) بالتعاون مع الممرضين العاملين بأحد المستشفيات لتطوير وتقويم أثر هذا المشروع في تحسين معرفة البحث في الممارسة التمريضية من قبل المشاركين واستخدامها.

تم تنفيذ الدراسة على ثلاثة مراحل، حيث تم في المرحلة الأولى إجراء الاختبار القبلي الذي تم فيه جمع البيانات من (٢٣٥) مشاركاً من الممرضين العاملين في المستشفى وقام الباحثان بمناقشة هذه البيانات مع العاملين لتكون الأساس لتخطيط وبناء المرحلة الثانية (تطوير المشروع). حيث تم في الجزء الأول توفير البرامج التعليمية والمدرسين لمساعدة العاملين في اكتساب المعلومات الضرورية، وفي الجزء الثاني قام العاملون وتحت إشراف مختصين في البحث بعمل أبحاث تتعلق بالممارسة التمريضية وذلك بهدف تطوير المهارات البحثية لديهم. واشتملت المرحلة الثالثة على إجراء الاختبار البعدي حيث تم جمع البيانات من (٨١) مشاركاً ممن أجابوا عن الاختبار القبلي.

لم تكشف النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج الاختبار القبلي والبعدي، في حين أظهرت البيانات النوعية التي تم جمعها من المشاركين وجود عدة عوامل أثرت بشكل إيجابي في رفع قدرة المشاركين على إجراء الأبحاث . كما أظهرت البيانات النوعية بأن العوامل التي حالت دون تحقيق آثار إيجابية للمشروع في معرفة وقدرة المشاركين على استخدام البحث في الممارسة التمريضية كانت تتلخص بضيق الوقت وقلة الموارد وعدم كفاية التعليم وضغط العمل.

وأجرى سكلدمان وهيرمان وكلامبيك وأورتوين وشوارز وفولمان،

(Schildmann,Hermann,Klambeck,Ortwein,Schwarz and Vollmann,٢٠٠٥)

دراسة تهدف إلى تنمية أخلاقيات المهنة لدى الأطباء وتحسين طرق الاتصال مع المرضى وخاصة طرق إيصال الأخبار غير السارة للمرضى (كإعطاء المريض معلومات عن نتائج الفحوصات والتشخيص غير السار) ولتحقيق هذا الهدف قدم الباحثون مساقاً تعليمياً للأطباء بعد تخرجهم يتعلق بأخلاقيات المهنة وطرق التواصل وبخاصة ما يتعلق بإيصال المعلومات غير السارة للمرضى . تكونت العينة من (٣٧) طبيباً. بعد تقديم البرنامج التعليمي وباستخدام الاختبار القبلي والبعدي أظهرت النتائج تحسناً في مراعاة الأطباء لأخلاقيات المهنة وقدرتهم على إيصال الأخبار غير السارة للمرضى بطريقة مناسبة مقارنة مع قدراتهم على الاتصال قبل الاشتراك بالبرنامج. كما أبدى المشاركون أهمية الحاجة لمثل هذه البرامج للتغلب على الصعوبات التي تواجه الأطباء في إيصال الأخبار غير السارة للمرضى.

قامت كريس (Cris,٢٠٠٢) بدراسة نوعية تقييمية لبرنامج تدريب سريري في تمرير الصحة النفسية. هدفت الدراسة إلى تقييم اتجاهات واهتمامات المشاركين في هذا البرنامج، تم تطبيق البرنامج على عينة تكونت من (٢٧٥) مدرباً وممرضاً. وبعد تطبيق البرنامج قامت كريس وباستخدام أسلوب المقابلة المعمقة بتقييم اتجاهات واهتمامات المشاركين. خلصت الدراسة إلى ضرورة أن يقوم جميع المعنيين ببرامج تدريب التمريض السريري بتحسين وتطوير العناية التمريضية المقدمة في مجال تمرير الصحة النفسية وذلك من خلال إعداد برامج التعليم المستمر لتنمية مهارات وقدرات مدرب التمريض السريري. وبناءً على نتائج تلك الدراسة، تم التوصل إلى وضع دليل لبرنامج تدريبي سريري.

وأجرى أبو زيتون (٢٠٠٥) دراسة هدفت إلى بناء برنامج تدريبي قائم على المهارات التقنية لدى مصوري الأشعة في المستشفيات الأردنية بهدف تنمية تلك المهارات لديهم. ولتحقيق ذلك قام أبو زيتون ببناء برنامج تدريبي اشتمل على المهارات التقنية اللازمة لمصوري الأشعة وقام بعرضه على عدد من المختصين بهدف تقييمه. حظي البرنامج بتقييم عالٍ من قبل ذوي الاختصاص حيث حصل على نتيجة (٤,٥٦) درجة من أصل خمس درجات وتعد هذه الدرجة عالية جداً. وتشير هذه النتيجة إلى أهمية برامج التدريب المستمر وأثرها في تنمية المهارات لدى العاملين وذلك من وجهة نظر المختصين.

وأجرت المومني (٢٠٠٥) دراسة هدفت إلى بيان فاعلية برنامج تدريبي قائم على كفايات مدرب التمريض السريري في تنمية تلك الكفايات لديه. ومن خلال دراسة مسحية على عينة تكونت من (١٢٧) مدرباً ومدربة تمريض، تم التعرف على نقاط الضعف في امتلاكهم للكفايات اللازمة لمُدرّب التمريض السريري وللتغلب على نقاط الضعف لدى المديرين قامت ببناء برنامج تدريبي قائم على كفايات مدرب التمريض السريري، وقامت بتطبيقه على عينة من مدربي التمريض السريري تكونت من (٢٨) مدرباً. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التحصيل المعرفي للمشاركين في الاختبارين القبلي والبعدي تُعزى لفاعلية البرنامج التدريبي.

ثالثاً : خلاصة الدراسات السابقة وعلاقتها بالدراسة الحالية:

يتضح مما سبق أن هناك العديد من الدراسات التي تتعلق بالتعليم المستمر بشكل عام والتعليم التمريضي المستمر بشكل خاص، وتلك التي تعنى بتقويم وبناء برامج تدريبية لتنمية المعرفة التمريضية. ومن الملاحظ بأن هناك ندرة بالدراسات العربية التي بحثت في برامج التعليم التمريضي المستمر وأثرها في تنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين.

وفي ضوء ما تم عرضه من دراسات وما استخلص من ملاحظات عن دراسات بناء برامج التعليم المستمر في الدراسات السابقة وتقييمها فإنه يمكن القول بان الدراسة الحالية التي قام بها الباحث تختلف عما تم الاطلاع عليه من دراسات سابقة في مجال بناء برامج التعليم التمريضي المستمر وتقييمها، فالدراسة الحالية من حيث مجالها تعد من الدراسات العربية القليلة التي تناولت بناء برامج تعليم تمريضي مستمر وبخاصة في مجال الفتحات الاصطناعية، ولهذا فهي جهد مختلف، إلا أنه مكمل للدراسات الرائدة التي تمت في هذا المجال والتي تم عرضها في هذا الجزء. فالدراسات العربية والأجنبية التي تم عرضها تمثلت في بناء برامج تمريضية متنوعة ولكن لم تتطرق أي منها إلى موضوع البرنامج الذي تم بناؤه في هذه الدراسة (العناية بالفتحات الاصطناعية).

كما أن هناك القليل من الدراسات التي استخدمت نموذج ستفليم كإطار مرجعي في تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر والذي تم استخدامه في هذه الدراسة.

ومن الدراسات التي تناولت تقويم برامج التعليم المستمر بشكل عام دراسة هوجز (Hughes, ١٩٩٢) والتي تناولت تقييم برامج التعليم المستمر وأثرها في إكساب معارف جديدة للمشاركين، ودراسة سينج

(Singh, ٢٠٠٤) والتي تناولت تقييم برامج ومناهج التمريض في كليات التمريض في بعض الجامعات الأمريكية باستخدام نموذج ستفليم (Stufflebeam) كإطار مرجعي لعملية التقييم، ودراسة آرني (Arney, ١٩٩٨) والتي تناولت فاعلية برنامج تدريبي في إكساب الممرضات لمعارف تمريضية تساعدهم في تعليم الأمهات برعاية أنفسهن في مرحلة ما قبل الولادة. ودراسة ألسون (Allison, ١٩٩٥) والتي تناولت تقييم برنامج تعليمي من خلال التعرف على درجة الرضى لدى المشاركين عن اكتسابهم معارف واتجاهات إيجابية جديدة.

أما فيما يتعلق ببناء البرامج فهناك بعض الدراسات التي تناولت موضوع بناء برامج التعليم المستمر، فمن الدراسات التي تمت في هذا المجال دراسة الصفدي (٢٠٠٤) والتي تناولت تطوير برنامج تعليم تمريضي قائم على تقييم مهارات التفكير الناقد لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية، ودراسة عبد الله (٢٠٠٥) والتي تناولت تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفكير الإبداعي والقدرة على حل المشكلات لدى طلبة التمريض في كليات المجتمع.

ودراسة (أبو زيتون) (٢٠٠٥) والتي تناولت بناء برنامج تدريبي لتنمية المهارات التقنية لدى مصوري الأشعة في المستشفيات الأردنية، ودراسة المومني (٢٠٠٥) والتي تناولت بناء برنامج تدريبي قائم على كفايات مدرب التمريض السريري لتنمية تلك الكفايات لديه.

ومن الدراسات الأجنبية التي تناولت هذا الجانب دراسة كليفورد وميري (Clifford & Murray, ٢٠٠١) والتي تناولت بناء برامج تعليمية لإكساب الممرضين المعلومات الضرورية لإجراء البحث في الممارسة التمريضية.

وفيما يتعلق في بيان فاعلية البرامج في تحقيق أهدافها، فهناك عدد من الدراسات التي تناولت هذا الجانب، ومنها دراسة أنك وآخرون (Anneke et al., ١٩٩٦) والتي تناولت تقييم أثر برنامج تعليمي في تخفيف الألم وتقليل الحاجة إلى مسكنات الألم لدى المرضى بعد العمليات الجراحية. ودراسة ويلتز وليف (Willettts & Leff, ٢٠٠٣) والتي تناولت تقييم برامج تدريبية في زيادة التحصيل المعرفي لدى الممرضين حول الرعاية بمرضى

الأمراض العقلية. ودراسة ويلكنسون وآخرون (Welkinson et al., ٢٠٠٣) والتي تناولت تقويم فاعلية عدد من برامج التدريب السابقة في تنمية مهارات الاتصال لدى الممرضين. وتختلف هذه الدراسة أيضاً عن سابقتها في أن الدراسات السابقة في المجال التمريضي لم تتناول بناء برامج تدريبية لتأهيل الممرضين للعناية بمرضى الفتحاح الاصطناعية، كما أن هذه الدراسة لم تنطلق في بنائها للبرنامج من برامج قائمة بالفعل، وإنما صممت برنامجاً تدريبياً وذلك باستخلاص المادة العلمية من مصادر متنوعة. يرى الباحث أن الدراسات التي اعتمدت في هذه الدراسة كافية إلى درجة معقولة نظراً لندرة هذا النمط من الدراسات رغم أنه لم يعثر على دراسة اعتمدت في بناء برامج التعليم المستمر على أساس تقييم البرامج السابقة والذي انفردت به هذه الدراسة.

ويرى الباحث أنه يمكن الاستفادة مما تم عرضه من دراسات وما ورد فيها من أساليب خاصة بتقييم البرامج وتصميمها وذلك حتى يتمكن من بناء برنامج تدريبي للممرضين لتنمية معرفتهم بالعناية بالفتحاح الاصطناعية.

تأتي هذه الدراسة لتؤكد على تنمية المعرفة التمريضية في أحد المجالات المهمة من مجالات الممارسة التمريضية والذي يفتقر إليه الممرضون في القطاع الصحي العسكري بشكل خاص وفي القطاعات الصحية الأخرى بشكل عام.

استخلاص بعض المؤشرات من الدراسات السابقة للإفادة منها في هذه الدراسة:

إن الهدف من الإطلاع على هذه الدراسات والبحوث هو الإفادة من إجراءاتها المنهجية ومن النتائج التي توصل إليها الآخرون وتوظيفها في الدراسة الحالية، إذ بينت أن هناك اهتماماً عالمياً بأهمية التعليم المستمر ودوره في مواكبة التغير وإحداثه في كافة المجالات العلمية الناجم عن التفجر المعرفي والتطور التكنولوجي الذي يميز طبيعة العصر.

كما وأكدت على ضرورة توفير برامج تعليم مستمر وتقديمها بحيث تلبى احتياجات العاملين في مختلف القطاعات الصحية. حيث أظهرت الدراسات والبحوث أثر برامج التعليم المستمر على العاملين والمنتفعين من الخدمات الصحية المقدمة لهم. وتتلخص نتائج هذه الدراسات بما يلي:

أكدت الدراسات على ضرورة الاهتمام بتقييم البرامج التعليمية.

أكدت الدراسات على ضرورة مراعاة خصائص المتعلمين الكبار عند تصميم البرامج.

زيادة الثقة بالنفس لدى المشاركين ببرامج التعليم المستمر.
زيادة الوعي الذاتي لدى المشاركين.
اكتساب معارف جديدة وتغير في السلوك والاتجاهات لدى المشاركين.
تحسين مهارات الاتصال لدى المشاركين.
زيادة في فهم المشاركين بالقضايا المتعلقة بالمهنة ووعيهم لها.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

تناول الباحث في هذا الفصل وصفاً لمنهجية البحث والإجراءات التي استخدمت في تحديد مجتمع الدراسة، وكيفية اختيار العينة والخطوات التي اتبعها في تطوير أدوات الدراسة وكيفية التحقق من صدقها وثباتها، وإجراءات تطبيقها، والمعالجات الإحصائية المستخدمة في استخراج النتائج وتحليلها، ومن ثم إجراءات وخطوات بناء البرنامج المقترح.

المنهجية المستخدمة في الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج تدريبي قائم على تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وفقاً لنموذج ستفلييم (Stufflebeam) وتحديد أثره في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين. ولتحقيق هذا الهدف استخدم منهجين بحثيين هما:

١- المنهج الوصفي القائم على المسح: وذلك لغرض تحديد درجة تمثل المعايير التقييمية القائمة على نموذج ستفلييم (Stufflebeam) في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري من وجهة نظر كل من مشرفي التدريب التمريضي والمشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر الحالية، وذلك للإفادة من هذا التقييم في المرحلة التطويرية للبرنامج التدريبي وإجراءات تطبيقه لتحديد فاعليته.

٢- المنهج شبه التجريبي: والذي استخدم في هذه الدراسة لغرض تحديد فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في التعليم التمريضي المستمر عند تطبيقه وذلك باختيار مجموعتين من الأفراد إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وباستخدام اختبار قبلي واختبار بعدي للمجموعتين.

مجتمع الدراسة وعينتها:

أشتمل مجتمع الدراسة على جميع الممرضين والممرضات العاملين الذين شاركوا في البرامج الحالية للتعليم التمريضي المستمر للمدة من (٢٠٠١-٢٠٠٥ م)، وكذلك على مشرفي التدريب التمريضي الذين أشرفوا على تقديم تلك البرامج في مستشفيات وكليات القطاع الصحي العسكري.

بلغ مجتمع الدراسة (١٠٠٦) ممرضاً وممرضةً بين مشارِك ومشرِف في برامج التعليم التمريضي المستمر موزعين على كافة مستشفيات وكليات القطاع الصحي العسكري، والجدول رقم (١) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً للمستشفى وطبيعة المشاركة في برامج التعليم التمريضي المستمر (مشارك أو مدرس).

جدول (١)

توزيع مجتمع الدراسة حسب المستشفى وطبيعة المشاركة

المشرفون	المشاركون	المستشفى
١٥	١٧٦	مستشفى الحسين
٥	٧٠	مركز الملكة علياء لأمراض وجراحة القلب
٥	٥٥	مركز التأهيل الملكي
٢	٣٨	مركز الملكة رانيا العبد الله لأمراض وجراحة الكلى وزراعة الأعضاء
١٠	١٥١	مستشفى الأمير راشد بن الحسن
١٠	١٣٤	مستشفى الأمير هاشم بن الحسين
٨	١١٢	مستشفى الملكة علياء العسكري
٥	٥٥	مستشفى الأمير علي بن الحسين
٥	٣٣	مستشفى الأمير زيد بن الحسين
٥	٤٠	مستشفى الأميرة هيا بنت الحسين
٢٠	٢٢	كلية الأميرة منى للتمريض والمهن الطبية المساندة
١٥	١٥	كلية الخدمات الطبية الملكية (مجمع الأميرة عائشة بنت الحسين)
١٠٥	٩٠١	المجموع
	١٠٠٦	المجموع الكلي

وقد اختيرت العينة لأغراض المسح بنسبة (٢٣,٣%) وقد بلغ عدد أفرادها (٢٣٥) فرداً من مجتمع الدراسة تم اختيارها بالطريقة الطبقيّة العشوائية (Stratified Random Sample) وبواقع (٢٠٤) مشارك و(٣١) مشرفاً. والجدول رقم (٢) يبين توزيع العينة المسحية.

جدول (٢)

توزيع عينة الدراسة المسحية حسب المستشفى وطبيعة المشاركة

مستشفى	مشارك	مشرف
مستشفى الحسين	٣٩	٥
مركز الملكة علياء وأمراض وجراحة القلب	١٥	٢
مركز التأهيل الملكي	١٣	٢
مركز الملكة رانيا العبد الله وأمراض وجراحة الكلى وزراعة الأعضاء	٩	٢
مستشفى الأمير راشد بن الحسن	٣٥	٣
مستشفى الأمير هاشم بن الحسين	٣١	٣
مستشفى الملكة علياء العسكري	٢٥	٢
مستشفى الأمير علي بن الحسين	١٣	١
مستشفى الأمير زيد بن الحسين	٧	١
مستشفى الأميرة هيا بنت الحسين	٩	١
كلية الأميرة منى للتمريض والمهن الطبية المساندة	٥	٦
كلية الخدمات الطبية الملكية (مجمع الأميرة عائشة بنت الحسين)	٣	٣
المجموع	٢٠٤	٣١
المجموع الكلي	٢٣٥	

كما تم اختيار عينة الدراسة شبه التجريبية والتي استخدمت لتطبيق وقياس فاعلية البرنامج التدريبي المقترح من (٦٤) ممرضاً وممرضه ممن شاركوا في برنامج التعليم التمريضي المستمر تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من مستشفيات مدينة الحسين الطبية (مستشفى الحسين، مركز التأهيل الملكي، مركز الملكة علياء وأمراض وجراحة القلب، مركز الملكة رانيا العبد الله وأمراض وجراحة الكلى) حيث أن هذه المستشفيات يسهل الوصول إليها من قبل الباحث وتم اختيارها لاعتبارات إدارية يصعب على الباحث توفيرها لو اختيرت العينة من جميع المستشفيات في القطاع الصحي العسكري. تم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة بواقع (٣٢) مشاركاً ومشاركة لكل مجموعة.

أدوات الدراسة وإجراءات تطويرها

لتحقيق غرض هذه الدراسة في بناء برنامج تدريبي قائم على تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وتحديد أثره في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين، تم تطوير واستخدام أدوات الدراسة الآتية:

الأداة الأولى: استبانة تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر

استخدم الباحث نموذج ستفليبم (Stufflebeam) كإطار مرجعي وذلك لخصوصيته وتميزه في تقييم البرامج التعليمية والتدريبية وشموله كافة عناصر العملية التعليمية ومرونة استخداماته من خلال الاستراتيجيات التقييمية الأربعة التي يتضمنها هذا النموذج (CIPP Model) لتسهيل عملية اتخاذ القرارات. فهذا النموذج يتضمن أربع استراتيجيات للتقييم التربوي ويقترن بكل استراتيجية نوع معين من أنواع قرارات البرنامج أو المنهاج. ولأجل توضيح هذا النموذج يرى العالم ستفليبم بأن لكل قرار يخص المنهاج أو البرنامج التربوي بُعدين أساسيين هما:

هل القرار يسبق عملية التنفيذ (Intended)، أو أثنائها أو بعد انتهاء البرنامج أو المنهاج (Actual).
هل القرار هو لمعرفة مدى تحقيق الأهداف المطلوبة (Ends)، أم لمعرفة مدى فاعلية الوسائل المستخدمة (Means) لغرض اتخاذ قرارات تقييمية.
ومن خلال تفاعل هذين البعدين من أبعاد القرارات نصل إلى القرارات الخاصة بكل استراتيجية من استراتيجيات التقييم.

وقبل عرض النموذج، من المفيد توضيح دلالات الحروف التي يتضمنها نموذج (CIPP):

C = Context السياق أو محيط البرنامج

I = Inputs المدخلات

P = Process العملية

P = product الناتج النهائي

ويمكن توضيح هذه العلاقة من خلال جمع بعدي القرار للحصول على التقسيمات التي تسهم في فهم محتوى هذا النموذج كما يظهر بالشكل التالي:

الشكل (١)

نموذج ستفليم (CIPP Model) في تقييم البرامج والمناهج التعليمية والتدريبية

وقت القرار ما يستهدفه القرار	سابق التنفيذ Intended (المتوقع)	أثناء أو بعد التنفيذ Actual (حقيقي)
Ends الأهداف	- C- البيئة أو المحيط للبرنامج Context Planning Decisions قرارات تخطيطية	-P- الناتج النهائي Product Recycling decisions قرارات دورية
Means الوسائل	-I- المدخلات Inputs Structuring decisions قرارات تركيبية	-P- العملية Process Implementing decisions قرارات تنفيذية

الجادري (٢٠٠٣)

وبناءً على ذلك، قام الباحث بتطوير استبانة لتقييم برامج التعليم التمريضي المستمر الحالية تتضمن مجموعة من المعايير التقييمية استناداً إلى نموذج ستفليم في التقييم (CIPP Model) لغرض تحديد درجة تمثيلها في برامج التعليم التمريضي المستمر الحالية والذي اشتمل على أربع استراتيجيات تقويمية هي:

السياق / البيئة (Context): هي مجموعة الظروف التي يتم في ظلها تنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر والتي تمكن من اتخاذ قرارات تخطيطية بصدد تحديد الأهداف والأولويات المرتبطة بالحاجات التدريبية للممرضين والممرضات في القطاع الصحي العسكري.

المدخلات (Inputs): وتعني الإمكانيات المتاحة (البشرية والمادية والمالية) التي تسهم في تحقيق الأهداف، وتهدف إلى اتخاذ قرارات حول المصادر والوسائل والمدخلات وكل ما يتعلق بخطة العمل، ووضع التقييم

الزمني لتنفيذ البرامج وتسمى تلك القرارات بالقرارات التركيبية.

العمليات (Processes): وهي الخطوات الإجرائية والطرق المستخدمة في تنفيذ البرنامج لتحقيق الأهداف والنتائج المخطط لها مسبقاً، والتي تمكن من اتخاذ قرارات تنفيذية تتخذ لمعالجة الصعوبات التي تواجه سير البرامج.

المنتجات / المخرجات (Products): وهذه الاستراتيجية التقييمية تطبق لتحديد مدى تحقق الأهداف ومطابقتها مع الأهداف المحددة والمخطط لها مسبقاً، ويتم هذا التقييم بعد الانتهاء من تنفيذ البرامج، وتسمى نوعية القرارات المقترنة بهذا النوع من التقييم بالقرارات الدورية التي تتخذ لمعرفة مدى إنجاز البرامج.

وللحكم على درجة تمثل الاستراتيجيات الأربع في برامج التعليم التمريضي المستمر الحالية، قام الباحث بتحديد عدد من المعايير التقييمية ووضعها في استبانة على نمط مقياس ليكرت الخماسي 5-Point Lickert type Scale الذي يتدرج في مستوياته من (ضعيف جداً، ضعيف، متوسط، عالي، عالي جداً) وقد تكونت الاستبانة من (٥٠) فقرة (معياري) في صورتها الأولية موزعة على الاستراتيجيات التقييمية الأربع.

صدق الاستبانة

للتأكد من صدق الاستبانة تم عرضها على عدد من المحكمين المتخصصين في المناهج وطرق التدريس في كلية الدراسات التربوية العليا في جامعة عمان العربية، وجامعة مؤتة، وخبراء في التعليم التمريضي، الملحق رقم (١)، وكان الغرض من التحكيم تحديد رأي المتخصصين في فقرات الاستبانة من حيث:

مدى مناسبتها للاستراتيجية التقييمية التي تدرج تحتها.

صحة الفقرات من الناحية اللغوية وكفايتها ووضوحها وشمولها لموضوع الدراسة.

إضافة أو حذف أو تعديل ما يروونه مناسباً.

وقدم المحكمون آراءً لتعديل بعض الفقرات، وحذف بعضها، وإضافة فقرات جديدة، وتم الأخذ بالفقرات التي أجمع عليها المحكمون، وبناءً على ذلك تم حذف سبعة فقرات ليصبح العدد الكلي لفقرات الاستبانة بعد إجراءات الصدق (٤٣) فقرة، أنظر الملحق رقم (٢).

ثبات الاستبانة

قام الباحث بتطبيق الاستبانة على عينة من الممرضين والممرضات عددهم (٣٠)، من غير عينة الدراسة، وبعد أسبوعين قام بإعادة تطبيق ذات الاستبانة على العينة نفسها، ومن ثم قام باستخراج معامل الارتباط بيرسون بين الاختبارين، وبلغ (٠,٩٠٥) للاستراتيجيات الأربع ككل. وتبين أن الاستبانة تتمتع بدرجة ثبات عالية على مستوى الأبعاد الأربعة والمقياس ككل، إذ بلغ معامل الثبات لاستراتيجية السياق (٠,٧٩٦) والمدخلات (٠,٨٥٢) والعمليات (٠,٨٤٨) والمخرجات (٠,٩٠٢)، وعليه فإن المقياس (الاستبانة) وفقاً لقيم معامل الثبات صالح للتطبيق. وجدول (٣) يوضح معاملات الثبات للأداة ككل والاستراتيجيات التي تتضمنها:

جدول (٣)

معاملات ثبات لأداة القياس بأبعادها

معامل الارتباط	الاستراتيجيات التقويمية
٠,٧٩٦	السياق (البيئة)
٠,٨٥٢	المدخلات
٠,٨٤٨	العمليات
٠,٩٠٢	المخرجات
٠,٩٠٥	المقياس ككل

الأداة الثانية: مقياس التحصيل المعرفي:

لغرض قياس المعرفة التمريضية قام الباحث ببناء اختبار تحصيلي موضوعي من نوع الاختيار من متعدد. تكون في صيغته الأولية من (٥٠) سؤالاً. وقد تم إتباع الخطوات التالية في بنائه: تحديد الأهداف السلوكية التي تغطي جميع جوانب محتوى البرنامج التدريبي (العناية بالفتحات الاصطناعية) والتي يهدف الاختبار لقياسها. تحليل محتوى البرنامج التدريسي واستخراج المفاهيم والعناصر الرئيسة المتضمنة فيه والتي تغطي كل هدف من أهدافه.

صياغة فقرات الاختبار بشكل موضوعي من نوع الاختيار من متعدد وروعي في هذا الإعداد أن يتضمن الاختبار أسئلة تقيس الأهداف السلوكية التي تم الإشارة إليها سابقاً ووضع عدد متساو من البدائل في كل سؤال من أسئلة الاختيار من متعدد، كما روعي تمثيل الاختبار لكل جزء من أجزاء محتوى البرنامج بما يناسبه من الأسئلة.

صدق الاختبار:

للتحقق من صدق الاختبار التحصيلي ومدى مناسبه لأغراض البحث والدراسة تم عرضه في صورته الأولية على ستة من المحكمين، جميعهم من مدرسي التمريض المؤهلين تربوياً والخبراء في مجال العناية بالفتحات الاصطناعية في المستشفى للنظر في مدى مناسبة الاختبار من حيث: ملاءمته لقياس درجة امتلاك المشاركين للمعارف والمهارات ذات العلاقة بالعناية بالفتحات الاصطناعية وسلامة البدائل المقترحة، وسلامة صياغة الفقرات، وأي ملاحظات أخرى يقترحها المحكمون لإثراء أداة الدراسة.

وفي ضوء ملاحظات المحكمين أجريت التعديلات اللازمة من حذف، وتعديل، وإضافة، وقد بلغ عدد فقرات الاختبار في صورته النهائية (٥٠) فقرة من نوع الاختيار من متعدد، أنظر الملحق رقم (٣).

ثبات الاختبار:

للتحقق من ثبات الاختبار تم تطبيق الاختبار على عينة مكونة من (٣٠) ممرضاً وممرضة، من غير عينة الدراسة، وتم تطبيق اختبار كودر ريتشاردسون (Kudar-Richardson-٢٠) لقياس معامل الثبات، حيث بلغت قيمته (٠,٨٣)، وهذا المعامل جيد لأغراض التطبيق.

أما الخصائص السايكومترية الأخرى التي تهدف إلى التحقق من صلاحية أداة الدراسة (الاختبار) تم احتساب درجات الصعوبة ومعاملات التمييز لجميع فقرات الأداة وكانت النتائج كما يلي:

درجات الصعوبة:

تم استخراج معاملات الصعوبة لجميع فقرات الاختبار وتراوحت بين (٢٦% - ٧٧%) (أنظر الملحق ٤)، وهذه المعاملات مناسبة لأغراض الدراسة حيث أن الفقرات ذات مستوى الصعوبة (٥٠%) تعد من أفضل الفقرات التي يجب أن تحويها الاختبارات التحصيلية (الطيب، ١٩٩٩).

القوة التمييزية:

تم استخراج القوة التمييزية لجميع فقرات الاختبار، حيث أشارت النتائج أن معامل التمييز لجميع الأسئلة وعددها (٥٠)، تراوح ما بين (٣٩% - ٦٤%) (الملحق ٤) وهذه المعاملات مناسبة لأغراض هذه الدراسة حيث أن الفقرة التي تصل مقدرتها على التمييز بين الطلبة (أكثر من ٣٩%) تعتبر فقرة جيدة (الطيب، ١٩٩٩).

المعالجة الإحصائية:

للكشف عن درجة تمثل برامج التعليم التمريضي المستمر للمعايير التي تضمنها نموذج ستفليم، اعتمد الباحث مقياس خماسي التدرج الوارد في الأداة الأولى، ولأغراض التحليل الإحصائي أعطيت درجات موزونة (Weighted Scores) لدرجة تمثل برامج التعليم المستمر للمعايير التي تضمنها النموذج وصنفت هذه المعايير حسب الأوساط الحسابية إلى ثلاثة مستويات كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (٤)

مستويات تمثل البرنامج لمعايير التقويم وفقاً للأوساط

الحسابية للدرجات

مستوى التمثل	الوسط الحسابي
عالية	> ٣,٦٧
متوسطة	٢,٣٤ - ٣,٦٦
ضعيفة	١- ٢,٣٣

وللإجابة عن السؤال الرابع المتعلق بتحديد فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر، تم استخراج الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لحساب الفروق بين متوسطي العينة التجريبية والضابطة.

متغيرات الدراسة:

المتغيرات المستقلة:

البرنامج التدريبي.

طبيعة المشاركة: مشرف تدريبي، مشارك.

المتغيرات التابعة:

المعرفة التمريضية لدى المشاركين من الممرضين والممرضات.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بالإجراءات الآتية:

مراجعة الأدب النظري ذي العلاقة بمتغيرات الدراسة والأبحاث السابقة لاستخدامها كخلفية نظرية للدراسة.

بناء أداة الدراسة الأولى (استبانة تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر).

التحقق من صدق الأداة الأولى للتأكد من صلاحيتها لتقييم برامج التعليم التمريضي المستمر.

التحقق من ثبات الأداة الأولى من خلال تطبيقها على عينة مكونة من (٣٠) فرداً من خارج عينة الدراسة وتم

حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة بيرسون حيث بلغ معالم الثبات الكلي للأداة (٠,٩٠٥) وقد استخدم

الباحث هذه الأداة في جمع البيانات في الدراسة المسحية.

وزع الباحث الأداة الأولى باليد على أفراد الدراسة المسحية من أجل تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر

والحكم على درجة تمثلها للمعايير التقييمية التي تضمنها نموذج التقييم خماسي التدرج (ليكرت) الوارد في

الأداة الأولى.

تم تحليل تقديرات أفراد العينة واستناداً إلى ذلك حدد الباحث المعايير التي حصلت على تقديرات ضعيفة

ومتوسطة لأغراض بناء البرنامج.

تم تحليل استجابات أفراد العينة المسحية واستناداً إلى النتائج حدد الباحث المعايير التي حصلت على تقديرات

متوسطة وضعيفة والتي شكلت نقاط الضعف في البرامج السابقة.

قام الباحث بإعداد الإطار العام للبرنامج التدريبي.

أعد الباحث البرنامج التدريبي وجاء في (١٢) وحدة تعليمية وكما يظهر في البرنامج التدريبي.

أعد الباحث الأداة الثانية (مقياس التحصيل المعرفي) وقام بالتحقق من صدقها للتأكد من أنها تقيس ما أعدت

لقياسه (التحصيل المعرفي حول البرنامج التدريبي المتعلق بالعناية بالفتحات الاصطناعية).

قام الباحث بالتحقق من ثبات أداة قياس التحصيل المعرفي من خلال تطبيقها على عينة مكونة من (٣٠) فرداً

من خارج عينة الدراسة التجريبية، ومن ثم قام بتطبيق اختبار كودر ريتشردسون (Kudar-richardson, ٢٠) وقد بلغ (٠,٨٣).

٢٠) وقد بلغ (٠,٨٣).

حدد الباحث أفراد العينة التجريبية والعينة الضابطة للمرحلة الثانية للدراسة بالطريقة العشوائية. أجرى الباحث الاختبار القبلي على المجموعتين التجريبية والضابطة للتأكد من تكافؤ المجموعتين. قام الباحث بتطبيق البرنامج التدريبي على أفراد العينة التجريبية وفق جدول زمني محدد استغرق أربعة أسابيع أما العينة الضابطة فقط طبق عليها البرنامج التقليدي. قام الباحث بتطبيق الاختبار البعدي على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي بهدف بيان فاعليته في تنمية المعرفة التمريضية لدى المجموعة التجريبية. قام الباحث باستخراج نتائج التحليلات الإحصائية المرتبطة بأسئلة الدراسة. حلل الباحث النتائج وناقشها في ضوء الدراسات السابقة وفسرها استناداً إلى فرضية الدراسة. قدم الباحث التوصيات المناسبة استناداً إلى نتائج الدراسة ومناقشتها.

الأداة الثالثة: البرنامج التدريبي لتنمية المعرفة التمريضية

وللإجابة عن السؤال الرابع الذي ينص على "ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برنامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري؟" قام الباحث بإعداد البرنامج التدريبي المقترح كما يلي:

اسم البرنامج: العناية بالفتحات الاصطناعية (Stoma Care)

بعد تحليل البيانات التي جمعت خلال الدراسة المسحية، أعد البرنامج التدريبي لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر استناداً إلى الأدب النظري السابق وبناءً على نتائج الدراسة المسحية التي أظهرت الحاجة إلى مثل هذا البرنامج.

مقدمة:

إن برامج التعليم والتدريب المستمر الهادفة إلى تطوير المعرفة التمريضية وتنميتها هي أداة تغيير ووسيلة لتأهيل الممرضين والممرضات للتعامل مع التكنولوجيا الحديثة ومواكبة التطورات الراهنة والمستجدات العلمية والتقنية المعاصرة لأداء عملهم بشكل أفضل، من خلال تحديد الاحتياجات التدريبية بطريقة علمية سليمة ودقيقة وواضحة، لذلك أخذت الاتجاهات التربوية والمناهج الحديثة تعطي اهتماماً أكبر لبرامج التعليم المستمر، هذا الاهتمام يسعى لتنمية المشاركين فيها وتطوير أدائهم، وربط الأداء باتجاهات المهنة، وإكسابهم الاتجاهات العلمية والمهنية الحديثة.

إن استمرارية البقاء والنمو والتطوير وتحقيق الإنتاجية والأهداف بكفاية وفاعلية للقطاع الصحي وبما

يتناسب والتغيرات العلمية والتكنولوجية لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال البرامج والأنشطة التدريبية المختلفة، وأن العاملين في القطاع الصحي في مختلف تخصصاته، وبخاصة في مجال التمريض الذي يعتبر من أكثر المجالات المهنية تغيراً وتطوراً، بحاجة إلى برامج تعليم وتدريب مستمر من أجل رفع كفايات العاملين وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطن والمجتمع (ذياب، ١٩٩٥).

وقد أشارت (الفتلاوي، ٢٠٠٣) إلى أن التدريب يشمل الأنشطة المخططة الهادفة إلى إحداث تغيرات إيجابية في سلوك الأفراد بتعريضهم لخبرات تدريبية تمكنهم من اكتساب معارف ومهارات واتجاهات تتعلق بعملهم الحالي والمستقبلي، من هنا نجد بأن مفهومي التعليم والتدريب تطابقاً إلى حد كبير كمنشطين يهدفان إلى إحداث تغيرات في معارف المتعلمين المتدربين ومهاراتهم واتجاهاتهم، استناداً إلى ذلك فقد تمت تسمية البرنامج بالبرنامج التدريبي. بناءً على ما تقدم فقد صمم هذا البرنامج التدريبي لتنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين والممرضات في القطاع الصحي العسكري، وتضمن جانبين رئيسيين هما: الجانب النظري الذي يقوم على أساس تزويد المشاركين بالمعلومات والمفاهيم التي يحتاجونها باستخدام المحاضرات والنقاش والحوار والوسائل المساعدة في تقديم المحتوى التدريبي في قاعة المحاضرات. والجانب التطبيقي الذي يقوم على التدريب العملي في أقسام المستشفى على كيفية استخدام المواد والأدوات اللازمة، وذلك من خلال تنظيم ورش العمل ولعب الأدوار وحل المشكلات في تطبيق المحتوى التدريبي.

الإطار النظري للبرنامج التدريبي :

يستند الإطار النظري للبرنامج التدريبي المقترح لتنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين والممرضات إلى مبادئ نظرية تعلم وتعليم الكبار (Andragogy)، والتي يعتبر مالكوم نولز (Malcolm Knowles, ١٩٧٠) أحد روادها، والذي يرى أن تعلم الكبار لا يمكن أن يتم وفق مبادئ البيداغوجيا (Pedagogy) التقليدية. ويعرفها بأنها فن وعلم مساعدة الكبار على أساس عدة افتراضات تتعلق جميعها بخصائص المتعلم الكبير، وهذه الفرضيات ترتكز على أساس أن الفرد عندما ينضج تتبلور لديه قابلية متزايدة لتوجيه ذاته واستخدام خبراته في التعليم واستعداده للتعلم، ومن هذه الافتراضات:

امتلاك الكبار خبرات أكثر من الصغار، لذا يفضلون البناء على خبراتهم ومعارفهم السابقة في اكتساب المعرفة الجديدة.

دوافعهم في التعليم هي لحل المشكلات التي تعترض حياتهم العملية واليومية.
ميلهم إلى معرفة ما سيتعلمونه قبل التدريب، لأن ذلك يزيد من تقبلهم والتزامهم بالمشاركة بحماسة.

الكبار موجهون ذاتياً نحو التعلم، وهم يقررون ما يرغبون بتعلمه.

دور المعلم موجهاً ومرشداً.

اندماج الكبار في التعلم بتمثلهم المهمات المنوطة بهم.

تلك الافتراضات التي تركز عليها نظرية (Knowles, ١٩٧٠) ذكرها دافيس (Davis, ٢٠٠٢) وأكد عليها.

وهذا يفرض على المدربين مسؤوليات ضخمة تتجلى في عدم فرض آرائهم وتصوراتهم على المتعلمين الكبار، وإعطائهم الفرصة في تحمل مسؤولية تعليم أنفسهم، وأن يكون دورهم في التوجيه والإرشاد، وإدارة الموقف التعليمي التعليمي بشكل يسمح للتفاعل بين المتعلم والبيئة المحيطة به من خلال الأنشطة المتنوعة (الرواف، ٢٠٠٢).

ويرى طعيمة (١٩٩٩) أن التدريب على هذا المبدأ يعتمد على خبرات الأفراد والتعرف عليها واكتشافها، وذلك من أجل تزويدهم بالمعلومات الجديدة وتنمية المهارات التي يمتلكونها. ويعتمد تعليم وتدريب الكبار فنياً على النشاطات المنظمة، مثل البرامج التدريبية، والورش العلمية، والمؤتمرات وحلقات المناقشة والمحاضرات.

وبناءً على ما سبق تم بناء البرنامج التدريبي لممرضي وممرضات القطاع الصحي العسكري باعتبارهم متعلمين كباراً ولديهم توجهات تتمثل في الآتي:

يعتبرون التدريب مفتاح نجاحهم، ويحقق لهم تنمية مهاراتهم ومعارفهم.

يريدون التأكد من أن الموضوعات والوسائل والأنشطة التدريبية صممت لتلبي احتياجاتهم الخاصة.

يستمتعون إن وجدوا أن استفساراتهم وأسئلتهم تعالج بجدية واهتمام.

يفضلون التدريب العملي في ظروف خالية من المخاطر.

يقدرّون التغذية الراجعة.

الفئة المستهدفة

تمثلت الفئة المستهدفة للبرنامج التدريبي من جميع الممرضين والممرضات العاملين في القطاع الصحي

العسكري. ويفترض من البرنامج التدريبي المقترح أن ينمي المعرفة التمريضية لدى المشاركين فيه.

إعداد البرنامج التدريبي

بعد تحليل البيانات المستقاة من الاستبانة التي أعدت لتقييم برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع

الصحي العسكري لتحديد درجة تمثّل تلك المعايير في البرامج التمريضية بناءً على نتائج الدراسة المسحية التي

أجرها الباحث ، فقد تم بناء البرنامج التدريبي المقترح باعتماد الخطوات الآتية:

تحديد الاحتياجات التدريبية.

تحديد أهداف البرنامج التدريبي وفقاً للاحتياجات التدريبية.

إعداد محتوى البرنامج التدريبي والمواد التدريبية بما يحقق أهداف البرنامج.

المواد التدريبية اللازمة لتنفيذ البرنامج.

تهيئة الأنشطة، والتسهيلات التدريبية، واختيار الأساليب والتقنيات السمعية والبصرية المناسبة.

خطة تنفيذ البرنامج التدريبي.

تقويم البرنامج التدريبي في ضوء النتائج التي يحققها في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين.

بعد الانتهاء من بناء البرنامج التدريبي قام الباحث بعرضه على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة

والاختصاص لإبداء الرأي حول مدى ملاءمته لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين.

تحديد الاحتياجات التدريبية:

لتحقيق أهداف البرنامج التدريبي، لابد من تحديد الاحتياجات التدريبية بشكل واضح ودقيق، وأخذ النتائج

التي كشفت عنها الدراسة المسحية بعين الاعتبار.

وقد تكون هذه الاحتياجات عبارة عن معارف أو مهارات أو اتجاهات يراد من خلالها تنمية الأفراد وصلحهم،

استعداداً لمواجهة التغيرات والتطورات التكنولوجية والإنسانية. وفي هذه الدراسة تم تحديد الاحتياجات

التدريبية للممرضين في القطاع الصحي العسكري حول العناية بالفتحات الاصطناعية من خلال الخطوات

الآتية:

تحديد المجالات الرئيسية للعناية بالفتحات الاصطناعية وتحليل كل منها إلى عدة محاور فرعية .

تحليل كل محور فرعي إلى معارف تتعلق بممارسة وعمل الممرضين والممرضات للعناية بالفتحات الاصطناعية

وفي ضوء ذلك تم بناء البرنامج التدريبي لتنمية المعرفة التمريضية حول تقديم العناية التمريضية بالفتحات

الاصطناعية.

أهداف البرنامج التدريبي:

تأتي أهداف البرنامج التدريبي لسد الفجوة بين المعلومات والمهارات والاتجاهات الحالية للمتدربين وبين

الوضع الذي سيؤول إليه بعد التدريب ، وهذه الأهداف تأتي لتنمية معارف الممرضين والممرضات وفق نظرية

تعليم الكبار. وتقسم أهداف البرنامج التدريبي الذي تم بناؤه إلى مستويين هما:

المستوى الأول: الهدف العام للبرنامج التدريبي.

يهدف هذا البرنامج إلى تنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين والممرضات في القطاع الصحي العسكري حول العناية بالفتحات الاصطناعية وقد تم تحديد عشرة أهداف عامة للبرنامج شكلت المحاور الرئيسة لمحتوى البرنامج التدريبي.

المستوى الثاني: الأهداف الخاصة.

أشتمل البرنامج التدريبي على (١٢) مجموعة من الأهداف الخاصة تحدد ما هو مطلوب من المشترك أن يتعلمه خلال البرنامج لغرض تحقيق الأهداف العامة.

تحديد محتوى البرنامج التدريبي والمواد التدريبية اللازمة لتحقيق أهداف البرنامج التدريبي: تكون محتوى البرنامج من (١٢) وحدة تم فيها الربط بين المعلومات النظرية والمهارات التقنية العملية، وإحكام الربط بين عنصري المعلومات النظرية والمهارات العملية في البرنامج التدريبي، من المفضل أن يتولى مدرب واحد مهام التخطيط والتنفيذ والتدريس النظري والتدريب العملي. وعند إعداد المحتوى التدريبي تم الأخذ بالاعتبار العوامل الآتية:

الجمع بين الجانب النظري والجانب العملي التطبيقي .

أن تكون المادة مستمدة من حاجات المشاركين وذات معنى لهم.

أن تكون مصاغة بلغة سليمة وواضحة.

أن تراعي الدقة والموضوعية والحدائق .

أن تكون الأفكار والمفاهيم متماسكة وواضحة وأن تبتعد عن التكرار الممل.

أن تتناسب مع المدة الزمنية المقررة للبرنامج التدريبي.

أن تناسب مستوى المتدربين الذين سيشترون في البرنامج.

الاستعانة ببعض المتخصصين في مجال البرنامج (الفتحات الاصطناعية).

المواد التدريبية:

تتضمن المواد التدريبية والتقنية والوسائل الضرورية لعملية تنفيذ البرنامج التدريبي وتشتمل على الآتي :

مواد تدريبية تعليمية وتشتمل على:

المحتوى التعليمي النظري والأدوات اللازمة للتدريب العملي على العناية بالفتحات .

الوسائل التعليمية وتشتمل على:

جهاز العرض التقديمي Power Point

جهاز فيديو أو حاسوب لعرض بعض الفحوصات التي يصعب إجراؤها

الصور الإيضاحية

دمى للتدريب عليها

مختبر عملي

5. الأنشطة التدريبية وأساليب التدريس: المحاضرات القصيرة، والعروض التقديمية (Power Point)، ومجموعات العمل والنقاش، والورش التدريبية والتطبيقات العملية وتمثيل الأدوار، ودراسة الحالة، ومشاهدة الأفلام.

6. خطة تنفيذ البرنامج التدريبي وتتضمن العناصر المهمة في تنفيذ البرنامج التدريبي، وهي: مكان تنفيذ البرنامج التدريبي: يتم تنفيذ البرنامج في القاعات الدراسية ومختبرات التمريض ومن ثم التدريب في أقسام المستشفى الذي تتوفر فيها الحالات المعنية، والمواد والأدوات اللازمة. مدة تنفيذ البرنامج التدريبي: أشتمل البرنامج التدريبي على (١٢) وحدة . ولتحديد الزمن اللازم لتنفيذ كل وحدة تدريبية ، قام الباحث بمساعدة مجموعة من مشرفي التدريب في المستشفى، بتحديد الزمن اللازم لإتمامها. وقد بلغ عدد ساعات تنفيذ البرنامج التدريبي (١٤٠) ساعة تدريبية، بواقع (٧٠) ساعة نظرية و(٧٠) ساعة عملية.

المدرّبون: يعتبر المدرّب من أهم عناصر تنفيذ البرنامج التدريبي، لذلك لا بد من توفر مدرّبين متمرسين (يفضل مدرّب واحد) ذوي شهادات علمية عليا، وخبرة عملية مباشرة في التعامل مع مرضى الفتحات الاصطناعية. أياً كان المدرّب فلا بد من أن يتمتع بالكفايات المعرفية والمهارية الآتية :

يعرف الدور الأساس للمدرّب

يفهم دوافع المتدربين ، ويستمع إليهم

يستثمر الوقت دون إطالة أو بَطء

يسأل أسئلة سابرة ومتعمقة

يستخدم أساليب اتصال ناجحة

يقدم تغذية راجعة

يتقبل مشاعر المتدربين ويثق بقدراتهم

يختار أساليب تدريب ملائمة مثل استخدام الحاسوب وأجهزة العرض المختلفة

يعرف خصائص المتدربين

ينظم الفريق في مجموعات عمل
يدير النقاشات بعد النشاطات
يستخدم أساليب تقييم مختلفة
يستمتع جيداً ويلاحظ جيداً
يتحكم بانفعالاته ومشاعره
متحمس للعمل
٧. تقويم البرنامج التدريبي:

ليكون التطوير والتحسين في مجال التدريب سليماً ، ولتحقيق أهدافه ، فإن من الضروري تقييم البرنامج التدريبي، والتحقق من نجاحه في الوصول إلى أهدافه المرجوة ، ومدى قدرته على إحداث التغييرات المطلوبة . فهو الوسيلة المهمة لمعرفة مدى التقدم الذي يحرزه الأفراد، بالإضافة إلى معرفة نقاط القوة والضعف في هذه البرامج ، وقد تم إعداد وتجهيز أدوات التقييم قبل بدء البرنامج التدريبي حيث تم التأكد من أنها :
تناسب وأهداف البرنامج التدريبي
تناسب والهدف من التقييم ذاته ، سواء أكان تقييماً تشخيصياً قبل البدء بالبرنامج ، أو تكوينياً أثناء تنفيذ البرنامج أو شاملاً في نهاية البرنامج.

إذ تم تقييم أثر البرنامج في تنمية المعرفة التمريضية من خلال اختبار موضوعي من نوع الاختيار من متعدد.
حيث تمت الإجابة عليه من قبل المشاركين بعد تلقيهم البرنامج.
تقويم الجلسات التدريبية

التقييم المقترح لتقييم التدريب العملي يجب أن يشتمل على اختبار المشاركين عن طريق قياس مهاراتهم في ظروف عمل حقيقية، ويتم التركيز هنا على مهارة الأداء وتفسيرها ، من خلال استخدام أساليب الاختبارات الكتابية التي تتضمن أسئلتها المعرفة المرتبطة بالممارسة العملية التي يؤديها المتدرب كأئلة اختيار من متعدد ، أما فيما يخص اختبار الأداء العملي فتتم من خلال ملاحظة الأداء باستخدام قائمة شطب (Check List) مكونة من مجموعة فقرات (خطوات الأداء)، وذلك لتقييم المشارك أثناء تنفيذه لخطوات المهارة العملية ضمن معيار الأداء المحدد لكل خطوة من خطوات المهارة من خلال تحليل المهارة إلى خطوات محددة ، كما تم تقديم اختبارات شفوية للكشف عن مدى فهم المشارك لمسوغات الأداء الذي ينفذه (ملحق رقم ٦).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج تدريبي قائم على تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وبيان فاعليته في تنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين والممرضات. وفيما يلي عرضاً لنتائج الدراسة وفقاً لتسلسل أسئلتها.

أولاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الأول الذي ينص على:

"ما المعايير الأساسية التي يتضمنها نموذج ستفليم (Stufflebeam) لتقييم برنامج التدريب التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وفقاً لاستراتيجياته التكوينية (CIPP)؟"، تم مراجعته الأدب النظري المتعلق بتقييم البرامج التدريبية بشكل عام ونموذج ستفليم للتقييم بشكل خاص. وقد تم التوصل إلى أربعة مجالات رئيسة لتقييم البرامج سميت حسب ستفليم باستراتيجيات التقييم اشتملت على استراتيجية البيئة أو (السياق)، والمدخلات، والعمليات، والمخرجات.

كل استراتيجية من هذه الاستراتيجيات اشتملت على عدد من المعايير التي يجب توفرها في البرنامج المراد تقييمه للتحقق من مدى تمثلها لهذه الاستراتيجية. وقد تكونت قائمة المعايير للاستراتيجيات الأربع من (٤٣) معياراً، الملحق رقم (٢). ويوضح الجدول رقم (٥) أعداد المعايير موزعة على الاستراتيجيات.

جدول (٥)

أعداد المعايير موزعة على الاستراتيجيات

الاستراتيجيات	عدد المعايير	النسبة المئوية
السياق (البيئة)	٥	١١%
المدخلات	١٠	٢٣%
العمليات	١٤	٣٣%
المخرجات	١٤	٣٣%
المجموع	٤٣	١٠٠%

يشير الجدول رقم (٥) إلى أن استراتيجية السياق اشتملت على (٥) معايير وبنسبة مئوية بلغت ١١% يتعلق بالشروط الواجب توفرها في السياق أو البيئة الذي يتم فيه تنفيذ البرنامج ومدى استجابته لحاجات المتعلمين

وإسهامه في تطوير قدراتهم. كما يشير الجدول إلى أن استراتيجية المدخلات اشتملت على (١٠) معايير وبنسبة مئوية بلغت (٢٣%) تتعلق بمدى توفير الإمكانيات المتاحة (المادية والبشرية) التي تسهم في تحقيق الأهداف. ويشير الجدول إلى أن بعد العمليات اشتمل على (١٤) معياراً وبنسبة (٣٣%) تتعلق بالخطوات التنفيذية والطرق المستخدمة في تحقيق الأهداف المخطط لها مسبقاً. أما فيما يتعلق ببعدها المخرجات يشير الجدول إلى أنه اشتمل على (١٤) معياراً وبنسبة (٣٣%) تتعلق بالنتائج النهائية التي تم تحقيقها من البرنامج ومدى مطابقتها للأهداف المحددة مسبقاً.

ثانياً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني الذي ينص على:

" ما درجة تمثل المعايير التقييمية القائمة على نموذج ستفليم (Stufflebeam) في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري من وجهة نظر كل من مشرفي التدريب التمريضي والمشاركين؟" للحكم على درجة تمثل معايير التقييم في برامج التدريب التمريضي المستمر تم اعتماد المعايير التالية: الفقرة ذات المتوسط الحسابي الذي يتراوح بين (١-٢,٣٣) تعني درجة تمثل ضعيفة في برامج التعليم المستمر في المستشفيات العسكرية الأردنية، والفقرة ذات المتوسط الحسابي الذي يتراوح ما بين (٢,٣٤-٣,٦٧) تعني درجة تمثل متوسطة، والفقرة ذات المتوسط الحسابي الأعلى من (٣,٦٧) تعني درجة تمثل عالية، وذلك اعتماداً على مقياس الفقرة الذي تتراوح درجاته بين (١-٥). وللإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب الأبعاد التي تضمنها نموذج ستفليم للتقويم وكانت النتائج كما يأتي:

الجدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل استراتيجيات نموذج ستفليم للتقويم في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين فيها مرتبة تنازلياً

مستوى التمثيل	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	استراتيجيات التقويم
متوسط	١	٠,٤١	٣,٣٣	المخرجات
متوسط	٢	٠,٤٦	٣,٠٨	المدخلات
متوسط	٣	٠,٤٩	٢,٨٠	العمليات
متوسط	٤	٠,٥٩	٢,٤١	السياق (البيئة)

الدرجة الكلية	٣,٠٥	٠,٤٢	متوسط
---------------	------	------	-------

يشير الجدول رقم (٦) إلى أن درجة تمثل أبعاد نموذج ستفلبيم في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين العاملين في المستشفيات العسكرية الأردنية الذين شاركوا فيها كانت متوسطة في استراتيجيات تقييم المخرجات والمدخلات والعمليات والسياق (البيئة) لأن قيمة المتوسط الحسابي لجميع هذه الاستراتيجيات بلغ على التوالي (٣,٣٣، ٣,٠٨، ٢,٨٠، ٢,٤١) وبلغ المتوسط الحسابي للاستراتيجيات ككل (٣,٠٥) بانحراف معياري (٠,٤٢)، ويقع ضمن مستوى التمثيل المتوسط. وكما يشير الجدول إلى أن استراتيجية تقييم السياق حصلت على أقل تقدير من قبل المشرفين والمشاركين وأن استراتيجية تقييم المخرجات حصلت على أعلى تقدير لمستويات التمثيل.

وفيما يلي عرض للنتائج التي تتعلق بكل بُعد من أبعاد البرنامج بشكل أكثر تفصيلاً:

١. استراتيجية تقييم السياق

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل جميع الفقرات ضمن استراتيجية تقييم السياق وكما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم السياق في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً

التسلسل	معايير استراتيجية تقييم السياق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى التمثيل
٢	تتواءم برامج التعليم التمريضي المستمر مع الأهداف الخاصة التي وضعت من أجلها.	٢,٨٠	٠,٧٤	١	متوسط
٥	تراعي برامج التعليم التمريضي المستمر المعايير العلمية لبناء البرامج.	٢,٤٨	٠,٨٢	٢	متوسط
١	يتواءم الهدف العام للتعليم التمريضي المستمر مع الخطط المعدة لتحقيقه.	٢,٢٩	٠,٨٠	٣	ضعيف

ضعيف	٤	٠,٧٨	٢,٢٧	برامج التعليم التمريضي المستمر مبنية بشكل يكفل تحقيق الأهداف المعلنة.	٤
ضعيف	٥	٠,٨٧	٢,٢٢	تستجيب برامج التعليم التمريضي المستمر لاحتياجات العاملين.	٣
متوسط		٠,٥٩	٢,٤١	الدرجة الكلية	

يشير الجدول رقم (٧) إلى أن متوسط درجات تقويم المشرفين والمشاركين العاملين في المستشفيات العسكرية الأردنية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقويم السياق لبرامج التعليم التمريضي المستمر التي شاركوا فيها تراوحت بين (٢,٢٢-٢,٨٠)، ومتوسط حسابي كلي بلغ (٢,٤١) وانحراف معياري (٠,٥٩)، حيث حصلت الفقرة رقم (٢) والفقرة رقم (٥) واللذان تتعلقان بدرجة موافقة برامج التعليم التمريضي المستمر مع الأهداف الخاصة التي وضعت من أجلها ودرجة مراعاتها للمعايير العلمية لبناء البرامج على تقديرات متوسطة وبلغت متوسطاتها الحسابية على التوالي (٢,٨٠، ٢,٤٨)، بينما كانت ضعيفة في الفقرات (١، ٤، ٣) والمتعلقة في درجة موافقة الهدف العام للتعليم التمريضي المستمر مع الخطط المعدة لتحقيقه ودرجة تحقيقها للأهداف المعلنة ودرجة استجابتها لاحتياجات العاملين وذلك لأنها حصلت على متوسطات حسابية بلغت على التوالي (٢,٢٩، ٢,٢٢، ٢,٢٧).

٢. استراتيجية تقويم المدخلات

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل جميع الفقرات ضمن استراتيجية تقويم المدخلات وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم المدخلات في برامج

التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً

التسلسل	معايير استراتيجية تقويم المدخلات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى التمثل
١	يملك المدرسون الكفايات العلمية اللازمة لتطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية.	٤,١٤	١,١٧	١	عالٍ
٥	تتناسب أعداد المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر مع مساحات الغرف الصفية.	٤,٠٠	١,٢٩	٢	عالٍ
٢	يملك مدربو التطبيقات العملية الكفايات اللازمة لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية.	٣,٨٠	١,٣٠	٣	عالٍ
٧	تتوفر أماكن مخصصة للتطبيق العملي تلبى احتياجات المشاركين.	٣,٣٤	٠,٩٢	٤	متوسط
٩	تتلاءم استراتيجيات التعلم - التعليم المستخدمة مع طبيعة برامج التعليم التمريضي المستمر.	٣,٢٩	٠,٧٩	٥	متوسط
١٠	تتلاءم عدد الساعات التدريبية المخصصة وتحقيق أهداف برامج التعليم التمريضي المستمر.	٣,٠٧	٠,٩٠	٦	متوسط
٦	تتوفر مصادر تعليمية تلبى احتياجات المشاركين ببرامج التعليم التمريضي المستمر.	٣,٠٧	٠,٩٠	٧	متوسط
٣	يتوفر العدد الكافي من الإداريين والمدرسين لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر.	٢,٠٦	٠,٥٣	٨	ضعيف
٨	تتوفر الأنشطة اللازمة للتطوير المهني للمدرسين والقائمين على البرامج لمواكبة متطلبات العصر.	٢,٠٤	٠,٦٣	٩	ضعيف
٤	تتوفر الوسائل التعليمية اللازمة لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر.	١,٩٨	٠,٤٩	١٠	ضعيف

الدرجة الكلية	٣,٠٨	٠,٤٦	متوسط
---------------	------	------	-------

يشير الجدول رقم (٨) إلى أن درجة تمثل أبعاد نموذج ستفليبيمن من وجهة نظر المشرفين والمشاركين العاملين في المستشفيات العسكرية الأردنية لبرامج التعليم التمريضي المستمر التي شاركوا فيها في استراتيجية تقييم المدخلات كانت عالية في درجة امتلاك المدرسون للكفايات العلمية اللازمة لتطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية ودرجة تناسب أعداد المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر مع مساحات الغرف الصفية ودرجة امتلاك مدربي التطبيقات العملية للكفايات اللازمة لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية، وذلك لأنها حصلت على متوسطات حسابية قدرها (٤,١٤ ، ٤,٠٠ ، ٣,٨٠)، بينما كانت متوسطة في درجة توفر أماكن مخصصة للتطبيق العملي تلبي احتياجات المشاركين، ودرجة ملاءمة استراتيجيات التعليم المستخدمة لطبيعة برامج التعليم التمريضي المستمر، ودرجة ملاءمة عدد الساعات التدريبية المخصصة لتحقيق أهداف برامج التعليم التمريضي المستمر، ودرجة توفر مصادر تعليمية تلبي احتياجات المشاركين ببرامج التعليم المستمر، وذلك لأنها حصلت على متوسطات حسابية بلغت (٣,٣٤ ، ٣,٢٩ ، ٣,٠٧ ، ٣,٠٧) على التوالي، في حين كانت ضعيفة في درجة توفر العدد الكافي من الإداريين والمدربين لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر، ودرجة توفر الأنشطة اللازمة للتطوير المهني للمدربين والقائمين على البرامج لمواكبة متطلبات العصر، ودرجة توفر الوسائل التعليمية اللازمة لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر لأنها حصلت على متوسطات حسابية (٢,٠٦ ، ٢,٠٤ ، ١,٩٨) على التوالي، أما فيما يتعلق بالاستراتيجية ككل فقد حصل على متوسط حسابي قدره (٣,٠٨) بانحراف معياري (٠,٤٦)، وإنها في المستوى المتوسط.

٣. استراتيجية تقييم العمليات

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع فقرات هذا البعد وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم العمليات في برامج

التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً

التسلسل	معايير استراتيجية تقويم العمليات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى التمثيل
٢	ينسجم بناء برامج التعليم التمريضي المستمر مع فلسفة القطاع الصحي العسكري.	٤,٠٩	١,٢٣	١	عالٍ
١٤	تتواءم أهداف برامج التعليم التمريضي المستمر مع المعايير التمريضية.	٤,٠١	١,٢٢	٢	عالٍ
٩	تتناسب طرق التعليم المستخدمة ونوعية برامج التعليم المستمر.	٣,١٢	١,٢٤	٣	متوسط
٥	تلبى برامج التعليم التمريضي المستمر احتياجات المشاركين المختلفة.	٢,٨٢	١,٤٤	٤	متوسط
١	ينسجم تنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر مع الخطط المعدة لها.	٢,٨١	٠,٤٢	٥	متوسط
١١	يلتزم أسلوب التطبيق العملي المتبع تحقيق الأهداف المرجوة.	٢,٨٠	٠,٤٤	٦	متوسط
١٣	طرق التقييم المستخدمة في التدريب العملي أثناء التدريب مناسبة.	٢,٧٥	٠,٤٤	٧	متوسط
٦	تعزز المساقات المساندة التعلم لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر.	٢,٣٧	٠,٨٤	٨	متوسط
٣	تنسجم معتقدات واتجاهات المدربين مع فلسفة برامج التعليم التمريضي المستمر.	٢,٣٦	٠,٧٦	٩	متوسط

٤	يتوافق تنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر مع الفلسفة المعلنة لها.	٢,٣٣	٠,٧٩	١٠	ضعيف
١٢	تتوفر أماكن تدريب مناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة.	٢,١٦	٠,٩٣	١١	ضعيف
٧	يتم تطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية.	٢,١٥	٠,٩٢	١٢	ضعيف
٨	يتم التغلب على الصعوبات التي تعترض تطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر.	٢,١٤	٠,٨٩	١٣	ضعيف
١٠	معايير النجاح والرسوب المستخدمة مناسبة.	٢,١١	٠,٨٥	١٤	ضعيف
	الدرجة الكلية	٢,٨٠	٠,٤٩		متوسط

يشير الجدول رقم (٩) إلى أن متوسط درجات تقييم المشرفين والمشاركين العاملين في المستشفيات العسكرية الأردنية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم العمليات لبرامج التعليم التمريضي المستمر التي شاركوا فيها كانت عالية في درجة انسجام بناء برامج التعليم التمريضي المستمر مع فلسفة القطاع الصحي العسكري، ودرجة توافؤ أهداف برامج التعليم التمريضي المستمر مع المعايير التمريضية وذلك لأنها حصلت على متوسطات حسابية قدرها (٤,٠٩، ٤,٠١) على التوالي، بينما كانت متوسطة في درجة تناسب طرق التعليم المستخدمة ونوعية برامج التعليم المستمر، درجة تلبية برامج التعليم التمريضي المستمر احتياجات المشاركين المختلفة، ودرجة انسجام تنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر مع الخطط المعدة لها، ودرجة ملاءمة أسلوب التطبيق العملي المتبع لتحقيق الأهداف المرجوة، ودرجة مناسبة طرق التقييم المستخدمة في التدريب العملي أثناء التدريب، ودرجة تعزيز المساقات المساندة للتعلم لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر، ودرجة انسجام معتقدات واتجاهات المدربين مع فلسفة برامج التعليم التمريضي المستمر، وذلك لأنها حصلت على متوسطات حسابية بلغت (٣,١٢، ٢,٨٢، ٢,٨١، ٢,٨٠، ٢,٧٥، ٢,٣٧، ٢,٣٦) على التوالي، في حين كانت ضعيفة في درجة توافق تنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر مع الفلسفة المعلنة لها، ودرجة توفر أماكن تدريب مناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة، ودرجة فاعلية تطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر،

ودرجة التغلب على الصعوبات التي تعترض تطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر، ودرجة مناسبة معايير النجاح والرسوب المستخدمة لأنها حصلت على متوسطات حسابية (٢,٣٣، ٢,١٦، ٢,١٥، ٢,١٤، ٢,١١) على التوالي، أما فيما يتعلق بالاستراتيجية ككل فقد حصلت على متوسط حسابي قدره (٢,٨٠) بانحراف معياري (٠,٤٩). وأنها في المستوى المتوسط.

٤. استراتيجية تقييم المخرجات

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع فقرات هذا البعد وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم المخرجات في برامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشرفين والمشاركين مرتبة تنازلياً

التسلسل	معايير استراتيجية تقويم المخرجات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى التمثيل
١١	تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تحسين القدرات التعليمية لدى المشاركين.	٣,٨٢	٠,٤٩	١	عالٍ
٢	تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في زيادة التحصيل المعرفي لدى المشاركين.	٣,٨٠	٠,٥٣	٢	عالٍ
١٢	تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تقوية العلاقة الإيجابية ما بين المدرسين والمشاركين.	٣,٨٠	٠,٥٣	٣	عالٍ
٨	تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تنمية المهارات العقلية المختلفة لدى المشاركين.	٣,٧٧	٠,٥٦	٤	عالٍ
٧	تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تعزيز مفهوم الرعاية الشاملة لدى المشاركين.	٣,٧٦	٠,٥٦	٥	عالٍ
٦	تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في زيادة الثقة بالنفس لدى المشاركين.	٣,٧٤	٠,٦٠	٦	عالٍ

عَالٍ	٧	٠,٦٢	٣,٧١	تسهّم برامج التعليم التمريضي المستمر في زيادة الالتزام بأداب المهنة لدى المشاركين.	٣
عَالٍ	٨	٠,٦٣	٣,٧١	تحسن برامج التعليم التمريضي المستمر قدرة المشاركين على تقديم الرعاية التمريضية.	١
عَالٍ	٩	٠,٦٧	٣,٧٠	تسهّم برامج التعليم التمريضي المستمر في تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو المهنة لدى المشاركين.	٩
عَالٍ	١٠	٠,٦٢	٣,٦٨	تسهّم برامج التعليم التمريضي المستمر في رفع مستوى تحمل المسؤولية لدى المشاركين.	٥
عَالٍ	١١	٠,٥٧	٣,٦٧	تحقق برامج التعليم التمريضي المستمر نتائج إيجابية غير مقصودة لدى المشاركين.	١٣
متوسط	١٢	٠,٧٩	٣,٦٥	تسهّم برامج التعليم التمريضي المستمر في تحسين المهارات الإدارية لدى المشاركين.	١٠
متوسط	١٣	٠,٨٣	٢,٦٤	تسهّم برامج التعليم التمريضي المستمر في دمج المعرفة النظرية ونتائج الأبحاث في الممارسة العملية.	٤
متوسط	١٤	٠,٨٠	٢,٤٢	تتواءم قدرات الخريجين من المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر مع توقعات القائمين على هذه البرامج.	١٤
متوسط		٠,٤١	٣,٣٣	الدرجة الكلية	

يشير الجدول رقم (١٠) إلى أن متوسط درجات تقييم المشرفين والمشاركين العاملين في المستشفيات العسكرية الأردنية لدرجات تمثل معايير استراتيجية تقييم المخرجات لبرامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر المشاركين كانت عالية في درجة إسهام تلك البرامج في تحسين القدرات التعليمية لدى المشاركين وفي زيادة التحصيل المعرفي لدى المشاركين، ودرجة إسهامها في تقوية العلاقة الإيجابية ما بين المدرسين والمشاركين، ودرجة إسهامها في تنمية المهارات العقلية المختلفة لدى المشاركين، وفي درجة تعزيز مفهوم الرعاية الشاملة لدى

المشاركين وزيادة درجة الثقة بالنفس لديهم وفي زيادة الالتزام بأداب المهنة لدى المشاركين، ودرجة تحسين قدرة المشاركين على تقديم الرعاية التمريضية ودرجة إسهامها في تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو المهنة لدى المشاركين، ودرجة إسهامها في رفع مستوى تحمل المسؤولية لدى المشاركين، ودرجة نتائج إيجابية غير مقصودة لدى المشاركين، وذلك لأنها حصلت على متوسطات حسابية بلغت (٣,٨٢، ٣,٨٠، ٣,٨٠، ٣,٧٧، ٣,٧٦، ٣,٧٤، ٣,٧١، ٣,٧١، ٣,٧٠، ٣,٦٨، ٣,٦٧) على التوالي، بينما كانت متوسطة في درجة إسهام برامج التعليم التمريضي المستمر في تحسين المهارات الإدارية لدى المشاركين، ودرجة مساهمتها في دمج المعرفة النظرية ونتائج الأبحاث في الممارسة العملية، ودرجة مواءمة قدرات الخريجين من المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر مع توقعات القائمين على هذه البرامج وذلك لأنها حصلت على متوسطات حسابية بلغت (٣,٦٥، ٣,٦٤، ٢,٤٢) على التوالي، في حين لم تكن ضعيفة في أي فقرة، أما فيما يتعلق بالدرجة الكلية فقد حصلت على متوسط حسابي قدره (٣,٣٣) بانحراف معياري (٠,٤١).

وللوقوف على توزيع تقديرات المشرفين والمشاركين لدرجة تمثل برامج التعليم التمريضي المستمر التي شاركوا فيها لمعايير التقييم المتضمنة في الاستراتيجيات الأربعة، فإن الجدول التالي يوضح هذه التقديرات.

جدول (١١)

توزيع تقديرات المشرفين والمشاركين لدرجة تمثل برامج التعليم التمريضي المستمر لمعايير التقييم المتضمنة

في استراتيجيات التقييم الأربعة

المجموع الكلي		عالي		متوسط		ضعيف		مستوى التمثل استراتيجية التقييم
%	عدد المعايير	%	عدد المعايير	%	عدد المعايير	%	عدد المعايير	
١١,٦	٥	-	-	٥,٠	٢	٧,٠	٣	السياق
٢٣,٣	١٠	٧,٠	٣	٤,٣	٤	٧,٠	٣	المدخلات
٣٢,٦	١٤	٥,٠	٢	١٦,٣	٧	١١,٦	٥	العمليات
٣٢,٦	١٤	٢٧,٩	١١	٥,٠	٣	-	-	المخرجات
١٠٠	٤٣	٣٩,٥	١٦	٣٤,٩	١٦	٢٥,٦	١١	المجموع الكلي

يشير الجدول رقم (١١) إلى أن ثلاثة معايير من معايير استراتيجية السياق حصلت على تقديرات ضعيفة ومعيارين حصلا على تقديرات متوسطة في حين لم يحصل أي معيار على تقدير عالٍ. أما فيما يتعلق باستراتيجية المدخلات فقد حصلت ثلاثة معايير على تقديرات ضعيفة وأربعة معايير على تقديرات متوسطة وثلاثة معايير على تقديرات عالية. أما استراتيجية العمليات فقد حصلت خمسة من معاييرها فقط على تقديرات ضعيفة وسبعة على تقديرات متوسطة ومعياران على تقديرات عالية. أما استراتيجية المخرجات فلم يحصل أي معيار منها على تقدير ضعيف في حين حصل ثلاثة معايير على تقديرات متوسطة وأحد عشر معياراً على تقديرات عالية.

وبذلك يكون مجموع المعايير التي حصلت على تقديرات ضعيفة في جميع الاستراتيجيات بلغت أحد عشر معياراً. وبلغت المعايير التي حصلت على تقديرات متوسطة ستة عشر معياراً أما المعايير التي حصلت على تقديرات عالية فقد بلغت ستة عشر معياراً. وبناءً على ذلك فإن مجموع المعايير التي حصلت على تقديرات ضعيفة ومتوسطة بلغت سبعة وعشرين معياراً.

وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة تمثل المعايير التقييمية في برنامج التعليم التمريضي المستمر من وجهة نظر مشرفي التدريب لهذه البرامج، وقد بلغت (٢,٦١) بانحراف معياري بلغ (٠,٦٢) لاستراتيجية السياق، و(٣,٢٩) بانحراف معياري (٠,٤٣) لاستراتيجية المدخلات، و(٢,٩٠) بانحراف معياري (٠,٥٣) لاستراتيجية العمليات، و(٣,٣٨) بانحراف معياري (٠,٤٢) لاستراتيجية المخرجات. وقد بلغ المتوسط الحسابي للاستراتيجيات الأربع (٣,٠٧) وبانحراف معياري (٠,٤٠). والجدول رقم (١٢) يوضح ذلك.

ثالثاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث الذي ينص على:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات تمثل المعايير التقييمية في برامج التعليم المستمر في القطاع الصحي العسكري تُعزى لطبيعة المشاركة (مشرف تدريب أو مشارك)؟

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات المشرفين والمشاركين لدرجة تمثل استراتيجيات التقييم في برامج التعليم التمريضي المستمر، وتم إجراء اختبار (ت) لتحديد الفروق بين متوسطات المشاركين والمشرفين وقد أشارت نتائج التحليل إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجية تقييم المدخلات فقط، عند $(\alpha = 0,05)$ وكانت هذه الفروقات لصالح تقديرات المشرفين، إذ بلغ المتوسط الحسابي لتقييمهم (٣,٢٩)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لتقييم المشاركين (٣,٠٤). أما الأبعاد الثلاثة الأخرى، والمتمثلة في السياق (البيئة) والعمليات والمخرجات ودرجة التقييم الكلية فقد أشارت نتائج التحليل إلى أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية إذ بلغت قيمة الدلالة الإحصائية لاختباراتها (٠,١٦٠، ٠,٨٤٧، ٠,١٢٥) على التوالي. والجدول (١٢) يوضح ذلك.

جدول (١٢)

نتائج اختبار (ت) بين المتوسطات الحسابية لدرجة تقييم المشاركين والمشرفين لتمثل برامج التعليم

التمريضي المستمر لاستراتيجيات التقويم

الدالة الإحصائية	قيمة ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	نوع المشارك	استراتيجية التقويم
٠,٠٧٢	١,٨٥	٠,٦٢	٢,٦١	مشرف	السياق (البيئة)
		٠,٥٨	٢,٣٨	مشارك	
٠,٠٠٧	٢,٨٣*	٠,٤٣	٣,٢٩	مشرف	المدخلات
		٠,٤٦	٣,٠٤	مشارك	
٠,١٦٠	١,٤٣	٠,٥٣	٢,٩٠	مشرف	العمليات
		٠,٥٤	٢,٧٥	مشارك	
٠,٨٤٧	٠,١٩	٠,٤٢	٣,٣٨	مشرف	المخرجات
		٠,٤٥	٣,٣٠	مشارك	
٠,١٢٥	١,٥٦	٠,٤٠	٣,٠٧	مشرف	التقويم الكلي
		٠,٤٢	٣,٠٤	مشارك	

* القيمة الجدولية ١,٩٦ عند مستوى $\alpha=٠,٠٥$

رابعاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع: ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية المعرفة التمريضية لدى

المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع العسكري؟

للإجابة عن هذا السؤال، طبقت الاستبانة على أفراد الدراسة بعد التحقق من صدقها وثباتها، وتم تحليل

الاستجابات واعتبرت الفقرات ذات درجة التمثل المتوسطة والضعيفة (والتي بلغت ٢٧ فقرة) احتياجات

ضرورية لبناء البرنامج التدريبي المقترح.

وبناءً على ذلك قام الباحث ببناء برنامج تدريبي للمرضين والممرضات في القطاع الصحي العسكري (العناية

بافتحات الاصطناعية) بهدف تنمية المعرفة التمريضية لديهم وكما يظهر في الفصل الثالث. وقد تجاوز

البرنامج التدريبي عند تصميمه نقاط الضعف التي أظهرها التقييم، الملحق (٥)، وقد استند في بنائه إلى مبادئ التعليم الذاتي ونظرية تعليم الكبار. وقد تكون البرنامج من العناصر التالية:

تحديد الاحتياجات التدريبية

تحديد الأهداف العامة والخاصة للبرنامج التدريبي وفقاً للاحتياجات التدريبية.

إعداد محتوى البرنامج التدريبي (١٢ وحدة) والمواد التدريبية بما يحقق أهداف البرنامج.

المواد التدريبية اللازمة لتنفيذ البرنامج.

تهيئة الأنشطة والتسهيلات التدريبية واختيار الأساليب والتقنيات السمعية والبصرية المناسبة.

خطة تنفيذ البرنامج التدريبي.

تقييم البرنامج التدريبي في ضوء ما يحقق من تنمية للمعرفة التمريضية لدى المشاركين.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس الذي ينص على: "ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في التعليم التمريضي المستمر؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم تطبيق البرنامج على مجموعتين: تجريبية وضابطة وبهدف التحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث درجة امتلاك المعرفة التمريضية بالبرنامج التدريبي المقترح (العناية بالفتحات الاصطناعية) قبل تطبيقه، تم إجراء اختبار (ت) بين متوسطات المجموعتين الضابطة والتجريبية على الاختبار القَبلي وكما يظهر الجدول الآتي:

جدول (١٣)

نتائج اختبار (ت) للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة

قبل تطبيق البرنامج التدريبي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
تجريبية	٣١,٥٢	٧,٢١	٠,١١٢	١,٩٦	٦٢	٠,٩١١
ضابطة	٣١,٣٢	٧,٤٩				

يشير الجدول رقم (١٣) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين الضابطة

والتجريبية على الاختبار القَبلي عند مستوى ($\alpha = 0,05$)، مما يعني أن المجموعتين كانتا متكافئتين، وذلك لأن قيمة (ت) المحسوبة بلغت (0,112) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية والبالغة (1,96). ولتحديد أثر البرنامج التدريبي في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين تم إجراء اختبار (ت) بين متوسطات التحصيل للمجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي وكما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (١٤)

نتائج اختبار (ت) للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة

بعد تطبيق البرنامج التعليمي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	٤٢,٥	٥,٠٦	**٤,٧٩٧	١,٩٦	٦٢	٠,٠٠١
الضابطة	٣٢,٤٤	٤,٢٧				

** عند دلالة إحصائية أقل من ٠,٠١

تشير النتائج الموضحة في الجدول (١٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٧٩٧) وهي أعلى من قيمة (ت) الجدولية البالغة (١,٩٦)، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (٤٢,٥)، بينما بلغت للمجموعة الضابطة (٣٢,٤٤).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة إلى بناء برنامج تدريبي قائم على تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وفقاً لنموذج ستفليم وبيان فاعليته في تنمية المعرفة التمريضية. وسيتناول هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة وفقاً لتسلسل أسئلتها، وكذلك عرض التوصيات التي توصلت إليها الدراسة.

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول:

ما المعايير الأساسية التي يتضمنها نموذج ستفليم لتقييم برنامج التدريب التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري وفقاً للاستراتيجيات التقييمية (CIPP)؟
للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بمراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بنموذج ستفليم التقييمي (CIPP) حيث توصل إلى تحديد (٤٣) معياراً موزعة على أربع استراتيجيات رئيسة وهي:
البيئة أو السياق.

المدخلات.

العمليات.

المخرجات.

اعتبرت هذه الدراسة المعايير التي احتوتها هذه الاستراتيجيات نموذجاً مناسباً لتقييم برامج التعليم التمريضي المستمر فقد اتفقت في ذلك مع مضامين الأدب النظري ونتائج الدراسات السابقة.
حيث اتفقت مع ما أشارت إليه سميث (Smith, ١٩٨١) من أن نموذج ستفليم إذا ما استخدم بالطرق العلمية فإنه يمكن من تحقيق عدد من الأهداف منها تشكيل أرضية ومرجع هام للتقييم من خلال البيانات التي يمكن الحصول عليها من خلال تقييم برامج التعليم المستمر، وتحديد دور المقوم الذي تقع على عاتقه عملية التقييم ويؤكد على المعنيين بالتقييم بمعرفة وتطبيق معايير تقييم البرامج التعليمية والتي تشمل: المنفعة، والواقعية، والملاءمة، والدقة. كما تتفق هذه النتائج مع نموذج (هولمز، ١٩٨٨) للتقويم في ثلاثة مجالات وهي المدخلات والعمليات والمخرجات.

وانتقلت هذه النتائج مع نموذج سيرفيرو (Cervero, ١٩٨٥) في جميع مجالات التقييم الأربعة التي احتواها نموذج ستفلبليم وهي خصائص النظام الاجتماعي الذي يحدث فيه التعلم، والأهداف وخصائص المتعلمين، والاستراتيجيات والنشاطات التعليمية المستخدمة في التعليم، إضافة إلى التغير المتوقع في السلوك أو الممارسة. يتبين مما سبق أن الأدب النظري والدراسات السابقة قد تناولت في مجموعها الاستراتيجيات الأربع التي حددها ستفلبليم وتم اعتمادها كنموذج لتقييم هذه الدراسة وهذا يؤكد على أهمية توفر الاستراتيجيات الأربع في عملية التقييم.

ثانياً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما درجة تمثل المعايير التقييمية القائمة على نموذج ستفلبليم لتقييم برنامج التدريب التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري من وجهة نظر كل من مشرفي التدريب التمريضي والمشاركين في برامج التعليم التمريضي الحالية.

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة لكل استراتيجية من الاستراتيجيات الأربع التي تضمنها نموذج التقييم من وجهة نظر مشرفي التدريب والمشاركين في هذه البرامج بغرض تحديد درجة تمثلها في برامج التدريب التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري والتي تم عرضها في الفصل الرابع وكما يظهر في الجداول من (٦-١٢).

وقد بلغ المتوسط الحسابي الكلي لكافة الاستراتيجيات (٣,٠٥) درجة من أصل (٥).

ويقع هذا المتوسط ضمن المستوى المتوسط في تصنيف الاستراتيجيات والمعايير كما ورد في الفصل الرابع. وهذا يؤكد أهمية إجراء هذه الدراسة والحاجة إلى بناء برنامج تدريبي لتنمية المعرفة التمريضية لدى الممرضين بحيث يتجاوز سلبيات البرامج السابقة التي أقرها التقييم.

كما تشير النتائج إلى أن مستوى درجة تمثل المعايير التقييمية في برامج التعليم التمريضي المستمر كانت متوسطة في الأبعاد الأربعة وهي المخرجات والمدخلات والعمليات والسياق وذلك من وجهة نظر المشاركين، حيث بلغت متوسطاتها الحسابية على التوالي (٣,٣٣، ٣,٠٨، ٢,٨٠، ٢,٤١). وكما هو موضح في الجدول رقم (٦).

وإذ يتفوق بعد المخرجات في درجة تمثله للمعايير التقييمية على الأبعاد الثلاثة الأخرى فإن ذلك قد يعزى إلى اهتمام القائمين على برامج التعليم التمريضي المستمر بجانب المخرجات حيث أن طبيعة عمل التمريض تتطلب الدقة وإنجاز العمل بأقل أخطاء ممكنة، ولكن رغم ذلك فإن التقييم أظهر ضعفاً في المعايير المتعلقة بالأبعاد الثلاثة الأخرى. وقد يعزى هذا الضعف إما لعدم توفير الأدوات الضرورية اللازمة للتدريب وأما لعدم اهتمام القائمين على البرامج بهذه الاستراتيجيات وتركيزهم فقط على النتائج.

ثالثاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات تمثل المعايير التقييمية في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري تُعزى لطبيعة المشاركة (مشرف تدريب، أو مشارك)؟
الجدول رقم (١٢) يوضح أن المتوسط الحسابي لتقديرات مشرفي التدريب على الاستراتيجيات الأربع بلغ (٣,٠٧) وهذا قريب جداً من المتوسط الحسابي لتقديرات المشاركين حيث بلغ (٣,٠٤) وتشير النتائج كذلك، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المشاركين وتقديرات مشرفي التدريب لدرجة تمثل المعايير التقييمية في برامج التعليم التمريضي المستمر. كما يشير الجدول إلى أن استراتيجية المخرجات قد حصلت على أعلى تقدير من قبل المشرفين والمشاركين إذ بلغ المتوسط الحسابي لتقديرات المشرفين على هذه الاستراتيجية (٣,٣٨) ولتقديرات المشاركين (٣,٣٠). وقد يعزى ذلك أيضاً إلى اهتمام المدرسين والقائمين على هذه البرامج بالمخرجات دون إعطاء الاهتمام الكافي للمجالات الأخرى. وكذلك يشير الجدول إلى أن الاستراتيجيات الثلاث الأخرى حصلت على تقديرات متوسطة من قبل المشرفين حيث بلغ المتوسط الحسابي لاستراتيجية المدخلات (٣,٢٩) ولاستراتيجية العمليات (٢,٩٠)، ولاستراتيجية السياق (٢,٦١). وهذا يتفق مع تقديرات المشاركين ويشير ذلك إلى ضعف البرامج في هذه المجالات.

تشير هذه النتائج إلى أن برامج التعليم التمريضي المستمر المعمول بها في القطاع الصحي العسكري يشوبها الضعف في كثير من جوانب بنائها وتؤكد على الحاجة الملحة لإعادة النظر في بنائها بشكل علمي لا يغفل إي جانب من الجوانب الأربعة التي اشتملها نموذج التقييم. كما تؤكد هذه النتائج على الحاجة إلى إجراء هذه الدراسة.

رابعاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر في القطاع الصحي العسكري؟

أظهرت نتائج الدراسة المسحية أن هناك حاجة إلى إعادة النظر في برامج التعليم التمريضي المستمر المعمول بها في القطاع الصحي العسكري، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن هناك (٢٧) من أصل (٤٣) معياراً من المعايير الواجب توفرها في بناء البرامج جاءت ضمن المستوى المتوسط والضعيف موزعة على الاستراتيجيات الأربعة، منها (١٦) معياراً جاءت ضمن المستوى المتوسط و(١١) معياراً جاءت ضمن المستوى الضعيف وفقاً للتصنيف الذي اعتمد في هذه الدراسة. وقد اعتبرت تلك المعايير بمثابة نقاط الضعف للبرامج الحالية والتي تم بناء البرنامج المقترح بهدف تجاوزها وقد اشتمل البرنامج على المكونات التالية: مقدمة.

الأساس النظري للبرنامج.

تحديد الاحتياجات التدريبية.

تحديد أهداف البرنامج العامة والخاصة.

إعداد محتوى البرنامج التدريبي.

إعداد المواد التدريبية.

اختيار الأساليب والتقنيات السمعية والبصرية المناسبة.

خطة تنفيذ البرنامج التدريبي.

أساليب التقييم للبرنامج التدريبي (التكويني والختامي).

خامساً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية المعرفة التمريضية لدى المشاركين في التعليم التمريضي المستمر؟

تشير نتائج الدراسة في جدول (١٤) إلى تفوق مجموعة الدراسة التجريبية في الاختبار البعدي على المجموعة

الضابطة وقد كشف اختبار (ت) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في متوسط

التحصيل المعرفي للمجموعتين تعزى لأثر البرنامج التدريبي ولصالح المجموعة التجريبية.

وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية في هذه الدراسة والمتعلقة بهذا السؤال والتي تنص على أنه "لا توجد

فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في متوسط المعرفة التمريضية بين الاختبارين القبلي

والبعدي تعزى لأثر البرنامج التدريبي المقترح؟".

وقد تعزى هذه الفروق إلى ما يلي:

المنهجية العلمية التي اتبعت في بناء البرنامج التدريبي بدءاً من تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر السابقة والوقوف على نقاط الضعف فيها، ومراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة التي بحثت في منهجية البرامج التدريبية وبناء نماذجها. حيث تم اتباع خطوات علمية متتالية في بناء البرنامج المقترح بدءاً من تحديد الاحتياجات التدريبية وانتهاءً بوسائل التقييم.

تحديد الاحتياجات التدريبية للمجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها في ضوء نتائج الاختبار القبلي، حيث تم تغطية جميع احتياجاتهم في البرنامج التدريبي المقترح.

تعريف المتدربين بأهداف البرنامج العامة والأهداف الخاصة لكل وحدة بحيث وفرت لهم توجيهاً كافياً ومتابعة منظمة للعملية التعليمية.

اشتملت الفاعليات التدريبية على محاضرات وعملية تطبيق كما وفرت ورشات عمل واختبارات ذاتية وفرت جميعها فرصة للإفادة من التغذية الراجعة مما عزز التعلم لدى المتعلمين ومنحتهم الثقة في المعلومات التي حصلوا عليها.

اشتمال التعليم في أحد جوانبه على التطبيق العملي في أقسام المستشفى مما وفر فرصة لترسيخ المعلومات النظرية في أذهان المشاركين وربطها في الجانب العملي.

اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Arnery, ١٩٧٨) والتي أظهرت نتائجها أن هناك أثراً ذا دلالة إحصائية في تنمية المعارف الجديدة لدى المشاركين تعزى لأثر برنامج تدريبي ثم إعداده بأسلوب منهجي بهدف تنمية معرفة الممرضات وتحسين قدراتهن في إرشاد الأمهات وتوعيتهن في مرحلة ما قبل الولادة. كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Jordan, ٢٠٠٠) التي أظهرت نتائجها بأن هناك أثراً للتدريب المستمر في إكساب المشاركين لمهارات جديدة مختلفة عن السابق والتي أدت إلى تحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

وافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Hoover, ٢٠٠٢) والتي أظهرت أن هناك تحسناً في أداء مهارات الاتصال على المستوى الشخصي لدى المشاركين وزيادة تحصيلهم المعرفي وتغير إيجابي في نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمنتفعين تعزى لأثر برنامج تعليمي لتحسين الممارسة المهنية في تقديم الرعاية الصحية للمشاركين. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ويلز وليف (Willetts & Leff, ٢٠٠٣) حيث قاما ببناء برنامج تدريبي وتوصلا بأن له أثراً إيجابياً في زيادة المعرفة التمريضية لدى المشاركين والذي تم بناؤه لهذه الغاية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Wildinson et al., ٢٠٠٣) في تحسين مهارات الاتصال لدى المشاركين في برنامج تدريبي تم بناؤه في ضوء نتائج التقييم السابقة. تشير هذه النتائج إلى أهمية إعداد البرامج التدريبية بهدف تحسين معرفة العاملين وأدائهم في مجال التمريض بحيث تكون هذه البرامج مبنية على أسس علمية وقائمة على نتائج تقييم البرامج التدريبية السابقة.

التوصيات

بناءً على نتائج هذه الدراسة تم الخروج بالتوصيات الآتية:

ضرورة تقييم برامج التعليم التمريضي المستمر بشكل دوري لتحديد نقاط الضعف فيها ومحاولة إيجاد الحلول الناجعة لها.

اعتماد نموذج التقييم القائم على نموذج ستفليم والذي استخلص الباحث من خلاله المعايير التقييمية التي يمكن في ضوئها تحديد درجة تمثلها في برامج التعليم التمريضي المستمر.

اعتماد البرنامج التدريبي المقترح في إعداد الممرضين وتأهيلهم لتقديم الرعاية لمرضى الفتحات الاصطناعية نظراً لما أظهر فاعليته في زيادة المعرفة التمريضية لدى المشاركين وتحسين نوعية الرعاية المقدمة للمنتفعين. إجراء دراسات أخرى حول تطوير برامج التعليم التمريضي المستمر وكافة القطاعات الصحية بهدف الوقوف على نقاط الضعف فيها وإعادة بنائها بحيث يتم تخطي هذه النقاط.

المراجع:

المراجع العربية:

أبو حمراء، وليد، (٢٠٠٠). سياسات التعليم العالي في التعليم المستمر تجربة دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. مجلة أنحاء الجامعات العربية، العدد ٣، جامعة الكويت، دولة الكويت.

أبو زيتون، صالح، (٢٠٠٥). بناء برنامج تدريبي قائم على المهارات التقنية لدى مصوري الأشعة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

أبو زيد، محمود، (١٩٩٤). الثقافة العامة في تعليم الكبار. مجلة التربية والتنمية، العدد ٥.

إلياس، طه، (١٩٩٩). التعليم غير النظامي "تعليم الكبار". الطبعة الأولى، عمان: دار مجدلاوي.

أيدجار، فور وآخرون، (١٩٧٢). تعلم لتكون. ط ٣ ترجمة حنفي بن عيسى الجزائر: اليونسكو والشركة الوطنية للنشر والتوزيع.

بسطورس، ك، (١٩٨٥). نظام لتقويم مشروعات الاصلاح التربوي وبرامجه. (مترجم)، العدد ٤. لاهاي: د. ن.

توق، محي الدين، (١٩٨٠). التربية المستمرة. دورية متخصصة تصدر عن مركز تدريب قيادات تعليم الكبار بالبحرين.

الجادري، عدنان، (٢٠٠٣). الإحصاء الوصفي في العلوم التربوية. الطبعة الأولى، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الجيار، سيد، (١٩٩٨). دراسات في تاريخ العسكر التربوي. القاهرة: مكتبة غريب.

الحميدي، عبد الرحيم، (١٩٩٧). التعليم المستمر بين النظرية والتطبيق. الرياض: الفرزدق.

حوالة، سهير، (٢٠٠٣). الشراكة المجتمعية في تعليم الكبار "مطلب ملح لعطر المعلوماتية". جامعة عين شمس: مركز تعليم الكبار: دار الضيافة.

ذياب، صلاح محمود، (١٩٩٥). إدارة الخدمات الصحية. عمان: مطابع الدستور التجارية.

الراوي، مسارع، (٢٠٠١). نحو تطوير حركة تعليم الكبار في البلاد العربية، مجلة تعليم الجماهير، المنطقة العربية التربية والثقافة والعلوم، العدد ٤٨، السنة الثامنة والعشرون، تونس.

الرواف، هيا، (٢٠٠٢). تعليم الكبار والتعليم المستمر: المفهوم، الخصائص، التطبيقات. الرياض: مكتب التربية العربية لدول الخليج.

زاهر، ضياء الدين، (١٩٩٣). تعليم الكبار، منظور استراتيجي. القاهرة: مركز ابن خلدون، ص ٨٨.

السليطي، حمدة، (٢٠٠٣). استراتيجيات وطرائق التدريس في تعليم الكبار. جامعة القاهرة: مركز تعليم الكبار.

صغبيرون، أحمد، (١٩٩٧). تعليم الكبار في إطار التعليم المستمر مدى الحياة. الحقبة التدريسية، اليونسكو.

الصفدي، إلين، (٢٠٠٤). تطوير برنامج تعليم - تعليمي قائم على تقييم مهارات التفكير الناقد. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

الطبيب، أحمد محمد، (١٩٩٩). التقييم والقياس النفسي والتربوي. ط١، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

طعيمة، رشدي، (١٩٩٩). تعليم الكبار: تخطيط برامجه، تدريس مهاراته، إعداد معلمه. القاهرة: دار الفكر العربي.

عامر، نبيل أحمد، (١٩٩٨). التعاون العربي والدولي في تدعيم استراتيجية تعليم الكبار في الوطن العربي. تعليم الكبار وتحديات العصر، المنظمة العربية للتربية والثقافة.

عبد الجواد، نور الدين، (١٩٨٣). نظرية التربية المستمر وتطبيقاتها في جامعات دول الخليج. جامعة الكويت ص ٧.

عبد الله، محمد، (٢٠٠٥). تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفكير الإبداعي. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

عبد الهادي، عبد الغفور، (١٩٨١). دور التربية المستمرة في مواجهة نتائج التغير الاجتماعي، التربية المستمرة، العدد الثالث، السنة الثانية، البحرين: مركز تدریس قيادات تعليم الكبار.

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

فراج، أسامة، (٢٠٠٣). تصور مقترح لامكانية تطبيق نظام تعليم جامعي من بعد. جامعة القاهرة: مركز تعليم الكبار.

كريم، صموئيل، (١٩٧٤، ١٩٨٧). السومريون، مترجم. الكويت: وكالة المطبوعات.

لبراس، ينيفاسن، (١٩٨٤). التعليم غير النظامي. مترجم، الجهاز العربي لمحو الأمية وتعليم الكبار، بغداد. العراق.

مدكور، علي، (١٩٩٦). منهج تعليم الكبار النظرية والتطبيق. الطبعة الأولى، القاهرة: دار الفكر العربي.

مدكور، علي، (١٩٩٨). علم تعليم الكبار: نشأته وتطوره بين النظرية والتطبيق. الطبعة الأولى، القاهرة: دار الفكر العربي.

مرسي، محمد، (١٩٩٧). الاتجاهات الحديثة في تعليم الكبار. القاهرة: عالم الكتب، ص ١١٨.

منصور، رشدي، (١٩٧٩). "التقييم وأأسسه" في كتاب التقييم كمدخل لتطوير التعليم. جامعة عين شمس: المركز القومي للبحوث التربوية.

المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، (٢٠٠٠). استراتيجية تعليم الكبار في الوطن العربي. تونس.

المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، (١٩٨١). تقييم البرامج التربوية في الوطن العربي. المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج.

الموسى، عبد الحليم، (١٩٩٨). تحديد الاحتياجات التدريسية والمهنية لأعضاء هيئة التدريس بكليات الجامعة من وجهة نظرهم، ندوة التعليم العالي في المملكة العربية السعودية.

المومني، سهام، (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تدريبي قائم على كفايات مدرب التمريض السريري. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

نجم، سهام، (٢٠٠٣). مستقبل تعليم الكبار في الوطن العربي من منظور الشبكة العربية لمحو الأمية وتعليم الكبار. مركز تعليم الكبار، جامعة عين شمس، دار الضيافة، مصر.

النعمي، طه، (١٩٨٥). الإعداد المهني والفني لأعضاء هيئة التدريسية والإدارية، الندوة الفكرية الثانية لرؤساء ومديري الجامعات العربية في الدول الأعضاء، جدة: مكتب التربية العربية لدول الخليج.

النووي، عبد الغني والملا، يوسف، (١٩٨٧). تطور تعليم الكبار ومحو الأمية في دولة قطر في ضوء التجارب العالمية والعربية. الطبعة الأولى، الدوحة: دار الثقافة.

هنداوي، عبد الله، (١٩٨٠). التربية المستمرة، مفهوما وأهدافها ومجالاتها، العدد ٢، السنة الأولى، البحرين.

هندي، عبد الجليل، (١٩٨٩). تطور مؤسسات التعليم العالي ودورها في تعليم الكبار والتربية المستمرة في الوطن العربي. علم تعليم الكبار. الجزء الثالث.

يسف، محمد، (١٩٨٨). الحق العلمي في الإسلام. دراسة قدمت الى ندوة (الحقوق في الإسلام)، الرباط: دار الحديث.

ينيفاسن، لبراس، (١٩٨٤). التعليم غير النظامي. ترجمة محمد عزت، علي مذكور، صلاح أحمد بغداد: الجهاز العربي لمحو الأمية وتعليم الكبار.

اليونسكو ومنظمة العمل الدولية، (٢٠٠٢). التعليم والتدريب في المجال التقني والمهني للقرن الحادي والعشرين. فرنسا: تقارير اليونسكو.

اليونسكو ومنظمة العمل الدولية، (٢٠٠٠). التعليم والتدريب في المجال التقني والمهني للقرن الحادي والعشرين. (المنتدى العالمي للتربية، داكار، ٢٠٠٠).

اليونسكو، (١٩٨٥). تنمية تعليم الكبار. المؤتمر الدولي الرابع لتعليم الكبار، باريس، فرنسا.

اليونسكو، (١٩٧٨). التعلم مدى الحياة باريس، فرنسا.

المراجع الأجنبية:

Allison J. (١٩٩٥). The effect of continuing education on practical wound management. Journal of wound management, ٥(٢) ٩٢-٩٨.

Allison, J., (١٩٩٥). The effect of continuing education on practical word management. Journal of word management, ٤ (١), ٢٩-٣١.

Anneke, L., Garssen, B and Abu-saad. H., (١٩٩٦). Continuing pain education in nursing. International Journal of Nursing, Vol, ٣٣, No. ٥, pp ٥٦٧-٥٧٨.

Apps, Jerold W., (١٩٧٣). Toward A working Philosophy of Adult Education. Occasional Papers ٣٦. Syracuse, New York: Eric.

Arney, W. R., (١٩٩٨). Evaluation of a continuing education program and its implications. Journal of continuing Education in Nursing, ٩ (١), ٤٥-٥٤.

Aucoin J. W. (١٩٩٩). Participation in continuing nursing education programs by staff development specialists. Journal for nurses in staff Development, ١٤ (٥), ٢١٩ – ٢٢٦.

Balck, J. A., and Dowd, S. B., (1992). Teaching Hypothetical Deduction Reasoning in Radio logic Technology: Explanation Games and other classroom Methods. Radiation Technology. 23, 173-177.

Bastable, S. B. (1997). Nurse as Educator: Principles of teaching & learning. Jores & Barlett Publishers, Inc, Barb House, Barb News, London, W6 7PA. UK.

Cervero, R. M., (1980). Continuing Professional Education and behavioral change: A model for Continuing Education in Nursing, 16 (3), 80-88.

Christensen, C. R., and Hansen, A. J. (1987). Teaching the Case Method, Test, Cases, and Readings. Cambridge, MA: Harvard.

Clifford, C., & Murray, S., (2001). Pre & post-test evaluation of a project to facilitate research development in practice in a hospital setting. Journal of Advanced Nursing, 36(5), 680-690.

Cris, A., (2002). Positive preceptors promote successful practice. Australian Nursing Journal. 10, (5), 40-42.

Cropley, A. J., and Dave, R. H., (1977) lifelong Education and the Training of Teachers. Hamburg: UNESCO Institute or Education. Germany.

Daily, M. A. (1992), Developing Case Studies, Nurse Educator. 17 (3), 8-11.

Dowd, S. B., and Davidhizar, R., (١٩٩٩). Using Case studies to Teach clinical problem-solving. Nurse Educator. ٢٤(٥), Septemper-October.

Ducret, B., (١٩٧٨). Some observations in the light of the Experence of the University of Geneva in life long Education and university Resources, Paris, Unesco.

Educational Grande Encyclopedia (Paris: Larousse, ١٩٩٧٣) p. ٤١٦٠.

Ellis L., and Nolan, M., (٢٠٠٥). Illumination continuing professional education: Unpacking the back box. International Journal of Nursing Studies, ٤٢, ٩٧-١٠٦.

Foglesong, D. H., Lambert, J., & Emerick, J., (١٩٨٧). Variables which influence the effect of staff development on nursing practice. Journal of continuing Education in Nursing, ١٨ (٥), ١٦٨-١٧١.

Gosnell, D., (١٩٨٤). Evaluation Continuing Nursing education. Journal of Continuing Education in Nursing, ١٥ (١), ٩-١١.

Hardwick S. & Jordans (٢٠٠٢). The impact of part-time post

Hefferin, E. A., (١٩٨٧). Trends in the evaluation of nursing in service education programs. Jordan of Nursing staff Development, winter, ٢٨-٤٠.

Holzemers, W. L., (١٩٨٨). Evaluation Methods in continuing education. Journal of continuing Education in Nursing, ١٩ (٤), ١٤٨-١٥٧.

Hoover J. (٢٠٠٢). The personal and professional impact of under – taking an educational module on human caring. Journal of Advanced Nursing. ٣٧ (١), ٧٩ – ٨٦.

Hoover, J., (٢٠٠٠). The personal and professional impact of undertaking an education module on lumor coring, Journal of Advanced Nursing, ٣٤ (١), ٧٩-٨٦.

Hughes, P., (١٩٩٢). Evaluation the impact of continues professional education (ENB-٩ ٤١). Nurse Education Today, ١٠, ٤٢٨-٤٣٦.

Ilich, Ivan, (١٩٧١). Dexchooling Society. New York: Harper and Row.

Jones, D. C., and Sheridan, M. E. (١٩٩٩). A case study Approach: Developing critical thinking skills in Novice Pediatric Nurses. The Journal of continuing Education in Nursing. ٣٠ (٢٠) March/ April, ١٩٩٩.

Jordan, S., (٢٠٠٠). The impact of part-time post registration degrees on practice. Journal of Advanced Nursing, ٣٨ (٥), ٥٢٤-٥٣٥.

King, E. C., (١٩٨٤). Affective Education in Nursing. A guide to Teaching and Assessment, Rockville, M. D: Aspen System.

Larousse, (١٩٧٣). Education. La Grande Encyclopedia, p ٤١٦٠, Paris.

Mitsunaga, B., & Shores, L., (١٩٧٧). Evaluation of Continuing nursing: is it practical?, Journal of Continuing Education in Nursing, ٨ (٦), ٧-١٤.

P. H. J. Apps, (١٩٧٥). Towards a working philosophy of Adult Education, Syracuse University Publication. New York, pp. ١-٧. USA.
Registration degrees on practice. Journal of advanced nursing ٣٨ (٥),
٥٢٤ - ٥٣٥ (١) ٢٩ - ٣١.

Schildmann J., Hermann E., Klambeck A., Ortwin H., Schwarz C.,
and Vollmann J., (٢٠٠٥). Continuing medical education and breaking
bad news. Z., Arzal Fortbild Qalitatssich (In Germany) ٩٩ (٧) ٤٤٣-٤٤٧.

Singh, M. D., (٢٠٠٤). Evaluation framework for Nursing Education
programs: Application of the CIPP Model. International Journal of
Nursing Education Scholarship, Vol. ١, No.١, Article ١٢.

Stufflebeam, D. L., (١٩٨٣). The CIPP Model for program evaluation,
In G. F. Modous, M. Scriven, & D. L. Stufflebeam (Eus) Evaluation
models. Boston: Kluwer-Nijhoff.

Vanetzian, E., and Corrigan, B., (١٩٩٦), preparation for cloaa and
class Activity: Key to critical thinking. Nurse Educator, ٢١ (٢), ٤٥-٤٨.

Waddell DL. (١٩٩٠). The effects of Continuing Education on Nursing
Practice: A Meta-Ahalysis. PhD dissertation. A Bell & Howell
information company. USA.

Wilk, J., (١٩٨٦). From continuous education to continues learning:
Moving toward accountability. Journal of Continuing Education in
Nursing, ١٧ (١), ١٦-١٨.

Wilkinson, S.; Leliopolou, C., Gambles, M.; and Roberts A. (٢٠٠٣). Can intensive three-day programs improve Nurses' communication skills in cancer care?. *Psycho-oncology* ١٢: ٧٤٧-٧٥٩.

Willetts L., & Leff J., (٢٠٠٣). Improving the Knowledge & Skill of psychiatric nurses: efficacy of a staff training program. *Journal of Advanced Nursing*, ٤٢ (٣), ٢٣٧-٢٤٣.

Wood, I., (١٩٩٨). The effects of continuing professional education on the clinical practice of nurses: a review of literature. *International Journal of Nursing*, ٣٥. ١٢٥-١٣١.

الملاحق

الملحق رقم (١)

أسماء المحكمين للبرنامج التدريبي المقترح

الاسم	مكان العمل
أ. د. رؤوف العاني	جامعة عمان العربية للدراسات العليا
أ. د. عدنان الجادري	جامعة عمان العربية للدراسات العليا
أ. د. عادل أبو العز	جامعة عمان العربية للدراسات العليا
د. عمر ملكاوي	جامعة مؤتة / الجناح العسكري
د. رياض دغيم	جامعة مؤتة / الجناح العسكري
د. أحمد الدهني	جامعة مؤتة / الجناح العسكري
د. محمد عياصرة	مديرية الخدمات الطبية الملكية
السيد محمد بني خالد	مديرية الخدمات الطبية الملكية
السيد خالد خضر	مديرية الخدمات الطبية الملكية
السيدة ريم حسان	مديرية الخدمات الطبية الملكية

ملحق (٢)

بسم الله الرحمن الرحيم

استبانة درجة تمثل معايير ستفليم في برامج التعليم التمريضي المستمر

يرجى وضع اشارة (X) في الخانة التي تعبر عن درجة تمثل الفقرة في برامج التعليم التمريضي المستمر

الحالية

التقديرات					الفقرات
عالي جداً	عالي	متوسط	ضعيف	ضعيف جداً	
					السياق (البيئة)
					١- يتواءم الهدف العام للتعليم التمريضي المستمر مع الخطط المعدة لتحقيقه
					٢- تتواءم برامج التعليم التمريضي المستمر مع الاهداف الخاصة التي وضعت من أجلها
					٣- تستجيب برامج التعليم التمريضي المستمر لاحتياجات العاملين
					٤- برامج التعليم التمريضي المستمر مبنية بشكل يكفل تحقيق الاهداف المعلنة
					٥- تراعي برامج التعليم التمريضي المستمر المعايير العلمية لبناء البرامج
					المدخلات

				١- يمتلك المدرسون الكفايات العلمية اللازمة لتطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية
				٢- يمتلك مدربو التطبيقات العملية الكفايات اللازمة لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية
				٣- يتوفر العدد الكافي من الاداريين والمدرسين لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر
				٤- تتوفر الوسائل التعليمية اللازمة لتنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر
				٥- تتناسب أعداد المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر مع مساحات الغرف الصفية
				٦- تتوفر مصادر تعليمية تلبية احتياجات المشاركين ببرامج التعليم التمريضي المستمر
				٧- تتوفر أماكن مخصصة للتطبيق العملي تلبية احتياجات المشاركين

					٨- تتوفر الأنشطة اللازمة للتطوير المهني للمدرّبين والقائمين على البرامج لمواكبة متطلبات العصر
					٩- تتلاءم استراتيجيات التعلم - التعليم المستخدمة مع طبيعة برامج التعليم التمريضي المستمر
					١٠- تتلاءم عدد الساعات التدريبية المخصصة وتحقيق أهداف برامج التعليم التمريضي المستمر
					العمليات
					١- ينسجم تنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر مع الخطط المعدة لها
					٢- ينسجم بناء برامج التعليم التمريضي المستمر مع فلسفة القطاع الصحي العسكري
					٣- تنسجم معتقدات واتجاهات المدربين مع فلسفة برامج التعليم التمريضي المستمر
					٤- يتوافق تنفيذ برامج التعليم التمريضي المستمر مع الفلسفة المعلنة لها

					٥- تلبى برامج التعليم التمريضي المستمر احتياجات المشاركين المختلفة
					٦- تعزز المساقات المساندة التعلم لدى المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر
					٧- يتم تطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر بفاعلية
					٨- يتم التغلب على الصعوبات التي تعترض تطبيق برامج التعليم التمريضي المستمر
					٩- تتناسب طرق التعليم المستخدمة ونوعية برامج التعليم المستمر
					١٠- معايير النجاح والرسوب المستخدمة مناسبة
					١١- يلائم أسلوب التطبيق العملي المتبع تحقيق الأهداف المرجوة
					١٢- تتوفر أماكن تدريب مناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة

					١٣- طرق التقييم المستخدمة في التدريب العملي أثناء التدريب مناسبة
					١٤- تتواءم أهداف برامج التعليم التمريضي المستمر مع المعايير التمريضية .
					المخرجات
					١- تحسن برامج التعليم التمريضي المستمر قدرة المشاركين على تقديم الرعاية التمريضية
					٢- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في زيادة التحصيل المعرفي لدى المشاركين
					٣- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في زيادة الالتزام بأداب المهنة لدى المشاركين
					٤- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في دمج المعرفة النظرية ونتائج الأبحاث في الممارسة العملية
					٥- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في رفع مستوى تحمل المسؤولية لدى المشاركين

					٦- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في زيادة الثقة بالنفس لدى المشاركين
					٧- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تعزيز مفهوم الرعاية الشاملة لدى المشاركين
					٨- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تنمية المهارات العقلية المختلفة لدى المشاركين
					٩- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تنمية الاتجاهات الايجابية نحو المهنة لدى المشاركين
					١٠- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تحسين المهارات الإدارية لدى المشاركين
					١١- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تحسين القدرات التعليمية لدى المشاركين

					١٢- تسهم برامج التعليم التمريضي المستمر في تقوية العلاقة الايجابية ما بين المدرسين والمشاركين
					١٣- تحقق برامج التعليم التمريضي المستمر نتائج ايجابية غير مقصودة لدى المشاركين
					١٤- تتواءم قدرات الخريجين من المشاركين في برامج التعليم التمريضي المستمر مع توقعات القائمين على هذه البرامج

مع الشكر الجزيل على التعاون المثمر في سبيل تحسين وتطوير برامج التعليم التمريضي المستمر

محمد فياض المومني

ملحق رقم (٣)

أسئلة الاختبار

Indigestible materials is stored in the :

Sigmoid Colon

Transverse Colon

Rectum

Ileum

Which of the following layer of digestive system contains blood vessele & Nerve fibers and lymph nodes

Mucosa

Submucosa

Circular layer

Longitudinal layer

All of the following are parts of small intestine except :

Duodenum

Jejunum

Cecum

Ileum

Vitamin B١٢ is absorbed in :

Stomach

Transverse Colon

Jejunum

Ileum

The normal desire to micturate Usually felt when the bladder contains :

١٠٠ – ٢٠٠ ml of Urine

٣٥٠ – ٥٠٠ ml of Urine

٢٠٠ – ٣٠٠ ml of Urine

٥٠٠ – ٨٠٠ ml of Urine

Ulcerative colitis is a disease that affect the mucosa of :

Small bowel

Large bowel

Urinary bladder

Mouth

the disease that might affect any part of alimentary tract is:

Ulcerative colitis

Familial polyposis

Crohn's disease

Diverticular disease

Familial polyposis is a hereditary disease that affect :

Urinary bladder

Small bowel

Stomach

Colon

٩. which of the following is not a symptoms of Cancer of the rectum :

a. Abdominal or perineal pain

b. Alteration in bowel habit

c. Faecal incontinence

d. passage of blood per rectum

١٠. Colostomy is an opening into the :

- a. ileum
- b. Urinary bladder
- c. large bowel
- d. stomach

١١. Ileostomy is an opening into the :

- a. Large bowel
- b. Small bowel
- c. Urinary bladder
- d. Ureter

١٢. Ileal Conduit is an opening created to divert :

- a. Stool
- b. Urine
- c. Gastric Juice
- d. Bile

١٣. End ileostomy is constructed when the :

- a. Ileum has to be removed
- b. Stomach has to be removed
- c. Jejunum has to be removed
- d. Colon has to be removed

١٤. Loop ileostomy is usually temporary to divert faecal
stream away from :

- a. Distal anastomosis
- b. Anastomosis in an ileal anal pouch
- c. Fistulae
- d. All of the above

١٥. Ileal conduit is most commonly :

- a. Temporary
- b. Permanent
- c. Optional
- d. None of the above

١٦. Which of the following conditions may benefit from

using a convex flange :

- a. Prolapsed Stoma
- b. Retracted Stoma
- c. Protruded Stoma
- d. Necrotic Stoma

١٧. The Usual Site for Stomas is :

- a. Over the rectus muscle
- b. Above the umbilicus
- c. Closed to iliac crest
- d. Within skin Folds

١٨. Ileostomy is Usually sited in the :

- a. Left iliac fossa
- b. Right iliac fossa
- c. Upper left quadrant
- d. Upper right quadrant

١٩. Colostomies are usually sited in the :

- a. Left iliac fossa
- b. Right iliac fossa
- c. Upper left quadrant
- d. Upper right quadrant

٢٠. Ileal conduit is usually sited in the

- a. Left iliac fossa
- b. Right iliac fossa
- c. Upper left quadrant
- d. Upper right quadrant

٢١. All of the following should be avoided when siting the stoma Except :

- a. Bony prominences
- b. Symphysis pubis
- c. skin creases & folds
- d. Within rectus muscle

٢٢. The normal colour of the stoma is :

- a. Dark
- b. Pinkish – Red

c. Deeply Red

d. White

٢٣. Teaching stoma care principles can be started :

a. Immediately post Operative

b. ٢nd day post Operative

c. ٣rd to ٤th Operative day

d. prior to discharge from hospital

٢٤. Necrosis of the stoma is usually due to :

a. Impaired blood supply

b. wearing small appliance

c. Badly stoma siting

d. Dehydration

٢٥. Stenosis of the stoma occurs :

a. Immediately post OP

b. During surgery

c. In the longer term

d. After ٢٤ – ٤٨ hours post Operative

٢٦. Retraction means that the stoma is :

a. Above the skin level

b. Below the skin level

c. on the skin level

d. None of the above

٢٧. Flush stoma means that the stoma is :

- a. Above the skin level
- b. Below the skin level
- c. on the skin level
- d. None of the above

٢٨. Prolapse means that the stoma is :

- a. Excessively protruded
- b. Below the skin level
- c. on the skin surface
- d. None of the above

٢٩. Parastomal hernia is often associated with :

- a. Retraction of the stoma
- b. Flush stoma
- c. Prolapse of the stoma
- d. Necrosis of the stoma

٣٠. The preferred solution used to clean the stoma is :

- a. Alcohol
- b. Savlon
- c. Hydrogen peroxide
- d. Clean water

٣١. The skin barrier for colostomy patient lasts for :

- a. one day
- b. ٣ days
- c. ٥ days
- d. two days

٣٢. The skin Barrier for ileostomy patient lasts for :

- a. one day
- b. one week
- c. Three days
- d. Three weeks

٣٣. Skin barrier is mainly applied to :

- a. Fit the pouch on it
- b. Protect the skin around the stoma
- c. Protect the stoma from direct trauma
- d. Provide security

٣٤. Closed appliance usually applies with :

- a. Ileostomy
- b. Urostomy
- c. Fistulae
- d. Colostomy

٣٥. Drainable appliance usually applied with

- a. Colostomy
- b. Urostomy
- c. Ileostomy
- d. Continent urostomy

٣٦. All the following foods cause flatus in ileostomy patient Except:

- a. Onion
- b. Beans
- c. Spiced foods
- d. Cranberry juice

٣٧. All the following foods cause bad odour in colostomy patient Except :

- a. Buttermilk
- b. Onions
- c. Fish
- d. Green vegetables

٣٨. Pastes are used by ostomy patient to :

- a. Protect the exposed area around the stoma
- b. To treat infection around the stoma
- c. To Decrease the parastomal skin allergy.
- d. To reduce bad odour of effluent

٣٩. Vinegar oil reduce the odour of :

- a. Colostomy Pouches
- b. Urostomy Pouches
- c. Ileostomy Pouches
- d. Minipouches of continent ileostomy

٤٠. The length of ureter is :

- a. ١٠ - ٢٠ cm
- b. ٢٠ - ٣٠ cm
- c. ٣٠ - ٤٠ cm
- d. ٥ - ١٠ cm

٤١. Transparant appliances are usually applied :

- a. Immediate post operative
- b. One week post operative
- c. On Discharge from hospital
- d. During pool swimming

٤٢. Colostomy Pouches is usually changed :

- a. Once a day
- b. Every Other day
- c. When contains $\frac{1}{3}$ of fullness
- d. When it's filled completely

٤٣. The nurse should inspect the parastomal skin for :

- a. Infection
- b. Folliculitis
- c. Redness
- d. All of the above

٤٤. When changing the stoma appliance the nurse should follow the following steps except :

- a. Clean the parastomal skin
- b. Dry the area
- c. Apply tincture benzouate to adhere the water
- d. Apply the right size of appliance

٤٥. Patient with urinary diversion should be advised to :

- a. Drink plenty of fluids
- b. Strict fluid intake
- c. high Calori diet
- d. low Salt diet

٤٦. Stoma patients should be instructed :

- a. To avoid conception
- b. Avoid sexual activities

- c. Restrict daily activity living
- d. Stoma creation does not interfere with conception

٤٧. All of the following are contra indication for the ileostomy patient to do Except:

- a. Enema
- b. Manual evacuation
- c. Irrigation
- d. Increase fluid intake

٤٨. All of the following are parastomal skin problems

Except:

- a. Redness
- b. Irritation
- c. Folliculitis
- d. Prolapse of the stoma

٤٩. Which of the following could be a reason for any type of stoma ?

- a. Carcinoma
- b. Urinary incontinence
- c. Faecal incontinence
- d. Ulcerative colitis

٥٠. How soon are patients allowed to eat following abdominal surgery ?

- a. As soon as they are hungry

- b. When they go home
- c. When flatus is detected in the appliance
- d. When visitors bring in food

ملحق رقم (٤)

درجات الصعوبة ومعاملات التمييز

معامل التمييز	معامل الصعوبة	رقم الفقرة
٠,٤٨	٠,٥٤	١
٠,٤٩	٠,٣٢	٢
٠,٥٢	٠,٦٠	٣
٠,٤١	٠,٣٥	٤
٠,٤٥	٠,٣٢	٥
٠,٥٧	٠,٦٠	٦
٠,٤٠	٠,٢٦	٧
٠,٤٢	٠,٦٧	٨
٠,٦٢	٠,٣١	٩
٠,٦٨	٠,٦٣	١٠
٠,٦٣	٠,٦١	١١
٠,٥٦	٠,٥١	١٢
٠,٤٨	٠,٥٣	١٣
٠,٣٩	٠,٧٥	١٤
٠,٤٨	٠,٦٨	١٥
٠,٤٢	٠,٥٤	١٦
٠,٤٧	٠,٣٩	١٧
٠,٥١	٠,٥٦	١٨
٠,٤٩	٠,٣٣	١٩
٠,٦٤	٠,٣٩	٢٠
٠,٤٢	٠,٢٦	٢١
٠,٥٨	٠,٥٣	٢٢

٠,٦١	٠,٤٢	٢٣
٠,٥٣	٠,٥٤	٢٤
٠,٥٩	٠,٦٣	٢٥
٠,٥٤	٠,٥٢	٢٦
٠,٤٨	٠,٥١	٢٧
٠,٣٩	٠,٧٢	٢٨
٠,٥١	٠,٥٦	٢٩
٠,٤٦	٠,٣٥	٣٠
٠,٦٤	٠,٣٦	٣١
٠,٥٥	٠,٦٠	٣٢
٠,٤٠	٠,٢٦	٣٣
٠,٦٤	٠,٦١	٣٤
٠,٥٤	٠,٥٢	٣٥
٠,٦١	٠,٦٣	٣٦
٠,٥٦	٠,٥٠	٣٧
٠,٤٨	٠,٥٣	٣٨
٠,٤١	٠,٧٧	٣٩
٠,٤٩	٠,٣٣	٤٠
٠,٦٣	٠,٦٠	٤١
٠,٥٦	٠,٥٢	٤٢
٠,٥١	٠,٥٤	٤٣
٠,٤٩	٠,٣٦	٤٤
٠,٦٤	٠,٣٧	٤٥
٠,٥٦	٠,٥٤	٤٦

٠,٤٧	٠,٥٠	٤٧
٠,٤٢	٠,٧٢	٤٨
٠,٥٧	٠,٥٨	٤٩
٠,٤٢	٠,٢٨	٥٠

ملحق رقم (٥)

المحتوى التفصيلي للبرنامج التدريبي

Preface

The Enterostomal Therapy Training Program at the Royal Medical Services is guided by the criteria for curriculum of the International Association of Enterostomal Therapy.

The program is ١٤٠ hours in length, equally divided, with approximately ٧٠ hours of clinical practice, and approximately ٧٠ hours of theoretical assignment . The conceptual framework is demonstrated by a unifying theme of rehabilitation of the ostomate, with emphasis on the nursing process, a practical application of theories learned, and the role of the Enterostomal Therapist as a clinical specialist.

ENTEROSTOMAL THERAPY TRAINING PROGRAM

GENERAL GOALS

A nurse participant in this training program will be able to:

١. Recognizes and describes the indications for ostomy surgery and the complications which may occur.
٢. Institutes pre – and post – operative management of patients with ostomies, and other potential skin care problems.
٣. Demonstrates knowledge of correct techniques using prosthetic ostomy equipment and related products.
٤. Evaluates prosthetic ostomy equipment and related products.
٥. Incorporates principles of rehabilitation in interactions with patients and staff.
٦. Incorporates principles of teaching and learning in interactions with patients and staff.
٧. Integrates the role of the Enterostomal Therapist into the health care team by

initiating care conferences, written care plans, and inservice education programs.

٨. Recognizes and implements appropriate interventions to facilitate the psychological, emotional, and sexual adjustments of patients with stomas and their significant others.

٩. Comprehends her role as a professional care – giver, resource expert, and health team member.

STRUCTURE

Each unit will contain five sections :

Outline

- Overview of each individual unit

objectives

- behavioral objectives that stoma care nurse will be expected to perform at the completion of the program.

Content

- Summarization of the presentation .

Teaching process

- method of teaching

learning process

- nurses activities

UNIT \ - INTRODUCTION

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESSES</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
General introductions Available Facilities Program overview Requirements Evaluations Schedules	Identify the requirements and expectations of the Enterostomal Therapy Program . Recognize available resource individuals, materials and facilities	Introduction to program in Enterostomal Therapy: Introduction of personnel Explanation of program outline and intended experiences Objectives of program in terms of expected behavioral outcomes	Open discussion Tour of facilities Offer pre-Test Elicit from students request for clarification regarding fact, requirements	Participation in discussion and ask necessary questions Tour Utilize applicable facilities Completion of preliminary knowledge and assessment		Theory 7 hour/ day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESSES</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	Examine methods of evaluation .	completion of final Examination Resource materials : Libraries Reprints and Handouts Audio – Visual aids Network facility Instructors and related professionals Methods of Evaluation : Written quizzes Final Examination	ents and materials presented Rap session – Weekly conferences with instructors Establish goals and improve communications	Survey Acquire literature and reprints including: - Program outline and objectives - Required bibliography Mutual exchange of information and review of new		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESSES</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
		<p>Performance and Application of content: Communication skill – Interpersonal relationships with patients and health team</p> <p>Integration of principles to procedures and care delivered</p> <p>٣. Acquisition of basic skills relevant</p>		<p>Experiences</p> <p>Utilize opportunities for informal conferences</p> <p>Relate feedback to insure that foundation is sound</p> <p>Participate in goal settings</p>		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESSES</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>

Introduction

Most nurses have little opportunity to develop a high degree of expertise in stoma care. They are responsible for many patients and as such have limited time or opportunity to develop the specific skills required to care for those who have a stoma. Thus it is essential that there is a clinical nurse specialist in stoma care to provide a focus of expertise in the care of these patients, working as apart of the multidisciplinary team to ensure that care is not fragmented. The role of the clinical Nurse specialist should complement rather than detract from the skills of other clinical professionals who are involved in the care of the patient who has a stoma.

The aim of a stoma care service should be to provide a comprehensive service of clinical care, support and management, both pre and post-operatively for the patient who has a stoma and their family and to guide and teach other professional involved in the patients care. The service should develop and maintain programmes of rehabilitation, striving to enable patients to regain maximum independence and enjoy a high quality of life after surgery, resuming their previous role in society.

Although the role of the clinical nurse specialist in a stoma care is exacting, demanding and often stressful, it provides a high degree of professional autonomy and job satisfaction. Many nurses provide ongoing support for patients once they have left hospital until they have resumed their previous lifestyle. A great sense of achievement can be gained when the patient is able to demonstrate their ability to enjoy a full and active lifestyle following what they have perceived to be debilitating surgery.

History of stoma care Nursing

The earliest documentation of surgically fashioned stoma dates back to 1700s. Heister describes the damaged intestine of soldiers who were injured in battle being brought to the abdominal wall forming an enterostomy (Richardson, 1973). Some of these soldiers were reported to have survived. There was however no documentation of the specific care of stoma patients in the nursing professional press until the late 1930s (plumley, 1939)

Patients with a stoma had no access to specialised professional help until the latter half of the 20th century. Prior to then these unfortunate individuals had to rely on their improvisational skills, ingenuity and advice from each other. In 1949 a small group of stoma patients in Philadelphia, USA, formed a self-help group which grew to become the united Ostomy Association. In 1956 the Ileostomy Association of Great Britain and Ireland became the first European group. In 1966 the colostomy welfare group was established followed in 1971 by the Urostomy Association. These self-help group offered support and advice to their members on all aspects of living with a stoma.

The first stoma therapist was not a nurse but a patient. In 1958 Dr R. Turnbull enlisted the help of an ileostomist, Norma Gill, at the Cleveland Clinic in Ohio, to help with the rehabilitation of new stoma patients. They went to establish the first training course for stoma therapists.

Stoma care nursing was pioneered in the UK by Barbara Saunders, an experienced surgical ward sister who had developed a degree of expertise in stoma care at St Bartholomew's Hospital, London. In partnership with Ian Todd, a Consultant Surgeon she established a monthly clinic for stoma patients in 1969 (Saunders, 1974). Two other similar clinics were also operational, one at Birmingham General Hospital organized by Doreen Harris and another at Harold Wood Hospital in Essex, run by Joyce Parsons (Brady, 1984). Barbara Saunders was subsequently appointed as a full time stoma care

nurse at St Nurse at St Bartholomew's Hospital in ١٩٧١.

Research highlighted a variety of psychological and physical problems experienced by patients who have a stoma (Devlin, Plant & Griffin, ١٩٧١; Biermann, ١٩٦٦). This resulted in professional interest in stoma care increasing and patient self-help groups continued to lobby for a better deal for their members. Pressure was brought to bear on appliance manufactures to improve their products and produce more acceptable appliances and accessories that would improve the quality of life for the patients who use them.

In ١٩٧٨ the Department of Health and Social Security (DHSS) issued recommendations to Health Authorities relating to the provision of care for stoma care patients (DHSS ١٩٧٨).

Today there are significant numbers of Clinical Nurse Specialists in stoma care, working in both hospitals and in the community. Many of these highly skilled professional have expanded their role further and provide a resource of expertise relating to all patients with colo-rectal disease rather than just those who have a stoma. The Royal College of Nursing (RCN) established a Stoma Care Nursing Forum. This has now been expanded to include all nurses working in the field of Gastro-Intestinal nursing. There is also an international organization, the World Council of Enterostomal Therapists (WCET) which facilitates the exchange of knowledge and expertise across the globe.

Education and Training for Stoma care Nurses

The first specialized training course for stoma care nurses in the UK began at St Bartholomew's Hospital, London. Later three further training schools established a course, these were at: North Tees Hospital, Stockton-on-Tees; Hope Hospital, Salford; and The General Hospital, Birmingham.

The English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting (ENB) was the statutory body responsible for the course, which was formerly the responsibility of the Joint Board of Clinical Nursing Studies (JBCNS). The aim of the course was to prepare

the Registered Nurse to function as an expert in stoma care.

The course, took eight or nine weeks to complete and provided a planned programme of closely integrated theoretical and clinical study. The broad objectives of the outlined curriculum provided by the ENB were care and management of stoma, communication skills, teaching and research. Based on these broad objectives a planning team then devised objectives for a given course (Brady, ١٩٨٢). All four training schools offered the same basic course but they were able to utilize additional local facilities and resources (Gardner, ١٩٨٥). A wide range of appropriate topics were included in the programme and particular attention was paid to the development of the communication and counseling skills which are essential competencies of stoma care nurses.

A shorted course of five to eight working days was subsequently developed at several centres in the UK for nurses not specializing in stoma care but inevitably coming into contact with patients who had a stoma. This course offered a way of gaining a working knowledge of the basic principles of stoma care and was ideal for Registered Nurses working in hospital, community or any other setting whose work involved caring for patients with a stoma. However, this course was not intended to offer the competencies required to equip a nurse to become a Clinical Nurse Specialist in stoma care.

These courses have resulted in a greater dissemination of knowledge and expertise for stoma care nurses working in both hospital or the community (Breckman, ١٩٨٢; Taylor, ١٩٩٩), and continue to influence and inform the development of expert practitioners.

The integration of nursing and midwifery education into higher education began in the mid ١٩٩٢'s (ENB, ١٩٩٣), and in April ٢٠٠٢ the United Kingdom Central Council (UDCC) and the National Boards were replaced by the Nursing and Midwifery Council (NMC), (United Kingdom, ٢٠٠٢). During this time successful completion of stoma care nursing courses has resulted in academic awards, at diploma and degree level, in addition to a professional qualification. Flexible modes of delivery enable courses to be

completed as 'stand alone modules', or as part of a diploma or degree programme. There are also courses in advanced practice at master's level which can be accessed by the Stoma Care Nurses.

The Clinical Nurse Specialist in Stoma Care

A Clinical Nurse Specialist can be defined as "An expert clinical practitioner in a specialized area of nursing, with expanded authority and autonomy, who directs his/ her efforts towards the improvement of patient care and nursing practice" (Hamric, ١٩٨٣). In ١٩٨١, the Royal College of Nursing (UK) described Clinical Nurse Specialists as a group of Nurses "who by virtue of post-basic qualifications, and specialist knowledge or interest, are required to provide advice across the range of a unit or district". In ١٩٨٨ they added categories of practice to their definition, defining specialist nursing practice as incorporating:

A clinical and consultative role.

Teaching.

Management.

Research.

The application of relevant nursing research.

(Wilson-Barnett and Beech, ١٩٩٤)

To function effectively the Clinical Nurse Specialist in stoma care must have an in-depth knowledge of their specialty and a high degree of clinical expertise. Having undertaken training as described above they should be equipped with the essential skills to discharge the full range of responsibilities encompassed in the role. This includes not only the provision of high quality clinical and psychological care for patients, but also teaching

research, audit and managements. The Clinical Nurse Specialist in stoma care will also need to develop a comprehensive network of professional colleagues and have knowledge of and access to available local support services.

The role of the Clinical Nurse Specialist in stoma care can be exacting and certain personal attributes prove to be an advantage. These include confidence, maturity and self awareness, combined with the ability to work well as part of a multi-disciplinary team. In some situations tact, diplomacy and tenacity may be paramount as will practical common sense and a sense of humour! In some clinical situations the ability to improvise, ingenuity and manual dexterity will also prove essential.

The role of the Clinical Nurse Specialist is an extension to the role normally undertaken by a Registered Nurse. Enhanced clinical roles bring with them additional responsibilities in terms of professional accountability. As such Clinical Nurse Specialists must ensure that they are familiar with, and act within, the Nurses and Midwives Councils' (NMC) Codes of Professional Conduct, national standards and guidance and local policies and procedures. They should also ensure that they have access to appropriate supervision.

A Model for Stoma Care Nursing

The specific role of the Clinical Nurse Specialist in stoma care varies between localities but many see patients both in the hospital and the community as well as holding nurse led clinics.

To increase the professional credibility of stoma care nursing, practice must be clinically effective and anchored to research findings. A suitable model for the delivery of such care has been described by Waston. The model identifies the needs of stoma care patients superimposed on fundamental human psycho-physiological needs:

The need for information.

The need for technical skills to manage their stoma.

The need for emotional support

(Waston, ١٩٨٥)

To be effective, a stoma care service must ensure that these are met.

REFERENCE

Biermann H. J., (١٩٦٦). "Statistical Survey of Problems in patients with colostomy and ileostomy". American Journal of Surgery. ١١٣ ٦٤٧-٦٥٠.

Brady N., (١٩٨٤). A history of caring Senior Nurse ٢٣ (٥ Septermger) ٨-١٠.

Brady No., (١٩٨٢). "Training Nurses in Stoma Care". Stoma Care News, No. ١, December, p ٦.

Breckman, B., (١٩٨٢). "Stoma care Nursing in the ١٩٩٠s", Nursing Times. ٢٤th February. P. ٣٢٦-٣٢٨.

Department of Health on social security (١٩٧٨). Health Service Development: The Provision of Stoma Care-H C ٧٨. DHSs London HMSO.

Devlin H. B., Plant J. A., Griffin M., (١٩٧١). "The aftermath of surgery for ano-rectal cancer". British Medical Journal ٣, ٤١٣-١٨.

Gardner, J., (١٩٨٥). "Stoma Care Nurses". Cite in Devlin, H. B (Ed) Stoma Care Today. The medicine Publishing Foundation. Oxford.

Hamrick A. Spross J. (Editors), (١٩٨٣). The clinical nurse specialistr in theory and practice. London Grune and tratton Inc.

Plumley S., (١٩٣٩). "Care of Ileostomy". American Journal of Nursing ٣٩, ٢٧٥.

Richardson R. G., (١٩٧٣). The abominable stoma: A historical survey of the artificial anus.

Kent Abbott Laboratories.

Saunders H. B., (١٩٧٤). "Stoma Care Nurse: A new role". Nursing Times, ٥٧٨-٩.

Watson, P. G., (١٩٨٥). "Meeting the needs of patients undergoing ostomy". Journal of Enterostomal therapy ١٢; ١٢١-٢٤.

Wilson-Barnett J. Beech S., (١٩٩٤). "Evaluating the clinical nurse specialist: A review".

International Journal of Nursing Studies Vol. ٣١, No. ٦, ٥٦١-٥٦٧.

UNIT ٢ – Anatomy and physiology associated with Stoma Care

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Anatomy and physiology of Gastro – Intestinal system and Urinary system	Recall normal anatomy and physiology of the Gastro – Intestinal system	Anatomy and physiology of the Gastro – Intestinal system Anatomy and physiology of	Lectures by physicians and clinical nurse specialists Audio– Visual	Participate in Discussion Ask question Readings & reviewing	- Pre-Post test (Multiple Choice questions)	Theory ٦ hours/day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Patho Physiology of Bowel Patho Physiology of Urinary system	Recall normal anatomy and physiolog y of the Urinary system Categoriz e and describe the pathologi cal entities of the Gastro – Intestinal system which	Urinary system Review of normal functioning of both systems Patho physiology of bowel Neoplasms Inflammato ry Bowel Disease (IBD) Vascular disorder Trauma Congenital anomolies Obstruction	presentati ons Slides Flip charts Selected readings Assignme nt of topic paper opportuni ty of observatio n in operating room	patients charts Attending conferenc es Observati on of surgical procedure s and pathologic al tissues Researchi ng specific informatio n for topic paper Network facilities		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<p>require Stoma constructions</p> <p>Categorize and describe the pathological entities of the Urinary system which require Stoma constructions</p>	<p>Patho Physiology of Urinary system</p> <p>Congenital defect</p> <p>Neurogenic problems</p> <p>Bladder cancer</p> <p>Trauma</p>				

Anatomy and Physiology

Associated with Stoma Care

When considering anatomy and physiology in relation to stoma care it is not only essential to consider the gastrointestinal tract and bowel function but also the male and female genitourinary system and the skin.

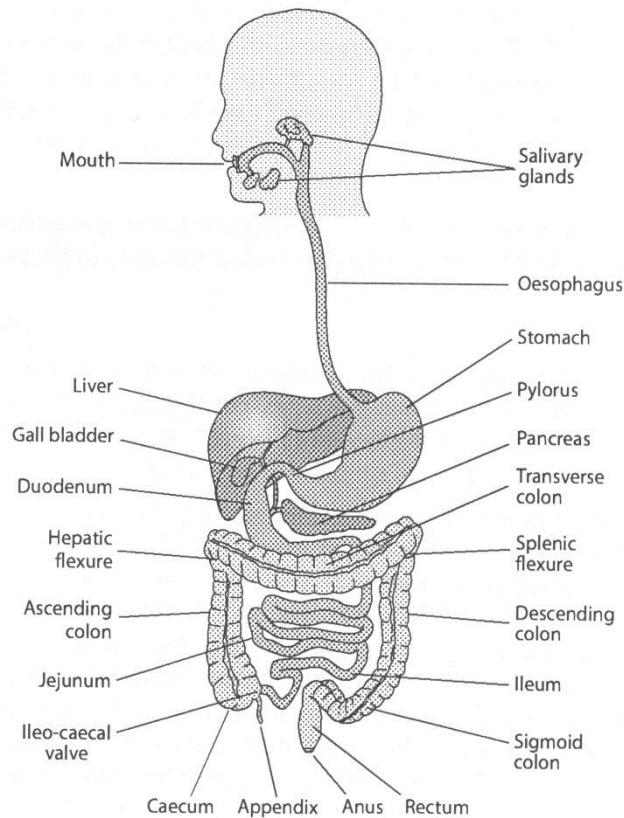


Fig. 1 – *The alimentary tract.*

THE ALIMENTARY TRACT

The alimentary tract stretches from the mouth to the anus and in the adult, it is some seven meters in length (see Figure ١). It stores food in the stomach and then converts it to assimilable small molecules in the intestine. Indigestible material is then stored in the sigmoid colon until it can be conveniently eliminated through the rectum and anus.

FUNCTION OF THE ALIMENTARY TRACT

Mouth

Functions

Mastication of the food by the teeth

Mixing the food with saliva the action of which includes the first stage in the digestion of carbohydrates, prevention of friction in the mouth, and the bactericidal action of lysozyme.

Oesophagus

Functions

Waves of contraction convey the bolus of food to the cardiac sphincter of the stomach.

The sphincter at the lower end of the oesophagus relaxes and food enters the stomach.

Anatomically the sphincter is represented as hypertrophy of the smooth muscle.

Stomach

Functions

A reservoir for food

mixing of food with gastric juice to form chime.

Production of gastric juice, which is acidic (pH 1.0-3.0)

Absorption of water, some drugs and alcohol.

Control of output of food into the duodenum

Secretion of intrinsic factor.

Secretion of the hormone gastrin from the G cells.

Small Intestine

The small intestine is made up of three parts:

Duodenum

Jejunum

Ileum

During the long journey along the small intestine digestion of the food is completed and almost all the nutrients and much of the water are absorbed.

Duodenum

Functions

Reception of pancreatic juice (including bicarbonate) and bile from the outlet of the common bile duct, all of which is alkaline (pH 7.8 – 8.0).

Major role in digestion of protein, fats and starch; the food is mixed with pancreatic juice and bile.

Absorption of calcium, iron and magnesium.

Secretion of enterogastrones

Jejunum and Ileum

In this part of the small intestine the mucosa is folded into valvulae conniventes and covered with about 0.000.000 projections called villi. The surface of each villus is covered in about 1.000 microvilli, forming a brush border. This arrangement is said to increase the surface area for absorption by about 600 times. Each villus has a blood supply via a capillary network and a branch of the lymphatic system called a lacteal. Blood supply and cell activity increase after meals.

Functions

Mixing of partially digested food with intestinal juice.

Completion of digestion of fat, protein and carbohydrate.

The main site for the absorption of foods as follows:

Carbohydrates: These are mainly absorbed in the jejunum where they cross the mucosal surface of the villi to enter the capillary network of the portal circulation.

Protein: These enter the capillary network in the villi to the portal circulation.

Fats: These enter the lacteal as chyle and drain into the lymphatic circulation and then, eventually into the venous circulation via the thoracic duct. However, 10 – 20 % may be absorbed directly into the portal circulation.

Water and Electrolytes: Sodium, chloride, calcium, iron, potassium, magnesium, phosphate and bicarbonate are absorbed here. Some water is absorbed by osmosis provided the contents of the intestine are hypotonic. If they are hypotonic, water will be attracted into the gut from the bloodstream.

Vitamins: Fat and water soluble vitamins are absorbed in the terminal ileum. Vitamin B₁₂ is also absorbed in the terminal ileum after it has combined with intrinsic factor from the stomach.

Bile salts: These are reabsorbed in the terminal ileum as part of the enterohepatic circulation.

The Large Intestine

The large intestine is about 1,0m long; it has no villi but its lumen is wider than that of the small intestine providing the capacity to store food residue in the sigmoid colon.

Movement is much slower. The longitudinal muscle bands are incomplete and are gathered into bands called taeniae coli; between the taenia the colon pouches into the haustra, giving it a sacculated effect.

Functions

Absorption of water; the amount depends upon the time the residue remains in the colon – the greater the time, the more water is absorbed.

Absorption of sodium to the portal circulation.

Secretion of mucus, which gives the colonic contents an alkaline nature – pH 8.

Bacteria live in the colon naturally, e.g. acteroides, streptococci and lactobacilli. These

produce Vitamin k, thiamine and riboflavin in small amounts. 0.0% of the population have sulphate reducing bacteria, however, 96% of patients with colitis play host to sulphate bacteria (Pitcher and Cummings, 1996).

Absorption of drugs such as analgesics, which may be administered rectally.

Storage of faeces until defecation is appropriate.

THE URINARY SYSTEM

The urinary system consists of the kidneys, ureters, bladder and urethra (see Figure 2).

The kidneys are retro – peritoneal and lie in the superior lumbar region, where they are protected to some extent by the lower ribs. Each kidney is surrounded by a fibrous and fatty layer, which cushions the kidney and help to attach it to the posterior body wall.

The right kidney is slightly lower than the left kidney, as it is displaced by the liver. Each

kidney contains over one million nephrons which carry out the processes that form urine.

Urine is produced by three processes:

Filtration under pressure through the glomerulus of the nephron.

Selective reabsorption in the kidney tubule of water, glucose, salts and ions which the body requires. Most of the water and salts are reabsorbed .

active secretion by the cells of the kidney tubule of certain waste substances found in the blood such as urea.

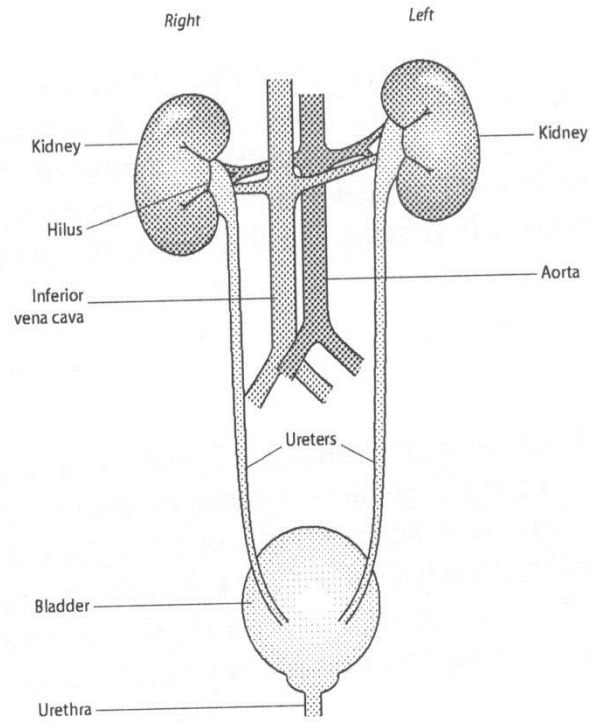


Fig. ٢ – *The urinary system.*

Over ١٨٠ liters of plasma is filtered each day, in the average adult only ١٠٠ liters (١%) leaves the body as urine . Urine is slightly acidic, but changes in metabolism and diet might see the pH range from ٤,٥ to ٨ . the specific gravity ranges from ١٠١٥ – ١٠٢٥. Its constituents are water, salts and protein waste products, i ,e, urea, uric acid and creatinine, in the following proportions :

Water ٩٦ %

Urea ٢ %

Uric acid and salts ٢ %

Reabsorption of water is controlled by the secretion of antidiuretic hormone (ADH) from the posterior lobe of the pituitary gland. A decrease in the secretion of ADH results in less water being reabsorbed in the collecting ducts and distal tubule of the nephron and a larger volume of urine being produced.

The ureters carry urine from the kidney to the bladder. They are about ٢٥ – ٣٠ cm long and approximately ٣ mm in diameter, passing from the renal pelvis to the ureteric orifices of the bladder. The ureters enter the bladder at an oblique angle, preventing retrograde influx of urine.

The bladder is reservoir for urine. When empty it lies wholly within the pelvis, but as it fills with urine it distends and expands upwards and forwards into the abdominal cavity. The bladder can hold over ٥٠٠ ml of urine but at this size it is painful, the desire to micturate usually being felt when the bladder contains ٢٥٠ – ٣٠٠ ml of urine .

URETHRA

The urethra in the male is ١٨ – ٢٠ cm long and serves as a canal for both the urinary and reproductive systems, conveying urine and seminal fluid. There is an internal and external sphincter. The internal urethral sphincter has a layer of circular muscle surrounding the bladder neck and is important in preventing retrograde ejaculation by closing the bladder neck. Their role in maintaining continence is less clear.

The external sphincter is more powerful than the internal sphincter, and prolonged contraction helps to maintain continence. It consists of an inner layer of longitudinal, smooth muscle and an outer layer of striated muscle.

In the female the urethra is approximately 4 – 5 cm long and serves only the urinary system. The muscular layer continuous with the bladder neck and forms an intrinsic external sphincter formed of longitudinal smooth muscle fibres and circular fibres of striated muscle.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASES THAT MAY REQUIRE SURGERY INVOLVING A STOMA

Ulcerative colitis

"The term "ulcerative colitis" is applied to a disease in which a part or whole of the mucosa of the large bowel becomes diffusely inflamed with a haemorrhagic type of inflammation, which may progress to ulceration (Truelove, 1984 a).

the symptoms of the disease include diarrhea and the passage of blood and mucus through the rectum. There may be complications of the disease and the patient may become very ill due to anaemia, hypoproteinaemia and disturbance in the body's fluid and electrolyte balance. During a severe attack, the patient may pass 20 or more stools each day resulting in acute illness and very poor quality of life.

Medical treatment of ulcerative colitis usually includes sulphasalazine (Salazopyrin) and corticosteroids (prednisolone) administered either systematically or locally per rectum. Also 5-ASA therapy, around 60% of patients with moderately active Ulcerative Colitis can be expected to respond to 5-amino-salicylic acid therapy alone (Forbes, 1997). However according to Nichols (1997), approximately 30-40% of patients will come to be treated with surgery. The degree of colonic involvement appears to affect the requirement for surgery, from 2% in patients with proctitis to 33% in extensive disease

(Ritchie, et al ١٩٧٨). Surgery usually involves the removal of the whole colon and creation of an ileostomy. However, more recently there have been surgical developments, which avoid the patient having a permanent stoma.

The aetiology of ulcerative colitis is still unknown, it is clearly influenced by genetic and environmental factors which almost certainly interact (Nichols, ١٩٩٧) Colorectal Surgery. Various other factors have been considered including infection diet, psychological influences and immunological factors. The disease can develop at any age but it most commonly develops in young adults, the most frequently affected age group being ٢٠-٣٩ years (Watts et al., ١٩٦٦). Slightly more women than men are affected in a ratio of ٤:٣, except in childhood where the sex ratio is reversed (Canby and Mehchop, ١٩٦٤).

The disease usually takes the form of acute exacerbations interspersed with periods of remission. However, there are various situations when surgery to cure the disease is indicated.

Toxic megacolon. In a severe attack of ulcerative colitis, the colon may dilate greatly and the patient's general condition deteriorates. This situation can rapidly lead to colonic perforation. Regular girth measurement and daily abdominal X-rays to assess whether there is any increase in colonic proportions is advisable in an acute attack of ulcerative colitis if toxic megacolon is suspected. Severe haemorrhage. Severe uncontrollable haemorrhage from the bowel may occur, which cannot be readily replaced by blood transfusion and thus endangers the patient's life.

In these situations, rapid surgical intervention is indicated. Joint management and consultation between physicians and surgeons facilitates appropriate decision-making.

Crohn's disease

Crohn's disease is a chronic, progressive, granulomatous, inflammatory disorder, which may affect any part of the alimentary tract from mouth to anus and may be associated

with extraintestinal manifestations (Thompson-Fawcett and Mortenson, ١٩٩٧). Dr B. B Crohn first described the disease in ١٩٣٢ as occurring only in the terminal ileum.

However, it is now accepted that this was incorrect.

The symptoms of the disease are similar to those seen in ulcerative colitis, including diarrhea, anaemia and weight loss. Abdominal pain is symbolic of small disease (Porrett and Daniel, ١٩٩٩), as are anal lesions, e.g. Fissures, abscesses and fistulae. Fistula formation, either internal or external, is a feature of the disease possibly caused by leakage via a deep fissure in the bowel wall forming an inflammatory mass in which abscesses develop. These abscesses may burst into an adjacent organ or the exterior of the body. Nutritional support in this situation is of paramount importance. Crohn's disease can affect any part of the alimentary tract and it is characterized by areas of healthy intestine being interspersed with areas of disease, which are known as 'skip lesions'. The quality of life for patients with Crohn's disease can be very poor, due to general ill health, pain, diarrhoea, malnutrition and imbalance in the body's fluids and electrolytes.

The medical treatment for Crohn's disease includes sulphasalazine (Salazopyrin), corticosteroids (prednisolone) and immunosuppressives (azathioprine). Also 5-ASA therapy and specific antibiotics (metronidazole is the most frequently used antibiotic), ciprofloxacin has also been popular in recent years (Elton, ١٩٩٦); the patient may also require nutritional support. The incidence of Crohn's disease particularly in the large bowel appears to be increasing, (Devlin, Datta et al., ١٩٨٠; Goligher, ١٩٨٤ b) but the underlying cause of the condition is still unknown. Various factors have been considered in association with aetiology, which include genetic, immunological, environmental, dietary and microbiological influences. The disease can occur at any age, but onset is most common between ٢٠ and ٤٠ years.

Surgical intervention in Crohn's disease may be indicated to resect severely affected areas

and deal with acute complications. The exact nature of the surgery undertaken in Crohn's disease is dependent upon the site and extent of the lesions. The patient may have an ileostomy, or in some cases, a colostomy if the severe disease is localized to the rectum. Surgery will rarely bring about a cure, as recurrence after operation is common, being reported at up to 50% after 10 years usually at a site just proximal to the anastomosis (Cunningham, 1983). Further lesions can also develop elsewhere in the digestive tract.

Familial Polyposis

Familial Adenomatous Polyposis (FAP) is an autosomal dominant disease characterized by multiple adenomatous polyps of the colon and a variety of extracolonic manifestations (Nogueras and McGannon, 1999). They are known to be premalignant and if left untreated, cancer of the colon will almost certainly develop (Bussey, 1970). The condition is inherited as an autosomal dominant gene, so that 50% of offspring will receive the gene (Pihl and Penfold, 1983). Familial polyposis is said to be one of the most clearly defined precancerous diseases known in medicine (Goligher, 1983). Patients with a family history of the disease should be examined regularly by sigmoidoscopy to elicit the presence of polyps. The disease commonly develops in the teens and early twenties and if untreated, malignancy will occur by the age of about 30 years. If polyps are detected, then total colectomy is essential but ileostomy may be avoided if the patient has ileo anal pouch surgery.

In some patients suffering from the disease, there may be associated multiple sebaceous or epidermoid cysts, bony exostoses or fibrous connective tissue tumours. This condition is known as Gardner's syndrome and occurs in about 16.5% of patients with familial polyposis (Lockhart-Mummery, 1967).

Carcinoma of the colon

Carcinoma is a malignant disorder of cell growth arising in epithelial disease. Colorectal cancer is the second most common cause of death from malignancy in Britain, Australia and New Zealand, and in the United States it has become the most common (McDermott, 1983). The incidence throughout the world varies considerably but it is more prevalent in Westernised countries (Waterhouse et al. 1976).

The site incidence studies show that the rectum is by far the most common site for carcinoma to occur (Smiddy and Goligher, 1907). Frequency of anatomical locations of Colorectal Cancer based on data from the Royal College of Surgeons audit in Trent Region and Wales in Phillips RKS Colorectal Surgery 1998.

Colonic carcinoma can spread in five ways:

Through the bowel wall, i.e. direct spread to surrounding structures.

Through the peritoneal cavity.

By way of the lymphatics.

By means of the bloodstream.

By implantation to a raw surface or suture line in the bowel (Goligher, 1984).

The symptoms of carcinoma of the rectum or colon may include:

Alteration in bowel habit, i.e. constipation, diarrhea or a combination of the two.

The passage of blood or slime per rectum.

Abdominal or perineal pain.

Dyspepsia.

Flatulent distension.

Audible bowel sounds.

Tenesmus.

Impaired general health, weight loss, decreased strength and unexplained anaemia (Goligher, ١٩٨٤e).

Colonic obstruction

Two common causes of colonic obstruction are carcinoma, which has already been discussed and volvulus. Severe faecal impaction may also result in obstruction.

Volvulus

A sigmoid volvulus occurs when the gut becomes twisted on its mesenteric axis resulting in obstruction. In the UK about ٤% of patients presenting with intestinal obstruction are suffering from sigmoid volvulus (Anderson and Lee, ١٩٨١). However, the condition is more common in other countries, such as Russia and India (Sinha, ١٩٦٩). The condition commonly affects the older age group, particularly those with associated medical and psychiatric disorders, and these patients have commonly come from long-term care institutions (Anderson and Lee, ١٩٨١).

It is often possible to decompress and untwist the bowel by passing a rubber tube via a sigmoidoscope. Elective surgery is then usually undertaken at a later date to prevent recurrence. However, if this tube does not achieve decompression or gangrene is suspected, then surgery is indicated. This usually involves a two-stage procedure such as Hartmann's operation or a Block-Paul-Mikulicz procedure.

Severe faecal impaction

Severe faecal impaction can cause intestinal obstruction and occasionally surgery involving a stoma is necessary, particularly in conditions where the colon above the impaction is grossly distended. In this situation perforation of the colon can sometimes occur

Bowel ischaemia

If the blood supply to the gastrointestinal tract is compromised necrosis begins at the innermost layer of the mucosa and spreads outwards; gangrene will ensue within 0-6 hours. The severity and extent of ischaemic damage is dependent upon the size of the blocked vessel and the duration of the blockage. The area of gut affected is dependent upon the specific vessel involved. Other factors such as haemoglobin level, the presence of heart disease, the pattern of the individual's collateral blood supply and the gut's bacterial population are influential in the outcome of ischaemic damage.

Bowel ischaemia can result from a variety of causes, such as:

Surgical trauma.

Embolus.

Diseases that produce inflammation of minor arteries resulting in mucosal damage, e.g. systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis.

Impairment in circulation resulting from cardiovascular disease.

Intestinal obstruction.

Trauma

Trauma or injury to the abdomen may result in perforation of the intestine. This condition may be seen following road traffic accidents, industrial injury, stabbing or bullet wounds. Surgery is usually undertaken to defunction the bowel since leakage of faeces must be stopped as a priority. A temporary stoma proximal to the injury is usually created prior to closing the perforation. If the injury involves the small intestine, then resection and primary anastomosis may be performed.

CONDITIONS THAT MAY REQUIRE URINARY DIVERSION

Some of the conditions that require urinary diversion are discussed later in this unit, such as: bladder cancer and contracted bladder. Other conditions that may predispose to urinary diversion are as follows:

Bladder cancer

In England and Wales, bladder cancer accounts for about ٧% of all male cancers and ٢,٥% of all female cancers. It rarely occurs under the age of ٥٠ years, but after this age there is a sharp rise in incidence (Pugh, ١٩٨٢). The most likely initiators of bladder cancer are diverse; they are environmental factors to which we are exposed as a result of our diet, social habits, or working conditions (Hicks, ١٩٨٢). Some examples are industrial chemical, (Davies, ١٩٦٥; Doll, et al. ١٩٦٥), cigarette smoking particularly in men, (Tyrell, McCaughey and MacAirt, ١٩٧١), coffee drinking, (Howe et al., ١٩٨٠) and excessive use of artificial sweeteners (Hoover, ١٩٨٠).

The treatment of bladder cancer is usually dependent upon the category of the tumour. However, involvement of lymph nodes and metastasis are also influential. Some superficial tumours are manageable by diathermy, transurethral resection or chemotherapy. T_v tumours require deep transurethral resection. These superficial tumours require monitoring regularly on a three monthly basis. If conservative treatment fails then radiotherapy or cystectomy may be indicated. Radical cystectomy is usually undertaken for T_v tumours often coupled with radiotherapy and cytotoxic drugs. Studies have shown that if the patient is given preoperative radiotherapy, the survival rate is improved (Whitmore, ١٩٨٠). In the case of T_ξ tumours, treatment is usually palliative; this may include radiotherapy if the patient's general condition is satisfactory, few patients with T_ξ tumours survive for longer than one year (Riddle, ١٩٨٠). Following cystectomy it is necessary to divert the urine most commonly via an intestinal conduit.

Contracted bladder

Patients with interstitial cystitis or healed bladder tuberculosis, experience intense pain and intolerable frequency of micturition as the bladder becomes fibrosed. Urinary diversion may be undertaken to improve the patient's quality of life.

Incontinence

In some cases where severe incontinence is making the quality of the patient's life intolerable, urinary diversion may be undertaken. Treatment of urinary incontinence involving less radical intervention such as medication, electronic muscle stimulation or surgical repair is usually attempted. If these fail or are unacceptable to the patient, then urinary diversion may be undertaken.

Failure of uretero-colic anastomosis

In cases where uretero-colic anastomosis becomes dangerous due to infection or metabolic complications or the patients is incontinent per rectum, the urinary flow may be diverted by an intestinal conduit.

SUMMARY

Urinary diversion may be indicated if:

The bladder is dangerous

Malignancy.

Risk of repeated renal infection.

The bladder is useless

(iii) Neurogenic bladder, e.g. spina bifida.

(iv) Congenital abnormalities, e.g. exstrophy.

The bladder is a nuisance

(v) Severe incontinence.

The bladder is painful

(vi) Interstitial cystitis.

(vii) Tuberculosis.

There is failure of uretero-colic anastomosis

(viii) Becomes dangerous because of infection or metabolic complications.

(ix) Leads to incontinence per rectum.

REFERENCES

Anderson, J. R., and Lee, D., (١٩٨١). "The management of acute sigmoid volvulus".
British Journal of Surgery, ٦٨, ١١٧.

Bussey, H. J. R. (١٩٧٥). "Familial Polyposis Coli. Baltimore", MD: Johns Hopkins
University Press.

Canby, J. P. and Mehchop, F. H., (١٩٦٤). "Ulcerative colitis in children". American
Journal of Gastroenterology, ٤٢, ٦٦.

Cunningham, I. G. E., (١٩٨٣). Inflammatory Bowel Disease. In Hughes, E., Cuthbertson,
A. M., and Killingbeck, M. K. (eds.) Colorectal Surgery, London: Churchill Livingstone.
Ch. ٢٤, P. ٢٦٥.

Davies. J. M., (١٩٦٥). Bladder tumour in electric cables industry. Lancet, II, ١٤٣.

Devlin, H. B. data, D. and Dellipiani, A. W., (١٩٨٠). "The incidence and prevalence of
inflammatory bowel disease in North Tees Health District". World Journal of Surgery, ٤,
pp. ١٨٣-١٩٣.

Elton, E. N. S., (١٩٩٦). "The medical management of Crohn's disease". Review article.
Ailment Pharmacology, ١٠, pp. ١-٢٢.

Forbes A., (١٩٩٧). Clinicians guide to Inflammatory Bowel Disease. London: Chapman and Hall medical.

Goligher, J. C. (ed.) (١٩٨٤f) Diverticulosis and diverticulosis of the colon. In Goligher, J. C. (ed.) Surgery of the anus, rectum and colon. ٥th ed. London: Bailliere Tindall. Ch. ٢٩, pp. ١٠٨٣-١١١٦.

Hicks, R. M., (١٩٨٢). The development of bladder cancer. In Chisholm, G. D., & Williams, D. I. (eds.) Urology ٢nd ed. London: Heinemann. CH. ٨٥, pp. ٧١١-٧٢٢.

Hoover, R., (١٩٨٠). "Saccharin-bitter aftertaste". New England Journal of Medicine, ٣٠٢, ٥٧٣.

Howe, G. R. et al, (١٩٨٠). "Tobacco use, occupation, coffee, various nutrients and bladder cancer". Journal of the National Cancer Institution, ٦٤-٧٠١.

Lockhart-Mummery, H. E., (١٩٦٧). "Intestinal Polyposis: the present position". Proceedings of the Royal Society of Medicine, ٦٠, ٣٨١.

McDermott, F. C., (١٩٨٣). Colorectal carcinoma, general features and pathology. In Hughes, E., Cuthbertson, A. M. and Killingbeck, M. K. (eds.) Colorectal surgery. London: Churchill Livingstone. Ch. ٣١, pp. ٣٣٦-٣٤٦.

Nichols R. J., (١٩٩٧). In Phillips, R. K. S. colorectal surgery. A companion to specialist surgical practice London: W. B. Saunders Company Limited.

Nogueras JJ and McGannon E., (١٩٩٩). Familial Adenomatous Polyposis. In Porrett, T. and Daniel, N. (eds.) Essential coloproctology for nurses. London: Whurr Publishers Ltd. Ch. V.

Pitcher, M. C. L. and Cummings, J. H., (١٩٩٦). Hydrogen Sulphide: a bacterial toxin in ulcerative colitis. G. VT, ٣٩, pp. ١-٤.

Pihl, E. A. V, & Penfolo, J., C. B., (١٩٨٣). Benigh tumour of the colon and rectum. In Hughes E. Colorectal surgery. London: Churchill livingstone. Ch. ٣٠, pp. ٣٢٦-٣٣٦.

Porrett, . and Daniel, N., (١٩٩٩). Essential coloproctology for nurses. London: Whurr Publishers Ltd.

Pugh, R. C. B., (١٩٨٢). Histopathology. In Chisholm, G. D., and Williams, D. I., (eds) Urology. ٣nd ed. London: Heinemann. CH. ٨٤, pp. ٧٠١-٧١١.

Riddle, P. R., (١٩٨٠). Surgery of Bladder Cancer. In Chisholm, G. D., and Williams, D. I. (eds.). urology ٣nd. London: Heinemann. Ch. ١٣, pp. ١٩٢-٢٠٥.

Ritchie, J. K., Powell-Tuch, J. & Lennard-Jones, J. E., (١٩٧٨). Clinical outcome of the first ten years of ulcerative colitis and proctitis. Lancet, ii, ١١٤٠.

Sinha, R. S., (١٩٦٩). "A clinical appraisal of volvulus of the pelvic conon with special reference to aetiology and treatment". British journal of Surgery., ٥٦, p. ٨٣٨.

Thompson, Fawcett, M. W. Mortensen N., (١٩٩٧). In Phillips, R. K. S. (ed.) Colorectal surgery. A companion to specialist surgical practice. London: W. B. Saunders Company Limited.

Truelove, S. C., (١٩٨٤). Ulcerative Colitis. Update Postgraduate Publication, ٤.

Tyrrel, A. B. Mc caughey, W. T. W. and macairt, J. G. (١٩٧١). "Occupational and non-occupational factors associated with vesical neoplasm in Ireland". Journal of the Irish Medical Association, ٦٤, ٢١٣.

Watts, J. et al, (١٩٦٦). "The long-term prognosis of ulcerative colitis". British Medical Journal, I, p. ١٤٤٧.

Whitmore, W. F., (١٩٨٠). "Integrated irradiation and cystectomy for bladder cancer". British Journal of Urology, ٥٢.

UNIT ٣ – SURGICAL PROCEDURES

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Surgical procedures associated with Stoma creation and Stoma classification	Classify Types of Stomas within the Gastro – Intestinal system	Surgical Procedure Principles of cancer surgery Resections Pelvic exenteration Internal reservoir	Lectures by physicians and Enterostomal Therapists	Participation in discussion ask questions	- Pre-Post test (Multiple Choice questions)	Theory ٥ hours/day Clinical ٥-٦ hours

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
construction in Gastro – Intestinal system Stoma classification and construction in Urinary system	Classify Types of Stomas within the Urinary system Recognize surgical procedures Correlate type of Stoma with specific disease entity	Urinary diversions Cystectomy Resulting Types of Stomas Classification Large bowel Small bowel Urinary diversions Stoma Construction Loop Stoma End Stoma Double Barrel Stomas Temporary e. Permanent	Audio – Visual presentations: Slides Flip chart Sketches Simulated Stomas Selected readings Opportunity to observe Stoma construction	Abstract information observation of Stoma construction in operating room		over 3 days a week

Types of Stoma and associated

Surgical Procedures

Historical Perspective

The earliest stomas were faecal fistulae resulting from war, trauma or strangulated bowel (Lewis, 1999), and each instance usually had fatal results. Surgical intervention for the relief of obstruction was described in Aristotle's time (384-322BC) In the 1800's, colostomy was used more liberally with frequent debate on where the stoma should be sited in order to minimize complications (Mackeigan, 1997). The 1900's lead to the further developments of stoma surgery including the ileal conduit by Bricker in 1908, the Brooke ileostomy by Brook in 1902, the continent ileostomy by Kock in 1969 and the development of the ileal anal pouch by Parks in 1978 (Lewis, 1999). The total number of people with stomas in the United Kingdom is not precisely known, however in the 1980's the total number was estimated to be 120,000. It is suggested that with the advent of new surgical techniques and earlier diagnosis these figures have fallen to approximately 100,000. It is interesting to note that the number of temporary stomas have tripled over the past 10 years. It is therefore felt the different types of stomas will continue to be formed well into the twenty-first century (McCahon, 1999).

'Stoma' is derived from the Greek word meaning mouth or opening. There are three basic types of eliminating stoma:

Colostomy-an opening into the colon (large bowel).

Ileostomy-an opening into the ileum (small intestine).

Urostomy – an opening into the urinary tract.

COLOSTOMY

Colostomies may be permanent or temporary and can be categorised into two types: end colostomy; loop colostomy.

End colostomy

And end or terminal colostomy is most commonly situated in the left iliac region of the abdomen. The patient can expect to pass formed faeces as water reabsorption is not compromised. The stools have a typically faecal odour. Although the patient has no voluntary control, an end colostomy may establish a pattern of defecation, perhaps once or twice daily and pass only flatus at other times. This type of stoma is usually suitable for management by irrigation.

The most common surgical procedures which result in the patient having an end colostomy are abdominoperineal excision of the rectum and Hartmann's operation. In some cases a second operation to reunite the ends of bowel is possible (Mital and Cortez, ١٩٨١). Hartmann's operation may be undertaken for some colonic cancers (particularly in the emergency situation), complicated diverticular diseases, or sigmoid volvulus, and result in the patient having an end colostomy which may be temporary or permanent.

Loop Colostomy

A loop colostomy may be fashioned for the following reasons:

To divert the faecal stream in emergency situations, such as irresectable pelvic pathology or obstruction.

To protect an anastomosis.

To facilitate healing of colonic or anorectal disease.

The most common sites for a loop colostomy are the transverse colon to the right of the

midline or the sigmoid colon. In this procedure a loop of colon is brought out onto the abdominal surface and is on occasions supported by a 'rod' or 'bidge' . this is a specially manufactured plastic support used when it is considered there is a risk of retraction to the stoma in the post-operative period. It usually remains in position for 0-7 days depending on the surgeon's preference. Once the loop of bowel is supported and the incision closed the colostomy is opened and the mucosa sutured to the skin's edge. Thus the loop colostomy has two orifices, as shown in fig. ١٢: the afferent limb (proximal loop) from the digestive tract which is active; and the efferent limb (distal loop) which opens into the 'redundant' colon (Miles, ١٩٠٨).

Loop colostomies formed in the transverse colon tend to be bulky thus management problems may occur. This type of colostomy often acts quite irregularly, passing only semi-formed faeces as some of the colonic water absorption has not taken place. The stools have a typically faecal odour. Nowadays loop ileostomies are usually favoured over transverse loop colostomies as they are less bulky and easier to manage.

A loop colostomy in the sigmoid colon is a little easier to manage because it occupies a more desirable position and the effluent contains less fluid.

Double-barrelled colostomy (Bloch-Paul-Miculicz)

This type of colostomy used to be fashioned in patients with diverticular disease or sigmoid volvulus. The procedure involved resecting the diseased colon and forming a double-barrelled colostomy by suturing the proximal and distal bowel to form a spur.

The continuity of the bowel could later be restored using a gastrointestinal anastomosis device to 'brea the spur'. The colostomy would then close spontaneously or require a formal closure (Mital & Cortez, ١٩٨١).

ILEOSTOMY

Ileostomies are frequently temporary with the emergence of sphincter saving surgery but some may be permanent. They can be categorised in two types: end ileostomy; and loop ileostom.

End ileostomy

An end or terminal ileostomy is constructed when the colon has to be removed, most commonly due to inflammatory bowel disease, multiple colonic carcinomas, or familial adenomatous polyposis. This procedure first became established as a treatment for ulcerative colitis in the 1940's (Miller et al., 1949). The first patients with ileostomies encountered serious management problems due to excoriation caused by ileal fluid spilling onto the skin. The technique for fashioning an ileostomy was improved when Brooke described a technique of eversion, in 1952 (Brook, 1952). This has since been updated with the creation of the 0, 0, 3 ileostomy (Hall et al., 1990). The ileostomy is constructed in such a way that the stoma has a spout long enough to avoid skin excoriation whilst allowing the effluent to be directed forwards and slightly downwards. An end ileostomy is generally situated in the right iliac region of the abdomen. The ileostomy acts frequently, discharging a fluid effluent since there is no colonic fluid reabsorption. Ideally the output should be of 'pseudofeces' consistency, with the patient passing approximately 300-500 ml per day. The output does not normally have an offensive odour (McCahon, 1999).

Various surgical procedures may result in the patient having an end ileostomy.

Loop ileostomy

A loop ileostomy is usually temporary to divert the faecal stream away from:

Distal anastomosis.

Anastomoses in an ileal anal pouch.

Fistulae.

Acute/severe Crohn's disease of the rectum or anus.

A loop ileostomy is constructed in a similar way to a loop colostomy but without a supporting rod or bridge. It is essential that the afferent (proximal) loop forms a spout to facilitate the collection of effluent without leakage.

It is only likely for a 'rod' or 'bridge', to be used as a support when the loop ileostomy is formed whilst protecting a pouch anal anastomosis. In this case tension is created from both the proximal and distal loops, hence a greater likelihood of retraction of the stoma.

A loop ileostomy has been shown to be superior to a loop colostomy as a defunctioning stoma because it offers several advantages (Nasmyth et al., 1988; Raimes et al., 1988).

It is a smaller stoma, therefore requires a smaller appliance.

Loop ileostomy occupies a site which facilitates easier management than a transverse loop colostomy.

Effluent has little odour.

Complications (i.e. prolapse, skin excoriation, minor bleeding, and appliance leakage) occur less often (Taylor, 2001).

UROSTOMY

Diversion of the urinary tract involving a stoma is most commonly permanent.

However, some patients who had previously had a urostomy fashioned for a condition that may now be managed by intermittent catheterization may have the procedure reversed (undiversion) (Morin, 1980).

There is now only one common category of urostomy and that is intestinal conduit however the ureterostomy is known to be created on rare occasions.

Intestinal conduit

Ileal conduit

The most popular type of urinary diversion is via an ileal conduit. The operation to divert the urinary flow may also include excision of the bladder (cystectomy). The ureters are joined onto an isolated segment of ileum which acts as a conducting tube (conduit) to the body's surface.

Colonic conduit

This procedure is very similar to that described to construct an ileal conduit, the difference being that an isolated segment of colon is used to form the conduit. This operation may be used to divert the urinary flow after pelvic exenteration or for some paediatric conditions. The stoma is usually larger than an ileal conduit and sited in the left iliac region of the abdomen.

Ureterostomy

Although this is now a particularly rare procedure in some cases where there is ureteric dilatation the surgeon may bring the ureters to the surface and form cutaneous ureterostomies. This is more common in paediatric surgery. If only one ureter is dilated the other may be anastomosed to it and a single stoma formed from the dilated ureter.

Ileorectal anastomosis

Ileorectal anastomosis (IRA) provides an alternative procedure to total proctocolectomy in the treatment of ulcerative colitis where rectal disease is minimal and also in the management of Familial Adenomatous Polyposis (FAP). In this procedure the colon is excised and an end-to-end anastomosis is made between the terminal ileum and upper rectum.

This operation offers the obvious advantage of conserving the rectum and anal sphincters, so continence is maintained and the patient is spared a permanent

ileostomy. However, this procedure is somewhat controversial (Goligher, ١٩٨٤). There are two main areas of debate: firstly, the quality of life achieved by the patient after surgery; and secondly, the risk of malignancy developing in the retained rectal stump.

Following ileorectal anastomosis all patients pass relatively frequent fluid stools since there is no colonic water reabsorption. Some surgeons claim success in the majority of cases in that the patient opens his bowels not more than six times in ٢٤ hours (Goligher, ١٩٨٤). However, others report less satisfactory results mainly due to their patients experiencing severe diarrhoea, some requiring further surgery which might include ileal anal pouch or permanent ileostomy. Hence the IRA is more likely to be offered to those less than ٢٥ years of age.

Research suggests that about ٦% of patients will develop rectal carcinoma following ileorectal anastomosis (Aylet, ١٩٦٣). Some surgeons consider the risk too great to justify the procedure unless meticulous postoperative surveillance is arranged. This could include regular sigmoidoscopy at which multiple rectal biopsies are taken to look for signs of severe epithelial dysplasia (Baker et al., ١٩٧٨). The success of the procedure as an alternative surgical treatment for ulcerative colitis is somewhat subjective, although it is associated with a lower incidence of sexual morbidity. Much depends upon the attitude of the patient towards having a stoma and the preference of the surgeon.

Kock pouch (Continent ileostomy)

The kock pouch (continent ileostomy) which involved an internal reservoir was described by kock (١٩٦٩). Following excision of the colon the procedure involves an isoperistaltic pouch being formed from terminal ileum with a capacity of about ٥٠٠ ml. This provides a reservoir for faeces. The distal outlet of the pouch is closed by a nipple

valve which is fashioned by intussuscepting the bowel into the reservoir.

Pressure within the pouch causes the valve to remain closed; the patient empties the pouch approximately twice daily by passing a semi-rigid catheter through the valve into the reservoir and allowing the faeces to drain.

The advantage of this procedure is that the patient does not have a conventional ileostomy. The outlet of the pouch is usually placed lower on the abdominal wall than a conventional ileostomy, being just above the pubic hairline. The opening is made flush to provide a cosmetically acceptable stoma (Hampton and Bryant, 1992). However, the nipple valve can be technically difficult to secure and problems can arise if the valve fails to maintain continence due to displacement. Leakage of ileal fluid will then occur and because of the position of the flush stoma secure fitting of an appliance is very difficult. The procedure is not suitable for patients with Crohn's disease, as recurrence of fistula may occur within the pouch. This operation may be undertaken at the same time as the colectomy is performed or as a subsequent procedure.

URINARY RESERVOIRS

Methods of creating a continent urinary reservoir which can be emptied by self-catheterization have been researched over the past thirty years and continue to be doing so. The idea of diverting urine into the rectum was first described in 1852 by Simon, since which there have been several attempts at updating and improving the technique and overcoming complications to ensure a better outcome for the patient (Leaver, 2001b). Among these are The Mauclaire (1890), the Gersuny (1898), the Heitz-Boyer and the Hovelaque (1921) are all examples of rectal bladders. Here the colon was interrupted and the ureters were implanted into the remaining sigmoid segment thus forming a rectal bladder. The patient was given an abdominal or perineal stoma. Urine and faeces was therefore kept separate and continence was maintained by means of the rectal sphincter (Leaver, 2001b).

These procedures often resulted in many complications and as improvements to surgical technique occurred it led to the creation of the urterosigmoidostomy (Wammeck et al., ١٩٩٥; Woodhouse and Christofiedes, ١٩٩٨). The development of the ileal conduit and eventually the creation of the Mitrofanoff and Kock pouch resulted in the ureterosigmoidostomy no longer being the operation of choice.

There are several different types of continent urinary diversion, namely, the Mitrofanoff, the Kock and the Mainz pouches. Each technique is based on the original ideal of Kock (١٩٦٩) (Leaver, ٢٠٠١b). the overall outcome for the patient regardless of technique is the formation of an internal reservoir to contain urine and a tunnel from the reservoir leading to a continent abdominal stoma. Voiding is achieved by passing a catheter into the stoma and through the tunnel to reach the reservoir, once empty the catheter is removed (Leaver, ٢٠٠١a).

These procedures would be offered to those with congenital abnormalities, neurological disorders, severe incontinence, cancer and trauma to the bladder (Leaver, ١٩٩٤). Factors to consider should include; previous medical condition that would inhibit lengthy anaesthetic, patient has impaired dexterity or that the patient has a lack of understanding and commitment to taking care of the diversion postoperatively (Leaver, ٢٠٠١b).

REFERENCES

- Aylett, S. O., (١٩٦٣). Ulcerative colitis treated by total colectomy and ileo rectal anastomosis: a ten year review. Proceeding of the Royal Society of Medicine, ٥٦, ١٨٣.
- Brooke, B. N. (١٩٥٢). The management of an ileostomy including its complications. Lancet, ii, ١٠٢-٤.
- Baker, W. N. W., Glass, R. E., Ritchie, J. K and Aylett, S. O. (١٩٧٨). "Cancer of the rectum colectomy and colorectal anastomosis for ulcerative colitis", British Journal of Surgery, ٦٥, ٨٦٢.
- Goligher, J. C., (١٩٨٤). Ulcerative colitis. Surgery of the Anus Rectum and Colon, ٥th edn. Chap. ٢٢, pp ٨٠٥-٩٧٠. London: Balliere Tindall.
- Hampton, B. G., and Bryant, R. A., (١٩٩٢). Ostomies and continent diversions – nursing management. Missouri: Mosby year Book.
- Leaver, R. (٢٠٠١a). "Intermittent Catheterisation in Urinary Tract Reconstruction". British Journal of Community Nursing, vol ٦, No. ٥.
- Lewis, L., (١٩٩٩). History and evolution of stomas and applicance. In Taylor, P. (١٩٩٩) ed. Stoma Care in the Community. London: Nursing Times Books.
- MacKeigan, J. M., (١٩٩٧) Stoma. In Nicholls, R. J., and Dozois, R. R., (١٩٩٧) eds Surgery of the Colon and Rectum, New York: Churchill Livingstone.
- McCahon, S., (١٩٩٩). Faecal Stomas. In Porrett, T and Daniel, N., (١٩٩٩). Essential Coloproctology for Nurses. London: Whurr.
- Miller, G. G., Gardner, C. McG., Ribestein, C. B., (١٩٤٩). "Primary sesection of the colon in ulcerative colitis". Canadian Medical Association Journal, ٦٠, ٥٨٤-٥.
- Mittal, V. K., & Cortez, J. A., (١٩٨١). Hartmann procedure reconstruction with EEA stapler. In Diseases of Colon and Rectu, Ed. Goligher, J. C. Chap. ٢٤ pp ٢١٥-٦. London: Bailleire Tindall.

Morin, J. M., (١٩٨٥). "Urinary undiversion". Journal of ENterostomal Therapy, ١٢, ١٢٥-١٢٧.

Nasmyth, D. G. et al., (١٩٨٤). "Comparison of defunctioning stomas: a prospective controlled trial". British Journal of Surgery, ٧١, p. ٩٠٩.

Raimes, S. A., Mattew, V. V, and Devlin, H. B. (١٩٨٤). "Temporary loop ileostomy". Journal of the Royal Society of Medicine, ٧٧, pp. ٧٣٨-٧٤١.

Taylor, P. (٢٠٠١). "Care of Patients with complications following formation of a stoma". Professional Nurse, ١٧ (٤), December, pp ٢٥٢-٢٥٤.

Wammeek, R., Fisch, M ad Hohen Fellner, R., (١٩٩٥). Uretenosegmoidostomy and the Mainz pouch II. Urinary Divesion: Scientific foundation and clinical practice. Oxford Isis medical Media.

UNIT ٤ –Operative Care

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Pre – Operative Care Nursing Assessment Rehabilitation planning Stoma Marking Diagnostic Studies Post – Operative Care Abdominal Assessment Stoma	Define general aspects of operative procedure Employ communications skills to create climate for exchange of information	<u>Pre – Operative Care</u> Nursing assessment interviewing technique determination of needs Family interaction a. enterostomal therapy b. continuity of care c. patient education d. Stoma marking	Lectures by physicians and staff of enterostomal therapy Audio – Visual presentation - Films - Slides & Power point - X-Ray films	Participation in discussions Ask questions Return demonstration Examine and compare equipment Participate in role playing Review patients charts &	Pre-Post test Observation	Theory ٦ hours/day Clinical ٥-٦ hours/day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Skin Ostomy Equipment	Employ communi cations skills to instill confidenc e Develop a rehabilitat ive plan Give rationale for selection site marking	e. Diagnostic studies Post – <u>Operative Care</u> General observation & assessment - wound care - drain management - dressing Stoma - type - location - color - size - function OStomy equipment	Demonstra tions Display of sample equipment Role playing simulation s Required readings	X-Rays films		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	Distinguish relevant diagnostic and laboratory procedure	Criteria for selection ٧. Security of appliance				

Pre-Operative Care

Undergoing stoma surgery will mean adjustments to your life, so good preoperative preparation will greatly enhance your recovery and rehabilitation.

This may start as an outpatient or when you are admitted to hospital. It will also depend on your disease or condition, the type of surgery and stoma.

When you go to hospital (most major hospitals in Ireland carry out stoma surgery) you will meet the multidisciplinary team who will care for you. This team includes doctors, ward nurses, stoma care nurse, physiotherapist, dietitian, social worker and a member of the pastoral care team.

On your work-up for surgery you will have several investigations such as blood-tests, urine tests, x-rays and an electrocardiogram (ECG), which traces the electrical impulses in your heart to ensure that it is working properly.

Further investigations and tests may be needed to aid the management of your treatment plan.

These investigations may include:

Ultrasound scan.

CT scan.

MRI scan.

Barium follow-through/ enema.

The stoma care nurse will discuss and explain your diagnosis, surgery, the type of stoma and its management. You will have the opportunity to ask questions and discuss your fears and anxieties.

Some of these feelings may include:

Denial of your condition.

Anger.

Depression.

Fear of problems with self image, relationships.

Sexual problems.

Fear of death.

It is very important that you explore these feeling and how to cope with them before your surgery. Reading relevant literature and booklets, and talking with a person who has a stoma is also very helpful. Your family or carer will also have the opportunity to meet with the stoma care nurse to increase their understanding of your condition, stoma and management.

The day before surgery you will have a bowel preparation to empty our bowel of faeces. This may mean that you must have a series of enemas or oral preparations, depending on the surgeon's specific instructions. You will also meet the anaesthetist, who will explain about your anaesthetic and pain control following surgery.

The stoma care nurse will mark the site for your stoma. It is important that you express your opinion and or doubts, as this will help in siting your stoma in the best possible location so that you will enjoy optimum quality of life following surgery.

How will I feel and what can I expect after my stoma surgery?

After surgery you can expect to feel drowsy and weak for the first few days. You will have some discomfort, which be relieved with medication. You will be out of bed within the first ١٢-٢٤ hours and discharged from hospital in ١٠-١٤ days. As you will not be eating for the first few days you will have a drip (intravenous line) usually inserted in your arm, which will replace your fluid.

Other stubs you may find attached to your body include a nasogastric tube, which passes through your nose down to your stomach to keep it empty. This will ensure that you are

not nauseated and that you do not vomit.

You will also have a urinary catheter (tube) into your bladder and sometimes a small drain at your operation site to aid healing. These tubes are there to make your recovery more comfortable and will be removed in a few days. The wound will be closed with either staples or stitches, which will be removed within eight to 10 days.

Your stoma is covered in the operating theatre with a clear plastic drainable appliance (bag). This is to allow the colour and output of your stoma to be observed. Initially your stoma will be a little swollen and red, with the stitches that hold it in place visible. These stitches will dissolve within about six weeks and the stoma will reduce in size.

There may be a large volume of liquid output initially but this will settle to a porridge-like consistency (if you have an ileostomy) or to formed stool (if you have a colostomy).

For the first few days the nursing staff and stoma care nurse will look after your stoma.

The stoma bag is usually attached to the skin by a toffee-like adhesive called a flange.

This protects the skin around the stoma and keeps the bag in place.

I am nervous about caring for my stoma. How will I look after it?

When you are feeling better you will be shown how to look after it yourself or a family member/ carer is welcome to join in these sessions.

The practical management of your stoma should be kept as simple as possible.

Always have your requirements ready before you start, such as:

A new appliance cut to fit.

Warm water.

Soft tissues or gauze wipes.

Deodorant spray.

Disposable bag (to dispose of old appliance).

Changing your appliance:

Empty the appliance (if drainable).

Wash your hands.

Removed the old appliance carefully from top down and avoid dragging the skin.

Wipe excess waste with soft tissue

Wash the stoma and surrounding skin, gently removing all waste and flange.

Use unperfumed soap if needed and rinse skin well to avoid dryness.

Gently dry the skin with wipes.

Check that your stoma has not change size with the measuring guide.

Place prepared appliance over stoma.

Spend a few minutes moulding flange to skin.

Rest for a few minutes to allow for adhesion to skin.

Do not forget to attach the clip (drainable bag) or close the tap (urostomy bag).

Empty contents of closed bag in toilet.

Place the empty old appliance in the disposal bag and disposal in bin.

Wash your hands.

The type of appliance you will wear on discharge will depend on the type of stoma:

Ileostomy: drainable with clip.

Colostomy: closed appliance.

Urostomy: appliance with tap.

What sort of appliance will I need for my stoma?

The stoma can be a one-piece appliance (flange and bag are moulded together) or a two-piece appliance (flange and bag are separate pieces that can be fitted together). Modern appliances with improved adhesives are now available in soft opaque covers and in various sizes.

All closed appliances and some drainable ones have activated charcoal filters which allows flatus to be released and absorb the odour, making them more discreet and comfortable. There are also a wide variety of accessories available if needed for extra comfort and security. The stoma care nurse will give you help and advise you when choosing what is suitable for you to wear.

All appliances and accessories are available from your chemist or by direct delivery service. The cost is covered by both the medical card and the drugs repayment scheme. On your discharge from hospital you will be given a prescription for your appliances and some supplies for the interim period. Follow-up care will be arranged in the community or as an outpatient.

Is it possible that my bag could leak?

Leakage of the appliance can happen occasionally especially in the beginning when you are less experienced. leakage can cause skin soreness and excoriation, so early detection and correction is advisable.

Some of the reasons for leakage are as follows:

Overfull appliance (empty more frequently).

Appliance left on too long (change appliance sooner).

Poor changing technique (re-read your information on changing you appliance).

Poor vision (wear your glasses or use a mirror).

Incorrectly-fitting appliance (check that the size and shape of stoma and correct it).

Inspection of stoma for causes of leakage:

Has your stoma shrunk or enlarged? – Measure with measure guide or check with your stoma nurse.

Have you lost or gained weight? – You may need to reduce or increase the size of flange or change the type of appliance to either a one or two piece, convex flange, or a belt.

Discuss this with your stoma care nurse.

Have you developed skin folds or creases? – Use paste or cohesive seal or consult your stoma nurse.

Have you developed sore skin? –Establish whether it is caused by leakage or allergic reaction to adhesive. Use cohesive seals, change the type or appliance you are using and consult your stoma nurse.

Have you developed a parastomal hernia – Change to a soft flexible flange. See your doctor or stoma care nurse for assessment.

It is always advisable to carry a spare appliance, some tissues and disposable bag with you as a precaution. If in doubt, consult with your stoma nurse.

REFERANCES

www.irishhealth.com/?=ε&con=ε.ε٢٠/١٢/٢٠٠٥.

UNIT 0- Complications of Stomas

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Complications of Stomas & Peristomal Skin Early complications Late complications	Examine status of abdominal and perineal wounds Demonstrate principles of wound management Appraise normal conditions of Stoma and	Complications of ostomy surgery Early complications Necrosis Poor surgical stomal construction Misplacement of stoma Edema producing obstruction Bleeding Mucosal separation	Lectures by physicians and staff Enterostomal Therapist Audio – Visual Presentations Theaching rounds with staff Physicians and / or Enterostomal therapists	Participate in discussions Ask questions Participate in walking rounds and observation of patients with complications	Pre-post test Observation	Theory 1 hours/day Clinical 0-1 hours/day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	peristomal skin Recognize abnormal conditions of the stoma Interpret underlying causes of surgical complications Plan measures which limit the	Latent complications Prolapse Retraction Hernia Stenosis Skin problems Psuedoepithelial hyperplasia	Required readings Assignment to supervised clinical situations in hospital and out patient clinics	Read patients charts Attend learning situations when assignment to observe or assist		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	disabling effects of surgical complications					

Common stoma problems

With knowledge and understanding the nurse will be in a position to help and identify common problems following stoma surgery and in the early weeks of rehabilitation.

Some of the commonly seen problems are:

Stoma retraction.

Sore skin.

Peristomal hernia.

Prolapse.

Stenosis.

Most of these problems are seen in the first year after surgery, with prolapse and peristomal hernia occurring in ۲۰ percent of all stoma patients (Wade, ۱۹۸۹). Herniation is more likely to occur in patients with a colostomy than in those with ileostomy and urostomy. Patients should avoid undue straining and heavy lifting in the first three months after surgery and if their occupation requires lifting, a support belt should be advised.

Prolapse can result from inefficient fixing of the bowel as it emerges on to the abdominal surface. Prolapse is often seen in those patients with a temporary loop ileostomy or transverse colostomy where the bowel has not been sutured to the abdominal surface.

Stenosis is not as common as herniation or prolapse, and even less so since the evolution of the Brooke ileostomy where the spout is everted and sewn onto the abdominal wall (Black ۱۹۸۸, ۱۹۹۷).

Common problems

Interfering with stoma functions

Retraction	Bowel obstruction/ ileostomy dysfunction
Prolapse	
Necrosis	Food blockage
Stenosis	Cut stoma
Hernias	Peristomal bleeding

REFEFENCES

Wade B., (١٩٨٩). Astoma is for life. Harrow, Seutari press.

Black P., (١٩٩٧). Practical stoma care Nursing standard. ١١, ٤٧, ٤٩-٥٥.

UNIT ٦- Nutritional Advice

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVE</u> <u>S</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHI</u> <u>NG</u> <u>PROCESS</u>	<u>LEARNIN</u> <u>G</u> <u>PROCESS</u>	<u>Evaluatio</u> <u>n</u> <u>Method</u>	<u>Time</u>
Nutrition and diet	Review basic principles of healthy nutrition Recognize alterations in nutritional intake and / or requirements which result from pathological and surgical conditions Explain methods of rectifying nutritional inadequacies	Nutritional aspects	Lectures by: - Pharmacists - Dietitians - Physicians - Oncology nurses - Staff and Enterostomal Therapists Clinical assignments	participati on and discussion s ask questions observe care on rounds work under supervisio n and give direct care to patients	Pre-post test Observat ion	Theory ٦ hours/ day Clinical ٥-٦ hours/ day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<p>Explain cultural variances and individual preferences regarding dietary habits</p> <p>Demonstrate skill in caring for the patient with Stoma</p>		<p>t to care for patient with complications</p> <p>Selected readings</p> <p>Written quizzes</p>	<p>select topic and prepare paper for presentation</p> <p>review quizzes</p>		

Nutritional advice

Initially after stoma surgery the patient will receive fluid and nutrition via an intravenous infusion which will continue until bowel sounds are heard and flatus appears in the stoma pouch.

Once bowel sounds are heard and flatus observed in the pouch, the patient is allowed hourly, small amounts of fluid to drink. If this is tolerated, in the next ٢٤ hours food, such as soup and ice cream, is taken. After this the patient moves on to a light diet, following by normal food from the hospital menu.

Often the biggest worry of patients and their relatives is what the patient may eat for the rest of their lives and whether they will need a special diet. Often a diet sheet is requested, but these are not generally beneficial or necessary. The nurse needs to discuss with the patient his or her usual nutritional intake and to provide guidelines or advice to improve this nutritional intake if necessary.

In general, patients with a colostomy may eat what they like, although advice about an intake with a high natural fibre content will help the faecal output to become formed and easier to dispose of. Foods high in natural fibre include:

Porridge oats.

Shredded wheat.

Brown bread.

Root vegetables.

Banans.

Other foods that help to thicken output are:

White rice and rice water

Smooth peanut butter.

Stewed apple.

Cream crackers.

Marshmallows.

Jelly babies.

Jelly cubes, diluted and undiluted.

Patients with an ileostomy should eat natural high fibre in the same in the same way, but because the small bowel has a narrower lumen, certain foods should be avoided as they can cause an intestinal blockage, including:

Mushrooms.

Coconut.

Celery.

Nuts.

Orange pith.

Tough fruit skins.

Dried fruits.

Patients with an ileostomy need to drink at least two litres of fluid a day and should help prevent salt loss by having added salt on their meals or eating a packet of ready salted crisps each day.

Patients with a urostomy do not have dietary restrictions or problems but some food can cause discoloration (for example, beetroot) or odour (such as asparagus).

Patients about certain foods and this can either help or hinder the patient's progress. Therefore it is important that the nurse is in a position to understand these concepts and reinforce or reject them as appropriate (Farbrother, ١٩٩٣).

Prejudices about food are varied and it is often difficult to re-educate patients and carers. Often people feel they must adhere to a soft diet or eat only three large meals per day. Trying to help patients understand that 'grazing' through the day is acceptable is often difficult when there are long-held beliefs that you only eat at set meal times. Often older people think that they need a special diet and will not be able to afford it, or think that they should remove fibre and fruit from their diet.

Colostomy

Eat what they like

Intake with a high natural fibre content

- help the faecal output to become formed or thicken

become formed or

- Easier to dispose

Foods like:

a. Porridge oats

b. Shredded wheat

c. Root vegetables

d. Bananas

e. White rice

f. Stewed apple

g. Smooth peanut butter

h. Jelly babies

i . Marshmallows

Ileostomy

Natural high fibre. As colostomy

But: because of narrow lumen of small bowel, should avoid certain foods as:

Mushrooms

Coconut

Celery

Nuts

Tough fruit skins

Dried fruits

Urostomy

No dietary restrictions. But:

→ Beetroot Discoloration

→ Asparagus odour

Foods that cause flatus

Colostomy

- Onion

- Green vegetables

- Fizzy drinks

Ileostomy

- Onion

- Beans

- Spiced Foods

- Fatty Foods

- Deep Fried Foods

To reduce flatus

Eat small regular meals

Eat with your mouth closed

Do not gulp your food, Chew well, wait until you swallow one mouthful before taking

another

Try live yogurt, buttermilk, cranberry juice, peppermint oil, pineapple capsules

Foods that cause odour

Colostomy

- Onions

- Green Vegetables

- Fish

Ileostomy

- Onion

- Eggs

To reduce odour

Try taking :

Peppermint

Yogurt or buttermilk

In appliance

- day drops

- Biotrol C ٦٠ Capsules

- Soluble aspirin

- Vanilla essences

In Urostomy use

Vinegar in appliance

REFEFENCES

Farborother M., (١٩٩٣). What can I eat? Nursing Times, ٨٩, ١٤. ٦٣

UNIT V: ENTEROSTOMAL THERAPY MANAGEMENT

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Types of Effluent - Large bowel stomas - Small bowel stomas - Urinary Diversions Methods of management - Factors determining management - Special consideration	Institute appropriate management techniques and care Discuss rational for equipment selection according to stoma type and client consideration	<u>Client with a large bowel stoma</u> method of management disposable appliance Dietary control Factors determining Type of colostomy client capability client acceptance irritable bowel	Didactics Lectures by Enterostomal Therapists Audio – Visual presentations Demonstration Sample equipment Required & Optional reading Assignment in supervised	Participate in discussions Ask questions Return demonstration Use of equipment Utilize handouts Obtain feedback	- Pre-Post test (Multiple Choice questions) Observation	Theory 6 hours/day Clinical 0-6 hours/day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
- Interventions	List possible complications of stoma and peristomal skin specific to each type of ostomy	Special consideration Hygiene - Oder control - skin care Emotional support <u>Client with a small bowel stoma</u> Method of management Reusable appliances Disposable appliances	clinical situations Post – Patient care conference Written quizzes Assigned project of in – service presentation			

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	Demonstrate skill in preventing or treating stomal complications	<p>Factors determining Type of stoma</p> <p>Client capability</p> <p>Client acceptance</p> <p>Status of stoma and abdomen</p> <p>Particular complications and interventions</p> <p>Skin excoriation</p> <p>Ulceration</p>				

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
		Cardida infection Retraction Obstruction Care <u>Client with a</u> <u>urinary</u> <u>diversion</u> Method of management Reusable appliance Disposable appliance Factors determining management Type of diversion				

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
		<p>Client capability</p> <p>Client acceptance</p> <p>Status of stoma & Abdomen</p> <p>Special consideration</p> <p>Dietary effects</p> <p>Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oder control - Skin care <p>Mucous shreds</p> <p>Night drainage</p> <p>Emotional support</p> <p>Particular complications</p>				

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
		<p>and intervention Candida infection Pseudoepithelial Hyperplasia Crystal formation Urinary tract infection Hematuria</p>				

Stoma types and outputs

Colostomy

A colostomy is a surgical opening into the colon and can be placed in any of the following positions:

Sigmoid colon.

Descending colon.

Transverse colon.

Ascending colon.

A colostomy is normally sited in the left iliac fossa, and is used to divert the faecal flow away from the anastomosis or injured area. If the colostomy exits from the sigmoid colon or descending colon, the faecal output from this colostomy will be formed with a normal faecal odour. If the colostomy is sited in the transverse colon or ascending colon, the faecal output will be loose and copious with a strong odour.

Ileostomy

An ileostomy is a surgical opening into the ileum and is generally raised in the last ۲۰ cm of the ileum just before the ileocaecal junction. An ileostomy is raised in the right iliac fossa. The faecal output, known as effluent, is very soft to fluid and an appliance will need to be emptied approximately six times a day.

Often the colon will be removed in totality and the patient might experience problems with fluid absorption and dehydration in the early weeks after surgery. The fluid output from an ileostomy after surgery can be as much as ۱,۵۰۰ ml per day and contains a large quantity of salt. The fluid loss will gradually reduce to ۶۰۰-۸۰۰ ml per day as the bowel settles down.

Urostomy

When the bladder has to be removed (cystectomy), a urinary diversion or urostomy is raised. This will be sited in the right iliac fossa. For this operation, ۱۰-۲۰cm of ileum and its blood supply are isolated, the ends of the ileum anastomosed and the continuity of the bowel restored.

The ureters are mobilized into the isolated ileum (the conduit) and the opposite end of the ileum brought onto the abdominal surface as a stoma (Black, ۱۹۹۷). The output is urine and the patient will need a fluid intake of at least two litres a day.

Appliances

When a patient returns to the ward after stoma surgery there will be a one or two-piece drainable appliance or urostomy appliance over the stoma. (Figure ۳) shows some examples of stoma appliances. The appliance will need to be changed within ۴۸ hours and before replacement you should ask yourself several questions:

What type of stoma does the patient have?

What is the output like?

Does the patient have any known skin allergies or problems?

Does the patient have any impairment, any need for a one or two-piece appliance or any disability that will make self-care difficult?



Figure ٣: Equipments

Appliances used post-operatively and during the patient's hospital stay are made of clear plastic, allowing all medical staff to observe the stoma and output at any time. If the patient prefers an opaque appliance, this can be prescribed once the patient is at home. Appliances with flatus filters should not be used in the early post-operative days, as it is important to observe when the bowel begins to work and produce flatus. Nearly all patients will be alarmed and upset in the early days at the odour when the appliance is emptied or changed. The nurse should reassure the patient that the offensiveness will decrease once the nutritional intake is started.

A patient with a left-sided colostomy will need to use a closed appliance with a flatus filter that also contains a charcoal centre to help with odour elimination, once the early post-operative days have passed and the output begins to thicken.

A patient with an ileostomy will always need to use a drainable appliance and there are now several ileostomy appliances with added technology enabling a drainable appliance to have a filter.

Drainable appliances are sealed at the end, either with a plastic clip or a soft tie.

Appliances for patients with a urostomy are made with a tap at the bottom, allowing frequent drainage of the appliance and enabling them to be connected to an overnight bag that takes a larger quantity of urine than the urostomy appliance. The urostomy pouch also has a non-reflux valve inside the pouch to prevent urine washing up over the stoma causing skin soreness and leadage.

One-piece appliances

These are available for colostomy, ileostomy and urostomy patients. They have either a transparent or opaque film. Many come with a fibre or net backing on the body-side to help absorb perspiration. They will also have a built-in integral filter.

Hospital-use appliances are generally clear and have a starter hole that enables the nurse

to cut the appliance to the required size and shape of the stoma and to accommodate the stoma size change as the stoma settles down after surgery. When the patient is discharged from hospital, appliances can be ordered for the patient in pre-cut sizes if the stoma has settled down and in opaque if the patient prefers not to see the content of the appliance. Some older patients prefer to stay with clear appliances because they find them easier to place over the stoma.

Two-piece appliances

A two-piece appliance consists of a flange and pouch as two separate items. The advantage of this system for some patients is that the pouch may be changed frequently while the adhesive flange can be left in situ. For most of these appliances and systems, the flange needs to be cut to size which might be difficult for some patients. Sometimes access to the stoma site can be difficult if the stoma has been sited in as awkward position or if the patient has difficult body contours and a flexible one-piece appliance might be the most suitable.

The stoma is sited pre-operatively by the stoma therapist or in some cases by the surgeon. Siting of the stoma is not a routine function of the ward nurse. Careful siting of the stoma plays an important part in the rehabilitation of the stoma patient. A study of stoma care nurses and their patients found that in districts employing a stoma care nurse, only ٦٠ percent of stomas were sited by the stoma care nurse and the rest were sited by the surgeon (Wade, ١٩٨٩).

REFEFENCES

Black P., (١٩٩٧). Practical Stoma Care Nursing Sandard, ١١, ٤٧, ٤٩-٥٥.

Wade B., (١٩٨٩). A stoma is for life, Harrow Scutra Press

UNIT ٨- PATIENT EDUCATION

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Principles Methods Lesson Resources Literature Involvement	Express in writing or by diagram, in the client's record, pertinent and relevant observations and data Implement on effective client teaching plan which:	١) principles a. Determine patient needs b. create opportunities to teach c. Reinforce physician's instruction d. Attitudes of nurse – teacher e. Communication Channels f. Patient involvement g. Interest and motivation	Didactics Lecture by Enterostomal Therapist Audio – Visual presentation - Slides - Film Demonstration Sample equipment	participate in discussions ask questions Return demonstration Use of equipment	Pre-Post test Observation	Theory ٥ hours/ day Clinical 1 ٥-٦ hours/ day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Assesses individual needs - Provides essential care information - Measures skill of person providing care - Enhances the adaptive process 	<p>٢) Methods</p> <p>a. Individualized procedures</p> <p>b. Demonstration and return demonstration</p> <p>c. Organized steps in sequence</p> <p>d. Evaluation of results</p> <p>e. Continuity of care assignment</p> <p>f. Written instructions</p> <p>٣) Lesson</p> <p>a. Establish rapport</p>	<p>Post patient care conference</p> <p>s</p>			

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	Exhibit skill communicating with the staff, patient, support team Utilize current referral system in hospital Identify alternate method of management and patient	b. Decide proper timing and limits c. Explain rationale d. Explore potential problems e. set goals for patients f. Measure progress ε) Resources a. Physician / Surgeon b. Nursing Staff c. Dietitian d. Social worked				

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	education	<p>e. Referral Agencies</p> <p>o) Literature</p> <p>a. Current</p> <p>b. Approved</p> <p>c. Applicable</p> <p>٦) Significant others</p> <p>a. Family participation</p> <p>b. Level of skill</p> <p>c. Patient's right to privacy</p> <p>d. patient desire to share</p> <p>e. Promote independence</p>				

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>

Patient Education

The purpose of this unit is to present basic principles of teaching within a framework that will guide and direct patient educators in developing programs that can be individualized for a variety of institutions and patient populations. This unit proposes to offer the "why, who, when, where, what, and how" of patient teaching.

WHY TEACH

If teaching is considered an integral part of nursing, and if it is generally agreed that patient education is a necessary component of comprehensive care, why do we need a unit on patient teaching? There are several important reasons:

Nurses often do not see themselves as educators. They believe that a "patient education" is someone with special training and a specific position within the hospital setting.

Many nurses are not taught to teach. There are few natural teachers. However, although teaching skills can be learned, many nurses state that they are not taught to teach.

Nurses often assume that patients are being taught. The result may be unstructured, haphazard teaching. Structured teaching plans or procedures are needed for effective teaching programs.

Patients need to be taught in order to maintain health, prevent complications and reach their maximum potential.

Inadequate teaching can aggravate problems by providing incorrect or insufficient information that results in limited life styles or a variety of minor or major complications.

Nurses may teach only the most teachable patients. Those who are warm, open, verbal, and friendly may be taught; slow, poorly educated, or unmotivated patients may be neglected.

SELECTED METHODS OF INSTRUCTION

Lecture (explanation) and discussion

Positive aspect

Presents needed information

Influences attitudes

Allows exchange of ideas

Negative aspects

Language difficulties

Is the patient learning?

Often no time or desire to ask questions if in groups

Use

Patients who can benefit from more information and sharing group.

Patients needing privacy

Auditory learners

Demonstration and practice

١. Positive aspects

a. Demonstrates needed skills

b. Allows skill development

c. Learn with supervision, which decreases anxiety

٢. Negative aspects

a. Many be too rushed

b. Teacher expectations may be too high or too low

c. Patient expectations may be unrealistic

٣. Use

a. Tactile, visual learners

b. All patients who must develop skills

Programmed instruction

١. Positive aspect

a. Sequential learning

b. Teacher facts, concepts, principles, skills

٢. Negative aspects

a. Impersonal

b. Limited application

٣. Use

a. Self-directed patients

Table (١)

Teaching guidelines for initial patient
interaction

Table (٢)

Preoperative assessment of the learner

Firs : Formulate goals and objectives
for initial session(s)

Phase ١-Preoperative

Stage ١- Disbelief

E. T. goals:

The preoperative assessment provides information from which to develop an individual teaching plan.

Assess patient's readiness for teaching
Reduce fear and anxiety
Explain role of E. T.
Develop teaching plan
Determine patient's goals
Allow patient to guide in the type and depth of questions
Include significant others if possible
Determine follow-up needs
Assess patient's understanding of the implications of surgery

Assessment during the preoperative phase includes:
Patient's condition
Physical
Emotional-include usual coping/defense mechanisms such as crying, jogging, playing music, eating, working pacing, need for quiet
Patient's knowledge of:
Disease process, treatment prognosis
Proposed surgery
Interpersonal relationships
Patient/ family
Patient/ friends
Patient/ staff
ε. Readiness for teaching

E. T. objectives

Gather information for assessment from records, staff, M. D. patient

Let patient/ significant others verbalize fears and concerns

Answer questions openly and honestly

Explain role of E. T. in preoperative and postoperative care and follow-up

Teach patient/ family (if more than one visit and if assessment determines that this is appropriate)

Begin to formulate the discharge plan

Mark stoma site; do this the day before surgery if there is more than one preoperative visit

Attend to patient/ significant others' leads, questions, concerns, interest areas

Information for assessment is

gathered from:

Records

M. D.

Staff

Family

Patient

Interviews/ conferences

Table (٣)

Preoperative teaching plan

Plan	Implementation	Evaluation
		Expected patient behaviors
Phase I- Preparative		Denial as protective mechanism
Stage I- Disbelief		Avoidance of subject
		Fear and anxiety
		Request second opinion, further diagnostic studies
Determine teaching strategies	Discuss with M. D. what he has told patient/ family	Evaluation is based on:
Choose appropriate teaching place/ time	Initiate teaching session with patient/ family with teaching oriented to the present	Observation of verbal/ nonverbal behavior
	Assure privacy, comfort, adequate time	Feedback from patient, family, staff
	Explain role of E. T.	Responses to open-ended questions
	Assess understanding of proposed surgery	Use of teaching plan
	Formulate	
Being discharge planning	Teaching methods/ aids	

	Chose appropriate pouch (mentally) Family involvement based on family dynamic
Begin teaching	Physical aspect Use teaching model to show (if appropriate): Anatomy Type of ostomy Model stoma Possible stoma site Discuss with patient/ significant other: Proposed surgical procedure Anticipated result of surgery on health status and activities of daily living: clothing, hygiene, diet, odor, activities (vocational, recreational, sexual). Show disposable pouch if patient requests Psychologic aspect Provide atmosphere conducive to open discussion

Mark stoma site	with patient/ family
Gather appropriate written materials	regarding feelings about: Immediate goals
Use learner plan	Diagnosis and proposed surgery
Determine needs and resources of patient and family	Anxieties, fears, concerns Mark site according to established protocol (to be done the day before surgery) Leave appropriate literature
	Document teaching on learner plan
	Gather information form: Interview Medical records

Table (٤)

Teaching plan during the immediate postoperative period

	Expected patient behaviors
	Anger manifested by:
	Irritability
	Withdrawal
	Hostility
Phases II- Immediate postoperative phase	Sadness
Stage II- Developing awareness	helplessness
	Anxiety manifested by:
	Constant fatigue
	Vacillation of mood
	Procrastination
	Need for attention

Postoperative assessments determine application of the teaching plan and allow the teacher to make adjustment and adaptation based on the patient's condition and responses.

Assessment	Plan	Implementation	Evaluation
------------	------	----------------	------------

١. physical condition	Provide security and comfort	Arrange for comfort measures	Increased comfort
Nasogastric tube		Assure patient that he is	
Intravenous fluids		being closely monitored	
Foley catheter		and will receive	
Pain		medication as needed	
Nausea, vomiting		Change pouch before	Intact seal
Drains		leakage occurs	Observation of:
		Explain pouching procedure:	Participation
		Cutting pattern	Verbal/ nonverbal behaviors
		Skin barrier	
		Cement	
		Application	
		Emptying	Document on
		Encourage patient's participation in care;	teaching plan
		first observation, then	
		progress from minimal	
		assistance as condition	
	Promote open communication with patient/ family	improves	Feedback from:
٢. Emotional condition		Provide time and atmosphere for open	Staff
Anxiety		expression of positive	Patient
Fear		and negative feeling	Family
Results of surgery			

Death	Explain that initial	Decreased anxiety
Anger	negative feelings are normal, that feeling won't drive you away, that you accept patient and his feelings Use appropriate communication techniques to assist with verbalization of feelings and problem solving	and anger as evidenced by: Improved mood Increased socialization Involvement in care Fewer calls for help

Table (o)
Discharge teaching plan

Assessment	Plan	Implementation	Evaluation
<p>Phases III- Transition Stage III- Identity change</p> <p>Expected patient behaviors Understand changes stoma will make in life style Thinks about discharge and future</p>			
<p>١. Assessment of patient's Knowledge of, interest in, and need for additional information regarding: Sexual activity Economic factors Support groups Recreation Employment</p>	<p>Provide appropriate counseling and referrals, such as: Sex therapy Home care referrals Ostomy visitor T.</p>	<p>Written instructions, phone numbers, referrals</p>	<p>Verbal patient reports; written or verbal evaluations from referral agencies</p>
<p>٢. Patient's discharge status</p>	<p>Finish in-hospital teaching</p>	<p>Use learner plan as guide to determine readiness for discharge as independent in self-care</p>	<p>Observation of performance skills Degree of attainment of outcome criteria Responses to oral quiz</p>

Feedback from staff re
degree of
independence in care
Expressions of
patient/ family
satisfaction with
progress
Check teaching plan

Give written
instructions for care
Provide necessary
referrals
Make appointment
for first outpatient
visit
Give phone numbers
of local E. T.
supplier, and other
resources

REFERENCES

American Nurses' Association, (١٩٦٣). Functions, standards and qualifications for practice, New York, the Association.

Guzzette, C., and others, (١٩٧٧). Body, mind and spirit: a critical care approach, Boston, Little, Brown & Co.

Shipes, E., and Lehr, S., (١٩٨٠). Sexual counseling for ostomates, Springfield. II, Charles C Thomas, Publisher.

Stiles, L., editor, (١٩٧٤). Theories for teaching, New Your, Dodd, Mead & Co.

UNIT ٩ – OSTOMY EQUIPMENT

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Temporary Equipment Home – going Appliances Reusable Disposable Appliance Selection Rational Fitting Alternate choices Skin Barriers	Identify particular features of various types of ostomy Appliances Distinguish equipment features which are generally appropriate to various levels of progress and	Temporary equipment Valve Application Advantages / Disadvantages Methods of disposal Home – Going Appliance Reusable VS disposable Utilization / Application Advantages / Disadvantages Available choices	Lecture by Enterostomal Therapists Demonstrations of Equipment, sets, components, Accessories Audio – Visual presentations Selected readings	participate in discussion ask questions observations of demonstrations return demonstration practice on simulated models	Pre-Post test Observation	Theory ٦ hours/ day Clinical ٥-٦ hours/ day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	independent activity Describe the various skin barriers in terms of physical properties and potential usefulness in particular skin / stoma	Appliance Selection Rational Anatomical location of ostomy Criteria Patient preference Special consideration Availability Cost factors Fitting Guide lines Problems Adaptations / Modifications Custom design Alternate choices	Assignments to patients care activities with opportunity to utilize equipment Assigned project of patient case study Oral quiz	correlate theory to practice opportunities to utilize knowledge, by performing under guided supervision in a clinical setting opportunities to teach patient the application,		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	environm ents	Anatomical location of stoma Client preference Reasons Availability Future planning Cost Skin Barriers ١. Value ٢. Usage / Misuse ٣. Effluent ٤. Alternate choices		maintenan ce, and obtainmen t of equipment review of equipment Network facilities		

Appliance

To choose a pouch that is

Odour proof

Leak proof

Flexible

Lightweight

Easy to use

Comfortable

Non – irritating to the skin

Type of Appliances

One – piece appliance

Two – piece appliance

Closed appliance

Drainable appliance

Urostomy appliance

* post - op : ٤٨ Hrs

BUT

The stoma Care nurse should ask himself several questions before replacement :

What type of stoma does the patient have ?

What is the output like ?

Does the patient have any known skin allergies or problems?

Does the patient have any impairment, any need for one or two piece appliance or any disability that will make self – care difficult

UNIT ١٠ – THE INTEGUMENTARY SYSTEM

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Structure and function of the skin Related dermatological problems Classification Systemic effects Infections Miscellaneous Limited treatments Complications	Identify normal anatomy and physiology of human skin Recognize simple skin problems relating to Enterostomal Therapy Recall preventive	Structures and functions of the skin review of normal functioning of system In – depth recall of normal skin structure wound healing, process, problems, and ET care Related Dermatological problems	Lectures by physicians, Dermatologist, Allergist, Surgeon Lectures by staff E.T's Audio – Visual presentations selected readings Assignment to patient care	Participate in discussions ask questions take notes Enrichment opportunities Abstract information read and review	Pre-Post test Observation	Theory ٥ hours/day Clinical ٥-٦ hours/day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	nursing measures concerning hygiene and procedures of cleansing the skin Review peristomal complications and associated conditions	<u>Anatomical Classification</u> Epidermis ١. irritations ٢. reactions Dermis folliculitis allergies Subcutaneous peristomal ulcer skin abscess <u>Infections</u> Fungal / Yeast Bacterial Viral <u>Miscellaneous</u> Effluent leakage	Written quizzes Product demonstration Patient teaching rounds	patient charts Provide for patients care under supervised practice review quizzes View samples : selected clinical applications and experiences		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<p>assess and refer complications to medical and surgical teams recognizing the limitation of Enterostomal Therapy</p> <p>Recognize and select appropriate modalities of</p>	<p>Appliance problems</p> <p>Trauma</p> <p>Limited Treatment</p> <p><u>Preventative Hygiene</u></p> <p>Proper equipment</p> <p>Prophylactic preparations</p> <p>Patient education</p> <p><u>Simple Nursing / E.T.</u></p> <p>measures</p> <p>Trial and error</p> <p>Patch testing</p> <p>Topical medications</p>		<p>participate in rounds, care plans, and referrals</p>		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	Enterostomal Therapy nursing management and interventions of skin problems Participate in health care team referrals of planning long term care. i.e., VNA	Complications <u>Surgical interventions</u> Stoma relocation Debridement Unroofing abscess Curettage perineal wound Exision of fistula skin grafting				

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	Recall dermatological conditions related to Enterostomal Therapy nursing					

THE SKIN

The skin consists of two layers, the outer horny layer called the epidermis and a lower layer called the dermis. The skin is normally an effective resilient barrier covering the body and protecting deeper tissue. The epidermis is non-vascular and consists of stratified epithelium. It has two zones, the horny zone and the germinative zone. The horny zone has three layers"

the stratum corneum : this is the outer layer and the cells are flat without a nucleus, the protoplasm having become keratine, which is waterproof. The epidermal cells, which synthesize keratine are known as keratinocytes and they originate in the basal layer of the epidermis.

the stratum lucidum : this is made up of cells with clear protoplasm . some have nuclei, which are flat.

The stratum granulosum : this consists of several layers of cells with nuclei and a protoplasm that is granular the thickness of this layer varies from 0.1 mm on the eye-lid to 1 mm on the palms of the hands and the soles of the feet, thus illustrating the importance of it's protective function (Lyon and smith, 2001). This effect can occur anywhere on the skin that exposed to persistent irritation and trauma. the deeper germinative zone has two layers:

the stratum spinosum

the stratum basale

cells originate in the stratum basale where they are known as basal cells, they continually divide and migrate towards the skin surface. Initially they grow up into the stratum spinosum where they are known as prickle cells. When the cells reach the stratum granulosum they are known as granular cells, and are the precursors to the keratinocytes in the outer stratum corneum, these are keratinised, squamous epithelial cells that have

lost their nuclei. This ascent through the living layers of the skin takes about ٦٠ days (Lyon and Smith,٢٠٠١). After losing their nucleus the cells then remain on the stratum corneum for about ١٥ days.

The dermis is an fibroelastic bed, which support and nourishes the epidermis and its appendages. The stratum corneum is resistant to quite strong acids but is more vulnerable to alkaline substance, it can exclude harmful chemicals whilst allowing topical allergens and treatments to be admitted. The cells of the stratum corneum affect the rate at which molecules and pass through to the deeper layers. The speed of this movement is increased if the temperture or humidity of the skin is raised

Common skin problems

Peristomal skin irritation due to:

Skin stripping

Allergic contact dermatitis

Epidermal hyperplasia

Folliculitis

Urinary crystal formation

Monilia

(pitcher and cummings, ١٩٩٦)

REFERENCE

Lyon, C. C., and Smith, A, J. (eds.) (٢٠٠١) Abdominal stomas and their skin disorders: an atlas of diagnosisi and management. London: Maritn Dunitz.

Pitcher , M. C. L., and Cummings, J. H., (١٩٩٦). Hydrogen Sulphide: a bacterial toxin in ulcerative colitis. GUT, ٣٩, pp. ١-٤

UNIT ١١ – COUNSELING OF THE OSTOMATE

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Counseling of the Ostomate Physiological support Sexuality Social concerns Special needs Child Young adult Aged Readjustment Consideration	relate several models of adaptation to disability which can apply to the client with a stoma Identify Various mechanisms and coping behaviors exhibited	A.Counseling Psychological support identify needs ١) Reaction to illness - Expected - Pathological team effort supportive measures Sexuality body image grief and loss special problems Social concerns significant others	Lectures by : Pediatricians staff enterostomal therapists, ostomates, social worker, Enterostomal therapy guest faculty Selected reading Assignment to patient care in	Participation in discussion Ask questions Read patients charts Assess needs of patient and family, utilizing principles of communication and	- Pre-Post test (Multiple Choice questions) - Observation	Theory ٦ hours/day Clinical ٥-٦ hours/day

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
Community resources Follow up care	by a client with a stoma Develop limited counseling skills and instructions with patients and families concerning issues of psychological	ostomy visitor program odor, noise activities and sports Financial Stress Ongoing Coping Inconvenience death and dying	hospital and outpatient Clinics Lecture and demonstration of biofeedback Principles and techniques	counseling Plan for referrals and post discharge care Observation or opportunity to participate in team Conference Submit case study including principles		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<p>concerns</p> <p>Assess and act on patients need for referral to others disciplines</p> <p>Contrast principles of basic care relevant to needs of various age</p>			<p>of rehabilitation as learned and applied</p>		

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<p>groups of patients</p> <p>Relate possible community resources as supportive measures for follow up care plans</p>					

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	Practice motivation skills to promote self direction of care in patients and significant others					

Counseling

Communications between the nurse and patient are fundamental to all nursing care. Some nurses suggest that counseling should be an integral part of nursing practice (Bleazard, ١٩٨٤). There are several counseling models that will enable the counselor to help his client come to terms with a problem, although specific detail is beyond the scope of this book. Much has been written on the subject and additional information is listed at the end of this chapter.

Some nurses are concerned when talking to patients facing emotional problems, that they may inadvertently evoke a situation they feel ill equipped to handle (Maguire, ١٩٨٣). This may prompt the nurse to use avoidance tactics. Some nurses frequently counsel patients in the course of their work without necessarily recognizing it as such. It should be remembered that Counselling changes the future for patients and not the past. With the correct skills nurses can empower patients to develop effective skills to live full lives. This is why in stoma care nursing, counseling is an integral part of the nurse's role.

Patients who are undergoing surgery involving a stoma may face various problems and uncertainties, which are discussed elsewhere in this book. If the surgery is being performed to remove a cancer there is the added uncertainty regarding prognosis; will the cancer recur and if so, within what period of time? It is important that we as nurses, help patients to explore their feelings towards illness and surgery, thus eliciting their specific concerns and helping them come to terms with them. A recent research project involving patients who had a stoma for cancer of the bowel or bladder, indicated that supportive counseling resulted in a positive alteration in self-concept/self-esteem, enabling the patient to adapt more positively to their stoma (Watson, ١٩٨٣).

Training courses are available to nurses to increase their counseling skills. Attendance at such courses can be extremely advantageous to those nurses who regularly have contact with stoma patients. The University Degree pathway- Stoma Care and Gastroenterology

nursing module, devotes a substantial proportion of the syllabus to counseling and communication skills. Nurses who undertake patient counseling may find it quite stressful because they open themselves to the patient's pain. It is, therefore, essential they also have support and clinical supervision.

The successful nurse-counselor must firstly be aware of herself as a person. 'one of the main stumbling blocks to effective counseling is an inability to come to terms with one's feeling'. It is also essential to effective counseling that the nurse is wary of making 'value judgments' whereby her own attitudes, beliefs and prejudices effect her dealings with the patient. It is known that, 'in most cases feelings are quickly communicated from one person to another' (Bleazard, ١٩٨٤). The nurse must also recognize her own limitations and the need for referral to another professional if she realizes that the problem is beyond the scope of her expertise. Referral should take place with the patient's consent and the nurse must take care to ensure that the patient does not feel brushed aside or dismissed by the action. The reason for the referral should be explained and the nurse should not be afraid to admit that she does not have the necessary skills to offer the specific assistance that is required.

In formal counseling situations the counselor meets with his client on a regular basis. However, in nursing this is often not a practical arrangement, thus most counseling takes place as and when the situation the situation demands.

COUNSELLING AIMS AND OBJECTIVES

To facilitate effective counseling, the nurse should endeavour to:

Be genuine and natural.

Create a conducive environment.

Indicate that she has time.

Show respect, build trust.

Establish a rapport with the patient

Listen actively/ be attentive.

Give encouragement.

Give feedback to the patient.

Clarify what has been said and the meaning of particular words to the patient.

Use open questions.

Convey empathy.

Observe non-verbal behavior/ body language.

SEXUAL COUNSELLING

Patients who have a stoma may require counseling to overcome problems encountered in their sexual relationships. Difficulties in sexual function may arise as a result of damaged tissues or distorted anatomy following surgery, or psychological disturbance. The presence of a stoma results in altered body image and self-concept. If the patient considers themselves unattractive to the opposite gender, or has fears of embarrassment or failure, this may result in diminishing libido. This may result in negative self-esteem.

The Royal Collage of Nursing Sexual Health Strategy ٢٠٠٠, states that 'Nurses need to recognize that sexuality and sexual health are an appropriate and legitimate area of nursing activity, and that they have a professional and clinical responsibility to address it'. Therefore prior to undertaking sexual counseling, the nurse should have certain competencies. Shipes and Leher, (١٩٨٠) suggest that these are:

Acceptance of and comfort with one's own sexuality' and that of others.

Realizations that one's sexuality and sexual expression are essential for self-esteem.

Awareness of one's own values regarding sex.

Knowledge of sexuality.

Ability to communication with ease regarding sex.

Ability to accept where a patient is, at a given time, in relation to his sexuality.

Knowledge of when and where of refer.

An understanding of specific sexual problems together with their likely causes and treatments is an advantage. There are specific courses available for psychosexual counseling which nurses involved with stoma patients may find advantageous.

Body image and psychological concerns

Many patients experience concerns after stoma surgery that are psychological as well as physical; it is estimated that up to (٢٠) percent of patients with a stoma will experience significant psychological symptoms post-operatively. These might range from anxiety with adjustment to new body image, to depression (white, ١٩٩٨). Often patients will experience negative thoughts about the stoma and its function and the impact it will have on their lifestyle.

The nurse can often identify problems pre-operatively and patients might be able to discuss these with the stoma care nurse to resolve some of their fears. Some patients might have a history of mental health problems, or might experience severe anxiety about the forthcoming surgery or just about being in hospital. Pre-operative assessment tools, such as the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) or the Stoma Self-Efficacy Scale, might be useful (Zigmond and Snaith ١٩٨٣, Bedders et al. ١٩٩٥).

Assessment tools serve as an adjunct to the clinical interview in helping to evaluate the outcome of medical and social interventions and as a measure of the health status of the individual.

HADS is a useful tool for the assessment of anxiety and depression. It is easy and quick to use and to score and patients often appreciate the opportunity to comment on their

emotional responses to treatment. This scale in particular can alert the clinician to the possible problem of psychological upsets, which could be the cause of a confused clinical picture or negative responses to planned procedures or treatments.

The objective of stoma care is quality of life for stoma patients and this can also be measured. A quality of life assessment can provide the nurse with an ongoing quantitative measure of the patient/s subjective wellbeing and functional limitations and the data can be used as an indicator of the patient's rehabilitation.

This study, set up in 1994, is known as the Montreux quality of life study. It allows nurses to plot the continual wellbeing of the patient and identify potential dips in the rehabilitation process so that they can act appropriately (Montreux Study, 1994).

There are many concerns regarding the experiences of patients with a stoma and their adaptation to their new lifestyle and body image change. It has been suggested that an immense price is paid for having a stoma and possible cure of disease with the patient undergoing physical discomfort, as well as psychological and social trauma (Sutherland et al., 1992)

Discharge Planning

Return to work

2-3 Months following surgery. But if the job involves heavy lifting it is inadvisable to return to work until the muscle completely healed. So return part - time initially and gradually increase .

Sports

Depend on general health and fitness

It should be developed gradually

It is possible to participate in most sports

In very energetic sports, replace fluids especially in ileostomy or urostomy

It is advisable to wear a stoma guard to protect stoma during contact sports

Swimming: wearing swimming costume, smaller appliance

Traveling

To have extra appliances with him

Can travel by air, train, bus

Obtain a list of doctors/SCN in the area you visit

Driving

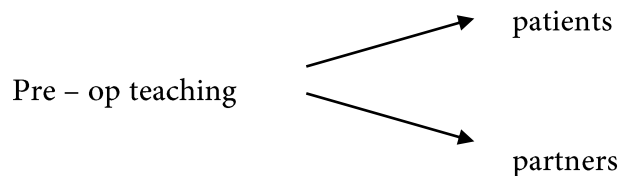
Allowed within two months

Be careful of seat belts

Sexual activity

May experience physical and psychological problems regarding sexual activity

May feel a sense of loneliness & fear of being rejected



Contraception & pregnancy

Both are not contraindicated in ostomy patients

Contraception — Condom, cap, intrauterine

Coil are safe to use as a method of contraception

Pregnancy

Not contraindicated after stomy surgery

One year post - op

Enlarging uterus

Displacement of the stomach

Able to have vaginal delivery, or cesarean?

REFERENCES

Bleazard, R., (1984). "A framework for action: knowing oneself". Nursing Times, 80(10), 7-13 March, pp. 44-46.

Glover, J., (1982). "Psychosexual counselling". Nursing, 1(30), March, pp. 1010-1011.

Maguire, P., (1983). "Counseling. Terminally ill cancer patients", Nursing Mirror, 106(26), 29 June, p. 60.

Watson, P G., (1983). "The effects of short-term post-operative counseling on cancer/ostomy patients". Cancer nursing, 7(1), February, pp, 21-29.

White, C. A, and Hunt, J.C., (1998). Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. Annals of the Royal College of Surgeons of England. 79, pp. 3-7.

UNIT ١٢ – ENTEROSTOMAL THERAPY AS A PROFESSION

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
<p>History</p> <p>Modern role</p> <p>Enterostoma</p> <p>l Therapy</p> <p>Education</p> <p>Potentials</p> <p>for</p> <p>Enterostoma</p> <p>l Therapist /</p> <p>Nurse</p> <p>Publications</p>	<p>Related</p> <p>the</p> <p>history of</p> <p>stoma</p> <p>surgery to</p> <p>the need</p> <p>for</p> <p>enterosto</p> <p>mal</p> <p>therapy</p> <p>Recognize</p> <p>the role of</p> <p>the</p> <p>enterosto</p> <p>mal</p> <p>therapist</p> <p>as an</p> <p>expansion</p> <p>of the</p>	<p>History</p> <p>Background of</p> <p>stoma surgery</p> <p>Beginning of</p> <p>Enterostomal</p> <p>Therapy</p> <p>Recognition of</p> <p>value</p> <p>Growth into a</p> <p>profession</p> <p>Modern role</p> <p>Enterostomal</p> <p>Therapy</p> <p>Education</p> <p>Present status</p> <p>Suggested job</p> <p>specifications</p> <p>Certification</p> <p>of therapists</p>	<p>Lectured</p> <p>by : Staff</p> <p>enterosto</p> <p>mal</p> <p>therapists,</p> <p>Ostomates</p> <p>Selected</p> <p>readings</p> <p>Workshop</p> <p>session in</p> <p>position</p> <p>descriptio</p> <p>n</p> <p>Assignme</p> <p>nt to</p> <p>various</p> <p>potential</p> <p>areas</p>	<p>Participate</p> <p>in</p> <p>discussion</p> <p>s</p> <p>Ask</p> <p>questions</p> <p>Network</p> <p>facilities</p>	<p>Pre-post</p> <p>test-final</p> <p>Observati</p> <p>on</p>	<p>Theory</p> <p>٦ hours/</p> <p>day</p> <p>Clinical</p> <p>٥-٦</p> <p>hours/</p> <p>day</p>

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<p>professional nursing model</p> <p>Appraise the need and the value for national Certification on</p> <p>Express the responsibilities of the enterostomal</p>	<p>Potentials for Enterostomal Therapist / Nurse</p> <p>Hospital / Bedside Independent practice</p> <p>Manufacturing company Teaching institution</p> <p>Home health care / agency</p> <p>Stoma rehabilitation clinic</p> <p>Publications</p> <p>Self growth</p> <p>Contributions</p>	<p>related to care of the ostomate</p> <p>Opportunity to observe protocol and product testing</p>			

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	<p>therapist to professional organizations, the community, the ostomate, and to research</p> <p>Relate the major contributions of the field of enterostomal therapy to the care and</p>	<p>Enterostomal Therapy Journal Allied Health Journal Club Activity</p>				

<u>OUTLINE</u>	<u>OBJECTIVES</u>	<u>CONTENT</u>	<u>TEACHING PROCESS</u>	<u>LEARNING PROCESS</u>	<u>Evaluation Method</u>	<u>Time</u>
	rehabilitation of the client with a stoma					

THE ENTROSTOMAL THERAPIST AS NURSE SPECIALIST

The nursing literature is in fair agreement that a clinical nurse specialist is prepared on the masters level. She has been educated and functions as a clinician, consultant teacher, administrator, and researcher. Worldwide there are fewer than ٢٠٠٠ E. T. s. Most are registered nurses, and although some have a masters degree, the majority have diploma level nursing preparation. The educational preparation of the E. T. will be described later. Despite the fact that, by definition, most E. T. s are not clinical specialists, most of them function in the five major areas just mentioned.

The E. T is first a clinician, a provider of care for people with stomas and draining wounds. The E. T. engages in preoperative, intraoperative, postoperative, and post-discharge activities. Patient teaching, marking the stoma location, selecting and fitting equipment, utilizing resources (for example, ostomy visitors), and planning for post-discharge follow-up in an outpatient clinic or through a visiting nurse referral are some of the clinical activities in which an E. T. is engaged.

The E. T. is not a primary nurse but functions as a consultant to the nursing staff providing overall care to a group of patients. Benfield and others stated the hospitals with ٢٩٠ beds or more can use the services of at least one full time E T. An E. T.'s case load is dependent on many factrors, including: does she accept patients with decubitus ulcers; does she have an outpatient clinic; has she prepared the nursing staff to the extent that they use her only as a consultant; is she responsible for other services, such as the gastrointestinal clinic; what are her committee responsibilities; is she working full time or part time as an E. T.; is she the only E. T.

The E. T. must be cautious about developing a clinical practice that excludes the participation of other care providers. Justifying one's existence by creating an exclusive practice is a disservice to patients and is most likely underutilization of others who have valuable contributions to make to patient welfare. The E. T. should foster her consultant role. The majority of E. T.s have a hospital-based practice, but because of the scope of their responsibilities they may be in the clinic, in the operating room, giving a lecture or in-service class, or directly at a patient's bedside at varying times throughout the day. The E. T. should be accessible by page or with a beeper to answer questions but may not always be available to respond in person when a problem arises. In many cases, phone consultation with patients and other health care providers may be sufficient. The E. T. must have taken the time to educate others to the point that they can use her consultative advice and then carry through what adequate problem solving and care.

In many instances the E. T. is a consultant or advisor to the local ostomy group. She may even inspire its formation. However the E. T. should remember that this is a patient-centered group. Although she has a vested interest in the welfare of the group participants, she should act as an advisor and not run it herself.

The E. T. as consultant necessitates that the E. T. be an educator. The enterostomal therapist instructs patients and family members in self-care. She develops an individualized care plan with emphasis on patient teaching. This teaching may be completed during the patient's hospitalization, or the plan may call for follow-up teaching after discharge. A key to rehabilitation is independence in care, and thorough patient teaching is essential for independence.

In some cases, patients are discharged to a home hundreds of miles from the institution in which surgery took place. Follow up by an E. T. near the patient's home may be advisable. A guide to enterostomal therapy clinics is available for a nominal charge from the IAET.

The E. T. is a teacher of other nurses, health care professionals, and the public. As has already been discussed, the E. T. must avoid fostering exclusivity in practice. She should engage others in her specialty if she is to benefit from their assistance and if they are to understand and appreciate the care she provides.

Enterostomal therapy is a visual specialty. As a teacher, the E. T. should work to develop and constantly update her slide library. A well-sequenced series of slides in a lecture for public and professional audiences can demonstrate, as no words can, techniques of skin care, fistula management, and pouching techniques.

The E. T. is the coordinator of specialty services and, as such, has administrative duties. Some of these duties may be required of her by virtue of her position in the table of organization. Other administrative tasks should be self-initiated. For example, the E. T. should keep patient records that are clear, concise, and up-to-date. These data are useful when she or another E. T. sees patients in the clinic or hospital after a long absence. They are also useful for demonstrating to administration the quantity of work produced. Many E. T. s complain that nursing service really does not know what they do. An E. T. should consider filing with her supervisor a monthly summary of patient statistics and services rendered. An annual summary with next year's goal is also a good idea. In many institutions this kind of visibility is essential if administrators are to see on an ongoing basis the value, scope, and quantity of services rendered.

As E. T. s successfully secure third-party reimbursement for their services, their administrative duties expand. Records must be kept; forms must be filled out; periodic

reports must be filed. Although it is frustrating at times to have to devote energy to paperwork, it is essential. Third-party reimbursement makes it possible for many people to seek treatment that they would otherwise go without, and it does help support delivery of essential services. It can be quite significant to an employer when an E. T. is generating enough funds through reimbursement programs to support the services without additional expense to the institution. Many E. T.s believe that the income generated from their services should go directly back into their department. It cannot work that way. Many institutional services are essential but not income generating (such as housekeeping). Income must go into the institution's operating budget if every department is to be able to continue to deliver services.

The E. T. is also a researcher. To a great extent, E. T. practice is based on experience and anecdotal accounts. This often leads to feelings or perceptions of what does and does not work, and it contributed to regional differences in practice. A sound scientific foundation on which every E. T. bases her practice does not exist. Research will contribute to this scientific knowledge. The E. T. should also bring to her practice an inquiring mind. She should approach problem solving in an orderly manner. Practice based on experiences with limited numbers of patients should be questioned. For example, solutions and techniques used to heal peristomal irritation in three patients many not work on the fourth patient. Adequate sample sizes and standardized techniques are important if the results are to be valid, reliable, and then reportable so that they become useful in every E. T.'s practice.

As a researcher, the E. T. should be familiar with the tenets of informed consent. She has an obligation to assure that her patients are informed of the details and consequences of any procedure, whether it is for treatment or research.

Ostomy product manufacturers often call on E. T. s to assist them with product development and testing. Participation in these projects is important if new and improved products are to be available. However, the E. T. should first familiarize herself with her institution's policies regarding participation in such projects. As benign as some of this product testing may seem, it is likely that an institutional or departmental review committee will insist on reviewing the protocol first. This committee has overall responsibility to assure that projects have scientific merit and that the welfare of patients is guarded. Institutional approval takes time and involves paperwork, but it must be sought before a project is conducted.

To justify her existence the E. T. may find it necessary to generate data that demonstrate her cost-effectiveness. Feutz and Jackson conducted a time-motion study to demonstrate how a hospital-based E. T. spent her time. One purpose of this study was to assess whether there was a need for a second E. T. It is facts, not feelings, that are effective in demonstrating quantity of services. However, just because data demonstrate to the E. T. that services are essential and more help is needed, administration may not do anything to facilitate care. They may not value the services as much as the E. T. and her patients do. Administration may not be able to afford another E. T. position, or they may even use the data to demonstrate, for example, that the E. T. is spending too much time delivering direct patient care when she should be conducting in-service training so that others can deliver the care.

The question of who the E. T. should report to is often raised. If an E. T. is hospital based, this question should be addressed as services are being established, not after problems arise. Each hospital is unique, but there are some basic principles that apply to all situations. Whether the E. T. is in a staff or in a line position, she should report (١) to a nurse, (٢) to a nurse who has authority to facilitate delivery of E. T. services, and (٣) to a nurse who understands what E. T. practice is, unequivocally supports it, and is clearly an advocate of enterostomal care.

It is essential that the E. T. also develop a working relationship with at least one physician or surgeon who has respect and authority. This person will call on the E. T. for her services and insist that others do likewise. There is no doubt that this person will make many patient care, education, consultation, and research opportunities available to the E. T. that she would otherwise not enjoy. The E. T. should work with this doctor as a colleague, however, not in a boss-employee relationship.

Some hospitals feel that they cannot use the services of an E. T. on full-time basis. At times, hospitals have found that once they start utilizing the E. T., they really do need her full time. However, when this is not the case, if an E. T. wants to work full time she may arrange timesharing with two or more health care facilities. It could be arranged so that each employer contributes a share of the salary and benefits. The E. T. working part time only at one institution should be protective of her time. For example, if she works on an on-call basis ٢٠ hours a week, she may find herself going to work ٣ hours a day, ٧ days a week. A much better arrangement might be to work ٣ partial days each week. Part of that time could be used for in-service education so that the staff can provide some of the care when the E. T. is not available.

In some instances, the E. T. may be hired full time but the arrangement is that she will share her time between delivery of E. T. services and other responsibilities, such as head nurse on a general surgical service. Again, a timesharing system that is no thaphazard must be arranged. The E. T. will find it impossible to be called to see patients on an "as Needed" basis while she attempts to meet her other obligations. She will also have to make special arrangements regarding who she reports to. Reporting to one authority for E. T. services and to another authority for the other portion of her position may result in lack of communication, lack of time coordination, and each supervisor expecting all of the nurse's time, not just the percentage agreed on.

THE ENTEROSTOMAL THERAPIST IN NON-HOSPITAL BASED PRACTICE

The majority of E. T.s are hospital based, but more and more E. T. s work in private practice, in home health care agencies (proprietary and nonproprieteray), and in industry in product development, sales, education, and clinical testing. Enterostomal therapy is an exciting nursing specialty because of the many routes an E. T. has to choose from in practicing her specialty.

It is beyond the scope of this unit to describe in detail how to establish a private practice, but some areas of consideration are raised. There is much more to going into private practice than hanging out a shingle. One must give serious thought to budgeting, especially to start-up monies and financing while the practice gets established. Incorporation, tax responsibilities, insurance, office space, employees, telephone service billing, and scheduling, to name just a few, must be considered long before one makes the move to start a private practice. The advice of lawyers, accountants, and businessmen is well worth the time and money spent. E. T. s should remember that they are not only establishing a way to conduct their specialty practice, they are also going into business.

THE ENTERPOSTOMAL THERAPIST AS CHAGE AGENT

Many E. T. s especially if they are the first practitioners in their institution, do not understand why administration or even the staff nurses with who they work do not seem to appreciate what they are doing. This may be especially hard to understand if it was administration that sent them to E. T. school in the first place.

Before misunderstanding occur, the E. T. should familiarize herself with the dynamics of the change process, her style as a practitioner, and the espoused philosophy of the institution as well as the actual values of those with whom she works and those to whom she reports. Change is a complex process and may be effected in different ways. The E. T. as change agent must first assess the people and the environment before determining if change is in order and what changes should be made. Change should be planned as much as possible; it should nit be spontaneous or forced. Although it would be nice if change could occur overnight, in reality it may take ٦ months, especially if it is to be effective and to last.

Periodically the E. T. should compare her philosophy of practice with the stated philosophy of her employing institution as well as the practice philosophy of her colleagues and superiors. If there has been professional dissonance it may be because the value systems are different. The E. T. must decide if she can change, if she can effect change in others, or if she should seriously consider leaving that institution or that department.

The E. T. must examine her own style as a change agent. It is much more effective to have others willingly accept new and different ways to do things rather than force things on them. Inherent in change in change is threat, and some resistance should be anticipated. Force will not change this reaction; it will reinforce it.

All new E. T. s after ٦, ٧, or ٨ weeks of education have many new ideas that they want to try out. One rarely becomes an expert practitioner in this length of time, and the E. T.

should first plan to assess her work environment in light of her new knowledge, before planning for change. Priorities should then be set; the "need to be altered" should receive attention before the "it would be nice if" are touched. The E. T. may also decide that certain things that need to be changed can be left alone, at least for now.

The E. T. who to E. T. school as a staff nurse and returned as an E. T. practitioner should never forget that her staff nurse colleagues are key allies in delivering improved services. The new E. T. is not better than her colleagues; she has simply acquired new skills and knowledge. Successfully conducting oneself as a practitioner of enterostomal therapy does not just happen. It requires assessing planning, implementing, and evaluating the environment, the people, and one's own style of practice.

ENTEROSTOMAL THERAPY EDUCATION

Enterostomal therapy education may be obtained as continuing education in anywhere from 6 to 8 weeks. (Contact the LAET for a current list of IAET accredited programs.). This education is evenly divided between didactic and clinical experience. Every accredited program includes information in all of these areas in its curriculum student/ faculty ratios are no more than 8:1 and in many cases are 1:1 or 2:1, which assures a student/ mentor relationship. Accredited programs also assure an average student/ patient ratio of at least 1:6; including a variety of stoma types, pathologic conditions, and inpatient as well as outpatient contact.

To be eligible for E. T. education, one must be currently licensed as a registered nurse and have 2 years of recent, full-time clinical experience in areas pertinent to E. T. practice, such as medical-surgical experience. Some, though not all, schools require that the E. T. candidate be assured of a full-time E. T. position upon completion of the program.

E. T. education originated in the United States. However, there is worldwide impetus in this field, and educational programs (though not necessarily IAET accredited) are developing in Europe, Africa, Asia, and Australia.

Upon completion of a professional enterostomal therapy education program, the graduate is an enterostomal therapist (E. T.). She may or may not receive a certificate indicating successful completion of the program. However, to become Board Certified in enterostomal therapy one must be a graduate of an accredited program and then pass an examination. Board certification is optional but highly valued, because it demonstrates a current standard of entry level knowledge. It is renewable every 5 years.

International groups such as the International Ostomy Association (IOA) and the World Council of Enterostomal Therapy (WCET) have done a great deal to increase awareness of enterostomal therapy practice and education. International meetings are providing important forums for the exchange of ideas, experience, and research.

REFERENCES

- Benfield, J. R., Fowler, E., and Barrett, P., (1970). Enterostomal therapy, Arch. Surg. 107: 62, 1970.
- Bromley, B., (1980). "Applying Orem's self-care theory in enterostomal therapy", Am, J. Nurs. 80: 240, February.
- Feutz, S., and Jackson, B. S., (1979). Justifying clinical nursing specialists, Supervisor Nurse, 10, 28.
- Jackson, B. S., (1970). The clinical nurse specialist: the nursing department's case for the hospital administrator, Supervisor Nurse, 4: 29.
- Jackson, B. S., (1980). "The growing role of nurses in enterostomal therapy", Semin. Oncol. 7 (1): 48, March.

Lenneberg, E. S., (١٩٧٤). the roel of enterostomal therapists and stoma rehabilitation clinics: a second look, Caner ٣٤: ٩٧٧.

الملحق رقم (٦)

CHANING THE APPLIANCE

Check List

No.	Procedure	Action	
		Done	Not Done
	Providing Privacy		
	Explain the Procedure to Patients		
	Collect all equipment needed		
	Ensure new appliance is prepared		
	Empty the appliance (bag)		
	Wash your hands		
	Remove the old appliance carefully		
	Place used appliance in disposal bag		
	Wipe excess waste with soft tissue		
	Cleanse skin around stoma with plain warm water		
	Dry skin well		
	Measure stoma to check correct appliance size		
	Place prepared appliance over stoma		
	Check bag is secure and correctly fitted		

	Check clip or closure is secure		
	Place all soiled items in to disposal bag		
	Wash your hands		

