

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

دفتر توسعه آموزش

تأسیسات

نویسنده:

زمره دمقانی

ویراستار:

دکتر عباس عباس زاده

عنوان: شایستگی بالینی

نویسنده: زهرا دهقانی

ویراستار علمی: دکتر عباس عباس زاده

ناشر: دفتر توسعه آموزش، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

محل انتشار: دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

زمان نشر: تابستان ۸۹

فهرست

صفحه

۳	تعریف و پیشینه
۷	محتوی و اصول
۱۱	آموزش بالینی در پرستاری
۲۰	رویکردهای مختلف صلاحیت
۲۶	روش های ارزیابی صلاحیت
۴۸	منابع

شایستگی بالینی: تعریف و پیشینه

پرستاری برای نخستین بار بر اساس دیدگاه‌های جامعه‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است. به همین دلیل نیز پرستاران چیزهای زیادی در باره روابط بین فردی، نقش‌ها، پدیده اجتماعی شدن، فرهنگ پذیری در پرستاری بالینی فرا گرفته‌اند. در نقطه مقابل پرستاران اطلاعات اندکی در باره چگونگی شکل‌گیری دانش در پرستاری بالینی به عنوان یک رشته کاربردی دارند. در پرستاری این دانش مورد مطالعه قرار نگرفته است و مسائل مربوط به آن به خوبی ترسیم نشده است و به همین دلیل نیز تفاوت‌های موجود بین دانش نظری و دانش عملی پرستاری مورد غفلت و احياناً بد فهمی واقع شده است (۱ و ۲).

در این زمینه آنچه فراموش شده است یادگیری پرستاران بالینی از تجارب و عملکردشان است. پرستاران، نتوانسته‌اند حافظان خوبی برای یادگیری‌های بالینی‌شان باشند. این نارسایی در ثبت عملکردها و یادگیری‌های بالینی موجب شده است تا نظریه‌های پرستاری، از دانش غنی و بی‌همتای بالینی محروم باشند چرا که تجارب و عملکردهای

بالینی که به خوبی ثبت و ترسیم شده باشند عناصر اساسی برای توسعه و تکامل نظریه‌ها محسوب می‌شوند.

تفاوت بین دانش عملی و دانش نظری

نظریه‌ها ابزارهایی قدرتمند برای توضیح و پیش‌بینی هستند. نظریه‌ها به سوالات علمی شکل می‌دهند و اجازه می‌دهند تا به صورت نظام‌مند مجموعه‌ای از وقایع مورد آزمون قرار گیرند. نظریه‌پردازان در تلاشند تا شرایطی را که منجر به رخداد وقایع و موقعیت‌های بالینی در دنیای واقعی می‌شوند شناسایی نمایند. محققین از طریق برقراری روابط تعاملی و نیز روابط علت و معلولی بین وقایع، دانش نظری را توسعه می‌بخشند. در عین حال کاهن (۱۹۷۰) و پولانی (۱۹۵۸) معتقدند که دانش نظری و دانش عملی با هم متفاوت هستند. آنها بر این باورند که مهارت‌های متعددی وجود دارند که بدون دانش نظری کسب می‌شوند و حتی بیش از این، آنها ابراز می‌دارند که ما نمی‌توانیم برای همه مهارت‌های عملی مان محاسبات و دلایل نظری ارائه دهیم و برای این نظر خود مهارت‌های دوچرخه‌سواری و یا حتی شنا را مثال می‌زنند.

از سویی دانش عملی می تواند حتی در مواردی از دانش عملی اجتناب نماید. ممکن است دانش عملی نظریه های فعلی را به چالش بکشد و البته در بسیاری موارد نیز منجر به توسعه آنها شود. بنابر این رشد و توسعه دانش در یک رشته کاربردی و عملی نظیر پرستاری، جز از طریق گسترش دانش عملی و بررسی های علمی مبتنی بر نظریه ها و ترسیم دقیق تجارب بالینی و عملی آن رشته حاصل نمی شود.

دانش درون تجارب

تخصص و مهارت هنگامی بوجود می آید که دانشمندان رشته مورد نظر، گزاره ها، فرضیات و پیش بینی های علمی در باره وقایع بالینی را آزمون و در نهایت پالایش کرده باشند. تجربه در این تعریف موقعی حاصل می شود که تصورات و انتظارات متعصبانه به چالش کشیده شده و پالایش گردند و یا اینکه توسط موقعیت های واقعی بالینی مورد تایید قرار گیرند. بنابر این تجربه یک ضرورت غیر قابل انکار برای تخصص است. برای مثال، قدرت حل مسئله یک پرستار ماهر یا متخصص با یک پرستار تازه کار یا مبتندی متفاوت است. این تفاوت می تواند نشان دهنده میزان

دانش عملی کسب شده توسط این پرستاران از طریق تجارب بالینی آنها باشد. تفاوت عمده در این نکته است که پرستار ماهر و متخصص یک موقعیت بالینی را به صورت یک کل ادراک می کند. او از موقعیت های عینی گذشته به عنوان پارادایمی برای حل مشکل و موقعیت بالینی فعلی استفاده می کند بدون آنکه در حل مشکل، تعداد زیادی گزینه های غیر مرتبط و یا ملاحظات زائد را مد نظر قرار دهد (۳ و ۴). البته همین پرستار ماهر یا متخصص در مواجهه با یک موقعیت بالینی جدید، برای حل مسئله از رویکرد علمی، مدبرانه و تحلیلی استفاده می کند.

گسترش دانش عملی

دانش عملی و بالینی به مرور زمان به دست می آید در حالی که شاید خود پرستاران نیز متوجه آن نباشند.

صلاحیت: محتوای و اصول

صلاحیت ممکن است پر کاربردترین کلمه ای باشد که در آموزش بکار می رود و این مسئله در آموزش پرستاری نیز صادق است. در ارتباط با صلاحیت، مجموعه ای از مفاهیم و واژه ها بوسیله تعدادی از نویسندگان به کار گرفته شده اند. پاری (۱۹۹۸) بین صلاحیت و مفاهیمی همچون صفات و شاخص ها، مهارت ها و توانایی ها، و شیوه ها و ارزش ها تمایز قائل شده است. پاری معتقد است که مدیران در هنگام ارزیابی، به غلط صفات شخصیتی کارکنان را با عملکرد آنها ادغام می کنند. این در حالی است که به طور کلی پذیرفته شده است که شخصیت در اوائل زندگی شکل می گیرد و به آسانی قابل تغییر نیست، و برخی استدلال ها نیز وجود دارد که صفات شخصیتی به ارث برده می شوند و نمی توانند تغییر کنند. بنابر این مدرسان و مربیان بطور کلی هدفشان ارتقاء و اصلاح عملکرد است نه اصلاح شخصیت (۵).

پاری (۱۹۹۸) صلاحیت ها را به عنوان خوشه ای از دانش مرتبط، نگرش ها، و مهارت ها تعریف می کند که بر جنبه ها و مسئولیت های کار تاثیر می گذارد، و در عملکرد شغلی فرد منعکس می شود. این صلاحیت ها

می توانند از طریق استاندارد ها اندازه گیری شوند، همان طور که می توانند از طریق فعالیت های توسعه ای ارتقاء یابند (آموخته شوند). در عین حال پاری تصدیق می کند که برخی از آنها نیز فطری و موروثی باشند(۶).

کامپل و ماکای (۲۰۰۱) تصدیق می کنند که محیط بالینی دارای نسبتی مستقیم با صلاحیت است. آنها هوشمندانه بیان کرده اند که مسئولین تعهدی الزام آور دارند تا محیطی فراهم کنند که به پرستاران اجازه دهد عملکرد خود را به صورت استاندارد اجرا کنند(۷).

اگر چه برخی معتقدند که صلاحیت در بر گیرنده مفهومی است که در قله عملکرد قرار می گیرد، اما این عقاید با نظرات بنر در باره صلاحیت، در مغایرت هستند. بنر(۱۹۸۴) چهارچوبی را ارائه کرده است که پنج مرحله برای رشد و تکامل صلاحیت در پرستاران توصیف می کند. این پنج مرحله عبارتند از:

۱. مبتدی
۲. تازه کار
۳. با صلاحیت
۴. ماهر
۵. و خبره.

فرد مبتدی عملکردی ناشیانه دارد و بدون توجه به موقعیت قواعد را بکار می برد و هیچ تجربه ای از عملکرد در محیط جدید ندارد. فرد تازه کار از تجربه اندکی به منظور نمایش عملکرد قابل پذیرش برخوردار است و ممکن است قادر باشد جنبه های خاصی از موقعیت را از هم تمییز دهد. فرد با صلاحیت دارای ۲-۳ سال تجربه کاری است و قادر است عملکردی سنجیده را ارائه دهد. اعمال پرستار با صلاحیت چیزی بیش از واکنش به وقایع در موقعیت های مختلف کاری است. پرستاری که در مرحله چهارم تکامل صلاحیت قرار دارد، موقعیت ها را به صورت یک کل و به طور جامع می نگرد نه به صورت یک مجموعه متشکل از جنبه های جدا از هم. بالاخره، پرستار خبره که از دیدگاه بنر در آخرین و بالاترین مرحله تکامل صلاحیت قرار دارد، می تواند در زمینه های مختلف بدون توجه به قواعد عمل کند. تجارب این گروه از پرستاران به آنان اجازه می دهد تا موقعیت ها را بصورت شهودی ادراک کنند و بر روی جنبه های برجسته تر آن تمرکز کنند. بنر بر اساس این چهارچوب، رویکردهای آموزشی متفاوتی را برای پرستاران در هر سطح پیشنهاد می کند و توضیح می دهد که چرا برخی رویکرد های آموزشی در هر یک از این مراحل نامناسب یا بی تاثیر هستند (۸)

نولین (۱۹۸۸) سه مدل توسعه مداوم حرفه ای را معرفی و مورد بحث قرار می دهد: مدل به روز سازی، مدل صلاحیت، و مدل عملکرد. بیشتر برنامه های آموزش مداوم حرفه ای که امروزه مورد استفاده قرار می گیرند، با مدل به روز سازی منطبق هستند. این مدل بر پارادایم پوزیتیویسم مبتنی است. اساس بحث در این پارادایم این است که حرفه ها باید از طریق توسعه و تکامل در رشته خود، به روز باقی بمانند. فرض این رویکرد عام و کلی این است که همه حرفه ها در درون رشته خود، نیازمند همان اطلاعاتی هستند که به وسیله مدرسان آن رشته انتخاب شده اند و معمولاً بوسیله سخنرانی ها به فراگیران (غیر فعال) ارائه می شود. این مدل به طور کلی بر ایجاد اطلاعات تمرکز دارد. گواهی ارائه شده به این افراد، در حقیقت، گواهی مشارکت است نه گواهی یادگیری.

در مدل صلاحیت، علاوه بر دانش مورد نیاز حرفه ها، مهارت های فردی (تفکر انتقادی یا روابط بین فردی)، صفات فردی (رعایت اخلاق، ابتکار، خود راهبری)، و خود پنداره مثبت نیز مورد نیاز حرفه است. مهارت های کاربردی نظیر ایفای نقش، مطالعات موردی، و مهارت حل مسئله که به ساخت صلاحیت ها کمک می کنند در محیط کار مورد نیازند. محدودیت

اصلی این مدل که توسط نولین مطرح شده است این است که بر افراد متمرکز است و سیستم های بزرگتر را که حرفه بخشی از آن است، به رسمیت نمی شناسد. علاوه بر این، مدل صلاحیت به توصیف صلاحیت هایی می پردازد که به صورت بالفعل وجود دارند و در مورد صلاحیت هایی که وجود ندارند و یا ممکن است وجود داشته باشد غفلت کرده است.

آموزش بالینی و در پرستاری

نقش آموزش پرستاری در توسعه مهارت های پرستاران مورد تأکید صاحب نظران میباشد. به اعتقاد آنها، نوع، نحوه و میزان مشارکت پرستاران به این بستگی دارد که چطور تربیت شده اند مسأله آموزش بالینی و آماده سازی دانشجویان برای پذیرش نقشهای مختلف در عرصه های خدمات بهداشتی و درمانی از اهم فعالیتها و اهداف دانشکده پرستاری است. محتوای آموزشی پرستاری عمدتاً تئوریک و غیر کاربردی است پرستاران بالینی و شیوه عملکرد روتین -محور آنها نیز به عنوان الگوی نقش برای دانشجویان عمل کرده و مانع توسعه مهارتهای بالینی گردیده است. (۹)

آموزش یکی از عمده ترین و کار امدترین ابزار کسب صلاحیت بالینی میباشد . سکرست^۱: در سال اول هر پرستار میتواند درک نماید که بالاخره چگونه و چطور کار کند و چه کاری را در واقع انجام دهد و لذا هر چه این دوره زمانی بیشتر شناخته شود تأثیرات آن روی تجارب حرفه ای شدن برنامه آموزشی و آموزش پرستاران بیشتر میتواند باشد {۱۰}

درونمایه‌های استخراج شده در مطالعه سکرست و همکاران عبارت میباشد از آموزش پنج درونمایه یا متغیر مؤثر بر صلاحیت بالینی هر یک از این متغیرها دارای دو تا سه زیرشاخه است که ابعاد اصلی آن متغیر را نشان می‌دهد، پنج متغیر اصلی بر تصمیم گیری بالینی مؤثر در پرستاری تأثیر دارند که عبارتند از فرهنگ و ساختار ، خودباوری ، داشتن کفایت حرفه ای، آموزش پرستاری ، حمایت شدن در این میان آموزش پرستاری و حمایت شدن توسط سازمان متغیر اصلی است که بطور مستقیم و فرهنگ و ساختار سازمان غیر مستقیم سایر متغیرها را تحت تأثیر خود قرار میدهد(رحیمی ۱۳۸۴).

^۱ -Secrest

متغیرهای استخراج شده از مطالعات و داده‌ها و زیر طبقات آنها تاکید دارد بر کفایت بالینی، خودباوری، فرهنگ و ساختار سازمان حمایت شدن، آموزش پرستاری، برخورداری از دانش، برخورداری از تجربه، کاربرد درست دانش و مهارت، اعتماد به نفس، احساس خودکارآمدی، توانایی ابراز وجود، برخورداری از اختیار، الگوی نقش، محتوای برنامه درسی، رو شهای آموزشی، احساس تعلق داشتن، دانستن، قاطعیت، پرستاران { ۱۱ } اصولاً احساس تعلق از ویژگیهای اساسی هر انسان میتواند باشد. تعلق به خانواده و گروه اجتماعی خود و این شبکه ارتباطات فردی همراه با شبکه‌های از ارتباطات حرفهای باعث افزایش حس اعتماد به نفس میشود (۱۲)

دانستن نیز ضرورت دیگر حرفه ای شدن است و البته دانستن فراتر از داشتن مهارتهای ذهنی یا حتی روانی حرکتی خاص است و این دو ویژگی باعث ایجاد حس قطعیت و قاطعیت در تصمیم سازهای حرفه ای میشود { ۱۳ }

مسائل مربوط به فرهنگ و متغیرهای فرهنگی و تأثیر آن بر فرآیند حرفه ای شدن در پرستاری نیز از مسایلی است که باید به آن اشاره داشت. فرهنگ در واقع الگوی ادراکات، رفتارها و انتظارات یک گروه یا

جامعه خاص را تعیین نموده و مجموعه پیچیده‌ای است که بر اساس فرم‌های حاکم بر یک جامعه رفتارهای افراد را هدایت نموده و به تجارب حرفه‌ای شدن آن گروه خاص هویتی ویژه میبخشد. اگر چه تعاریف متعددی از فرهنگ ارایه گردیده، اما نکته حایز اهمیت این است که این فرهنگ در خلاء شکل نگرفته بلکه به تدریج و به صورت ناخود آگاه توسط افراد و در تعامل با دیگران آموخته میشود و در یک دوره نه چندان طولانی بعد از جایگزینی مناسب، انتظارات خود را بر رفتار افراد حاکم نموده و رفتارهای آنان را شکل داده و هدایت مینماید {۱۴} فرآیند ارتباط مناسب و فرآیند اجتماعی شدن در واقع دو فرآیندی است که ارزشها و انتظارات جامعه از یک گروه خاص از طریق آن شکل گرفته و نسل به نسل انتقال مییابد اگر چه این ارزشها و انتظارات متفاوت و متنوع است اما ذات وجودی این پدیده همواره حرف گوناگون را تحت تأثیر خود قرار میدهد. لذا نگاه جامعه به پرستاری و حساسیت افکار عمومی به آن تصویری ویژه از حرفه پدید آورده است. (احمدی 1384) این تصور هر چه هست پرستاران را شدیداً متأثر مینماید و بر هویت حرفه‌ای آنان تأثیر میگذارد. اما نکته حایز

اهمیت این است که به طریق اولی این خود پرستاران هستند که این تصور را می آفرینند.

بنابراین در یک عبارت کلی مفهوم آموزش برای حرفه ای شدن عبارت است از:

دانایی، تجربه و استقلال در عمل و ارائه یک مراقبت اصولی و فراگیر.

برخورداری پرستار از کفایت بالینی و اعتماد به نفس از متغیرهای درونی و برخورداری از حمایت، فرایند آموزش پرستاری و فرهنگ و ساختار حاکم بر سازمان از متغیرهای بیرونی مؤثر بر تصمیم گیری بالینی در پرستاری هستند. اگرچه الگوهای مختلفی برای صلاحیت بالینی ارائه شده است ولی هریک از این الگوها توجه خود را به یک دسته از این عوامل معطوف نموده اند. شاید مؤثرترین الگو، الگویی باشد که بطور همزمان این دو دسته متغیر را مورد توجه قرار دهد {۱۵}. برای توصیف فرایند اتخاذ مهارت مربوط به مراقبت از بیمار، اصطلاحات مختلفی مانند توانایی بالینی و صلاحیت بالینی بکار رفته است. تمامی این واژه‌ها بر جمع آوری اطلاعات، اولویت بندی داده‌های مهم، انتخاب و اجرای راه حلها و ارزشیابی نتایج دلالت دارند {۱۶}.

کفایت بالینی پرستار عصری کلیدی در مراقبت بالینی بوده و خود، ناشی از برخورداری پرستار از دانش، مهارت و تجربه بالینی است {۱۷} مهارت عامل مؤثری در تصمیم گیری بالینی است. به عبارت دیگر، یک تصمیم مؤثر، مستلزم تلفیق دانش و مهارت و ارتباط نزدیک با بیمار برای درک عمیق وضعیت است، که توسط برخی دیدن تصویر «یا» درک عمیق تصویر بالینی به وضعیت بالینی تعبیر شده است. وایت^۲ گزارش نموده است که پرستارانی که اعتماد به نفس بیشتری داشته اند کنترل بهتری بر کار خود اعمال نموده و تصمیمات مؤثرتر و مستقلانه تری را برای مراقبت از بیمار اتخاذ نموده اند. مطالعات دیگری نشان داد ه اند که احساس خود - کارآمدی فرد بیش از مهارت حقیقی او در عملکردش تأثیر دارد. افراد خودباور دارای مرکز کنترل درونی بوده و به توانایی خود برای نفوذ و تأثیرگذاری بر امور و نتایج آنها باور دارند. بنابراین، به نظر میرسد که خودباوری عامل مهمی در اتخاذ کسب صلاحیت بالینی است. (زارعیان 1384) فقدان اعتماد به نفس دانشجویان از مهمترین موانع مهارت اموزی مستقل بالینی در دانشجویان پرستاری دانسته اند. عوامل محیطی، نوع تعلیم

^۲ -wite

و تربیت آکادمیک، میزان دانش حرفه ای و تجارب بالینی و نیز نوع روابط و تعاملات مدیران با پرستاران نقش مهمی را در اعتماد به نفس پرستار و صلاحیت بالینی آنها بازی می‌کنند {۱۸}

به نظر می‌رسد دانشجویان پرستاری، عقاید خاصی را در مورد پایین دست بودن خود درونی نموده شک به دانش و توانایی و کفایت خود اعتماد به نفس آنها را کاسته و باعث شده تا آنها تمام اختیار را به کسانی که آنها را از خود بهتر می‌دانند واگذار نمایند {۱۹}

وایت^۳ بررسالت آموزش تأکید کرده است و آنرا پایه پرستاری جهت آماده سازی پرستاران عمومی می‌داند که قادر به تدارک مراقبت پرستاری در انواع مختلفی از شرایط و محیط‌های بالینی می‌باشند. تحقیقات مختلف نیز نقش مؤثر مربیان و مؤسسات آموزشی را در توسعه مهارت‌های تصمیم‌گیری در پرستاران تأیید نموده‌اند محققان، روش‌های آماده سازی دانشجویان پرستاری را برای گذر موفق از دانشکده به شرایط بالین ناموفق ارزیابی نموده‌اند. به نظر می‌رسد که محتوای آموزشی پرستاری شامل حجم زیادی از مواد تئوریک است (۲۰) که عمدتاً مبتنی بر مدل طبی بوده و

^۳ - White

مربیان پرستاری خود را برای انتقال مقدار زیادی از محتوای تئوریک تحت فشار دیده و در نتیجه فرصت کافی برای آموزش‌های عملی و بکارگیری روش‌های آموزشی دانشجو محور، توسعه مهارت‌های تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری بالینی را بدست نمی‌آورند. روش‌های آموزشی آنها معمولاً معلم-محور است. این روش‌ها، دانشجویان را عمدتاً پذیرنده، منفعل، وابسته و زیر دست بار می‌آورد (پورزراع ۱۳۷۶) اسپلاند و شانتا^۴ این یافته را تأیید نموده و معتقدند که مربیانی که استقلال، خودآموزی، و مشکل‌گشایی را تقویت میکنند با افزایش عزت نفس دانشجویان و تأثیر مثبت بر اعتماد به نفس سبب توسعه رفتارهای غیر وابستگی در آنها می‌شوند. پرستارانی که به این ترتیب آموزش می‌بینند از مسؤولیت پذیر بیشتر و مداخله مستقل برخوردارند (۱۳۸۸ حیدری) یکی از اهداف اساسی آموزش پرستاری ارتقای سطح صلاحیت ارتباطی در دانشجویان است ارتباطات جزء مفاهیم پایه و اولین موضوعاتی است که دانشجویان پرستاری باید آن را یاد بگیرند. امروزه اهمیت و لزوم ارتقای مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان پرستاری بر کسی پوشیده نیست؛ چرا که برای ارایه مراقبت پرستاری به

^۴ - Espland and Shanta

بیماران، برقراری ارتباط دانشجویان پرستاری با بیماران و خانواده شان در موقعیت‌های بالینی ضروری است {۲۱} کلید آگاهی از نیازهای اختصاصی بیماران، برقراری ارتباطات صحیح با آنان است. امروزه تأکید بر دیدگاه کل نگر و بیمار محور در پرستاری مطرح می‌باشد، بنابراین شناسایی همه جانبه بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد و این پدیده اتفاق نمی‌افتد مگر از طریق برقراری ارتباطات بهینه و اثربخش با آنان برقراری ارتباط با بیمار مرحله اولیه و هسته اصلی مراقبت‌های پرستاری است (۲۱) ارتباط با بیمار جنبه مهمی از فرایند یادگیری است و بر ارتقای حرفه ای و فردی، اعتماد به نفس و عزت نفس دانشجویان پرستاری مؤثر است دانشجویان پرستاری باید توانایی برقراری ارتباط با اعضای تیم مراقبت بهداشتی را نیز کسب کنند. تحقیقات در زمینه بررسی ارتباطات بین دانشجوی پرستاری و بیمار از دهه 1980 افزایش یافته است. بیشتر مشکلاتی که در سیستم ارایه مراقبت بهداشتی وجود دارد به واسطه ارتباطات ضعیف گزارش شده است. مطالعات انجام گرفته در بررسی تجربیات و ادراکات دانشجویان درباره موقعیت‌های بالینی و بیماران نشان می‌دهد که دانشجویان ارایه مراقبت بیمار محور را مشکل می‌دانند (۲۲) و دانش و مهارت لازم را در برقراری

ارتباط با بیماران ندارند. علاوه بر این کمبودها و مشکلاتی در آموزش و ارزشیابی، مهارت‌های ارتباطی گزارش شده است کریجور^۵ و همکاران با مروری منظم بر نتایج مطالعه انجام یافته در زمینه ارزشیابی برنامه‌های آموزش ارتباطات در مراقبت پرستاری، نشان دادند که این برنامه‌ها بر مهارت‌ها و تغییرات رفتار عملکردی پرستاران و برآیندهای بیمار بی تأثیر بوده و یا تأثیر کمی داشته و اکثر این برنامه‌ها طراحی ضعیفی نیز داشته است. نتایج مطالعه نشان داد که دانشجویان در ارزیابی توضیحات لازم به بیمار از قبیل توصیف بیماری، گفتن حقایق و واقعیت‌ها مشکل دارند.

رویکرد های مختلف به موضوع صلاحیت

استفاده از واژه صلاحیت در پیشینه تحقیق، نشان دهنده نوعی ابهام در کاربرد این واژه است به گونه ای که واژه هایی نظیر شایستگی، قابلیت، و حتی عملکرد به صورت همسان و یا به عنوان واژه های جایگزین صلاحیت مورد استفاده قرار گرفته اند. به نظر می رسد تفاوتی واضح بین معنی صلاحیت و شایستگی وجود داشته باشد (مانلی و گاربت ۲۰۰۰). صلاحیت،

° - Kruijver

مفهومی مربوط به شغل است که بر توصیف یک اقدام، رفتار یا نتیجه آن رفتار تمرکز دارد به گونه ای که فرد شاغل باید در عملکرد خود آن را به نمایش بگذارد. از سوی دیگر، شایستگی مفهومی مربوط به شخص است که اشاره به ویژگی های فردی و کیفیت هایی دارد که منجر به ارائه عملکرد اثربخش و عالی توسط او در یک شغل می شود. بر اساس نظر وودراف (۱۹۹۳)، صلاحیت جنبه هایی از شغل است که فرد می تواند انجام دهد، در حالی که شایستگی جنبه هایی از رفتار فرد است که زیر بنای عملکرد با کفایت اوست.

البته هر یک از این واژه ها در خاستگاه خود، به مدل ها یا رویکرد های خاصی تعلق داشته اند که متأسفانه به مرور زمان شفافیت خود را از دست داده اند. در اوائل ۱۹۷۸، کویت باتلر بیان کرده است که نوعی عدم توافق فراگیر در بین مدرسین در باره مفهوم صلاحیت و چگونگی توصیف آن وجود دارد (ص ۷). به دنبال این اظهار نظر، شورت (۱۹۸۴) چنین استدلال کرده است که بیشتر ابهام ها و تعابیر نادرست به کار رفته در باره صلاحیت، ناشی از این فرض است که صلاحیت، بیشتر مفهومی توصیفی است تا

هنجاری و آن را بیشتر به یک چیز یا یک فعالیت معطوف می سازند تا یک کیفیت یا چگونگی و حالت آن (ص ۲۰۳).

او تفاسیر مفهومی زیر را در باره صلاحیت با تاکید بر جنبه هنجاری این تفاسیر از خود به میراث گذاشت که رویکرد های موجود در باره صلاحیت از آنها اقتباس شده اند:

- عملکرد ممکن است به منظور تعیین صلاحیت افراد و با تکیه بر رفتار های ویژه مورد سنجش قرار گیرد (رویکرد رفتاری یا عملکردی).
- صلاحیت ممکن است به عنوان معیاری از میزان قابلیت که در باره یک فعالیت خاص کافی فرض می شود، مورد توجه قرار گیرد (رویکرد عام).
- مفهوم جامع صلاحیت شامل دانش، مهارت ها، نگرش ها، عملکرد ها در سطح کفایت است (رویکرد کل نگر).

استفاده از الگوها و تئوریهای پرستاری

نظریه‌ها ابزارهایی قدرتمند برای توضیح و پیش‌بینی هستند. نظریه‌ها به سوالات علمی شکل می‌دهند و اجازه می‌دهند تا به صورت نظام‌مند مجموعه‌ای از وقایع مورد آزمون قرار گیرند. نظریه‌پردازان در تلاشند تا شرایطی را که منجر به رخداد وقایع و موقعیت‌های بالینی در دنیای واقعی می‌شوند شناسایی نمایند. محققین از طریق برقراری روابط تعاملی و نیز روابط علت و معلولی بین وقایع، دانش نظری را توسعه می‌بخشند. در عین حال کاهن (۱۹۷۰) و پولانی (۱۹۵۸) معتقدند که دانش نظری و دانش عملی با هم متفاوت هستند. آنها بر این باورند که مهارت‌های متعددی وجود دارند که بدون دانش نظری کسب می‌شوند و حتی بیش از این، آنها ابراز می‌دارند که ما نمی‌توانیم برای همه مهارت‌های عملی مان محاسبات و دلائل نظری ارائه دهیم و برای این نظر خود مهارت‌های دوچرخه سواری و یا حتی شنا را مثال می‌زنند.

از سویی دانش عملی می‌تواند حتی در مواردی از دانش عملی اجتناب نماید. ممکن است دانش عملی نظریه‌های فعلی را به چالش بکشد و البته در بسیاری موارد نیز منجر به توسعه آنها شود. بنابر این رشد و توسعه

دانش در یک رشته کاربردی و عملی نظیر پرستاری، جز از طریق گسترش دانش عملی و بررسی های علمی مبتنی بر نظریه ها و ترسیم دقیق تجارب بالینی و عملی آن رشته حاصل نمی شود.

عوامل تحریک کننده تداوم صلاحیت

اگر چه نیاز به تضمین تداوم صلاحیت از سال ۱۹۳۷ مورد توجه قرار گرفته است، اما پیشرفت ها در این زمینه در سال های متمادی چشمگیر نبوده است. در چند سال اخیر، سازمان های پرستاری مسئول، موضوع صلاحیت را بطور کلی و تداوم صلاحیت را بطور خاص مورد بحث، مناقشه و توجه قرار داده اند. اما چه نیرویی در پشت این تمرکز قوی است؟

در توضیح این انگیزه قوی، دراکر (۱۹۶۹) گزارش هایی را در باره برخی تغییرات در جوامع توسعه یافته ارائه کرده است. افزایش انتقال از مراکز روستایی به شهرها، تغییر کارگران به کارکنان با دانش، و انفجار اطلاعات، مهمترین این تغییرات هستند. طی ۵۰۰ سال پس از اختراع ماشین چاپ، ۳۰ میلیون کتاب در جهان و در طی ۲۵ سال، برابر با کل سال های قبل کتاب چاپ شده است (۵).

انفجار اطلاعات تنها یکی از عوامل موثر و محرک تداوم صلاحیت است. این افزایش تولید اطلاعات، تکنیک های جدید، و نوآوری در درمان ها؛ موجی از تغییرات را بدنبال دارد. اغلب، قبل از آن که یک تغییر به طور کامل اجرا و ثبت شود، توسط تغییر بعدی از صحنه بالین جارو می شود. عملکردها و صلاحیت ها همیشه در حال تغییرند. برای مثال، تولید اطلاعات و میزان دسترسی به آن ها افزایش یافته است. چنان که چک و دوس کاش (۱۹۹۸) تعیین کرده اند که سواد اطلاعات به عنوان یک صلاحیت ضروری برای تضمین اینکه پرستاران در تمام عمر مشغول فراگیری هستند شمرده می شوند. سواد اطلاعات شامل دسترسی به داده های فیزیکی و هوشی است و چیزی بیش از جستجو در پایگاه داده ها و یا پرینت آن است (۶).

عامل دیگر موثر بر صلاحیت، سیاست ها و قوانینی است که یا تصویب شده اند و یا در حال تصویب هستند تا برنامه های تضمین کیفیت مورد نیاز به اجرا در آیند و اعضاء حرفه های مراقبتی موظف به تداوم صلاحیت خود شوند. البته عقیده بر این است که حال که بر اساس قانون، یک برنامه تضمین کیفیت اجتناب ناپذیر است، بهتر است تا در طراحی و اجرای آن توافق و همکاری اعضاء حرفه در حد غنا و در بالاترین سطح

ممکن باشد، نه اینکه صرفاً بصورت یک قانون اجباری و نامطبوع ابلاغ شده از سطوح بالاتر باشد (۲۲).

اگر چه برخی محققین معتقدند که فشار مصرف کنندگان و دولت از عوامل مهم تداوم صلاحیت در پرستاران هستند، اما پرستاران ابراز می‌دارند که آنها خود نیز علاقمند به تداوم صلاحیت هستند و می‌خواهند که صلاحیت خود را حفظ کنند (۲۱).

روش های ارزیابی صلاحیت

صلاحیت با استفاده از روش های مختلفی قابل اندازه گیری است. آزمون های کتبی، آزمون های رایانه ای، ثبت عملکرد، سیمولاتورها، ارزیابی توسط مراجعین، ارزیابی توسط همکاران، و ارزیابی توسط مافوق و البته روش خود ارزیابی. در عین حال تاکید شده است که هیچ کدام از این روش ها به تنهایی جامع نیستند.

هر یک از روش های اندازه گیری دارای نقاط قوت و ضعف مخصوص به خود هستند. آزمون های کتبی و رایانه ای می‌توانند در ارزیابی توانایی ها، صفات، و دانش به کار گرفته شوند، اما نمی‌توانند مهارت هایی را

که نیازمند برخی اعمال فیزیکی هستند ارزیابی نمایند. به کمک روش ثبت عملکرد، اگر چه امکان ارزیابی پرستار بدون آگاهی خود او وجود دارد و این یک مزیت محسوب می شود، اما در این روش نیز معمولاً همه جوانب عملکرد قابل سنجش نیست و اطلاعات مهمی از عملکرد مورد توجه قرار نمی گیرد. روش استفاده از سیمولاتور ها نیز نیازمند نظارت و مشاهده است که ممکن است ترس از ارزشیابی را در پرستار ایجاد نماید و عملکرد او را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین در نقطه مقابل، آگاهی پرستار از ارزیابی، ممکن است سبب ارائه مراقبت و توجه بیشتر ولی کاذب به بیمار شود که با یکی از اهداف ارزیابی که راستی آزمایی است در تضاد است (۲۲).

ارزیابی توسط مراجعین برای ارزیابی مراقبت ارائه شده توسط پرستاران اساسی است. نحوه مراقبت نیز در پرونده ها منعکس شده است و این پرونده ها نیز مستندات خوبی برای ارزیابی هستند. یک پرستار همکار و خیره مستندات پرونده را در برابر استاندارد ها ارزیابی می کند. در روش ارزیابی توسط همکار، ارزیابی، پایش، قضاوت و ارائه بازخورد توسط همکار از طریق مقایسه عملکرد واقعی او با استاندارد ها انجام می شود. ارزیابی توسط همکار عنصری اساسی برای خود تنظیمی محسوب می شود. خود تنظیمی

اعتبار، احترام و اعتماد جامعه به حرفه را تقویت می کند و موجب استقلال و مسئولیت پذیری افراد حرفه می شود(۲۲). در عین حال، و اگر چه به کارگیری روش ارزیابی توسط همکار مورد تایید و پشتیبانی منابع علمی قرار دارد اما به طور کلی پرستاران با این مکانیزم چندان راحت نیستند.

مک آلیستر و اوزبورن (۱۹۹۷) متذکر شده اند که ارزیابی توسط همکار، عملکرد بالینی، مسئولیت پذیری فردی و کیفیت مراقبت را ارتقاء می بخشد. یافته های آنها نشان می دهد که پرستاران می دانند که پرستاری فقط مراقبت، دانش یا مهارت های خاص نیست بلکه پرستاری مفاهیمی همچون مسئولیت پذیری و تقویت همکاران نیز هست(۲۰). روپر و راسل (۱۹۹۷) نیز معتقدند که ارزیابی توسط همکار با مشارکت در اداره امور و ویژگی عملکرد حرفه ای منطبق است(۱۱).

ارزیابی صلاحیت یک ارزیابی ساختار مند و رسمی پرستاران در محیط کار بالینی است و در انجام آن از ابزار های روا و پایا و تکنیک های مختلف استفاده می شود. اما به منظور کسب صلاحیت نیز روش هایی معرفی شده اند که از جمله آنها می توان به عملکرد بالینی، دوره های مخصوص افراد تازه کار و برنامه های آموزش مداوم اشاره کرد. همچون

روش های مختلف ارزیابی، این روش ها نیز جامع و فراگیر نیستند. از این بین، اولین آنها، یعنی عملکرد بالینی، اشاره به کسب صلاحیت، متناسب با ساعت های عملکرد بالینی فرد دارد. پیش فرض این روش این است که هنگام کار، پرستار با ارزیابی غیر رسمی و مداوم توسط همکار مواجه می شود و به همین دلیل فرصت دارد تا دانش، تکنولوژی و عملکرد خود را به روز نگه دارد. این روش در واقع انعکاسی از مدل بروز سازی نولین (۱۹۸۸) است (۲۰).

پرستارانی که پس از چندین سال عدم اشتغال در حرفه پرستاری وارد کار بالینی می شوند با ورود به محیطی که تغییرات زیاد و جدیدی داشته است، نیازمند این هستند تا در برنامه های افراد تازه کار شرکت کنند. در برخی کشور ها صرفا شرکت در این برنامه ها کافی است اما در برخی کشور ها پرستاران پس از شرکت در این برنامه ها باید در آزمون مربوطه نیز شرکت کنند.

در کمال تعجب، برخی محققین با اجباری بودن آموزش های مداوم مخالفند. شریان (۲۰۰۲) در مطالعه خود، به این نظرات و ادله مخالفین آنها توجه نموده است. او می نویسد که این محققین با ظرافت، مخالفت خود را

با اجباری بودن آموزش مداوم اعلام کرده اند. آنها معتقدند که این تصور کلی که افراد مجبور باشند بنشینند و به سخنرانی گوش کنند، متناقض و در مخالفت با جوهره آموزش بزرگسالان است که فرض مسلم آن داوطلبانه بودن و اختیاری بودن یادگیری است. اگر چه مدرسان می توانند به افراد یاد دهند، اما نمی توانند به زور یاد دهند! آنها همچنین ادعا کرده اند که هیچ مدرکی وجود ندارد که آموزش مداوم اجباری بر عملکرد حرفه ای یا صلاحیت تاثیر دارد.

در رد نظر فوق، عده بیشتری از محققین و حرفه ها، آموزش مداوم اجباری را مطلوب می دانند. برای مثال حرفه دارو سازی هر گونه تردید در باره آموزش مداوم اجباری و متناقض بودن آن با اصول آموزش بزرگسالان را عجیب می دانند. علاوه بر این، بسیاری از فارغ التحصیلان رشته های مختلف با پذیرش آموزش مداوم حرفه ای به عنوان عضو آن حرفه پذیرفته شده اند. بررسی ها نشان می دهد که پرستارانی که در دوره های آموزش مداوم شرکت کرده اند آن را مطلوب دانسته اند و خارج ساختن این دوره ها را تایید نمی کنند. آنان معتقدند یک رابطه مثبت بین مشارکت در برنامه های

آموزش مداوم اجباری با افزایش محتوای دانش، کاربرد دانش، بهبود وضعیت بیماران و رفتار حرفه ای وجود دارد(۱۷).

آموزش مداوم حرفه ای می تواند توسط هر یک از پرستاران به صورت فردی و یا از طریق دوره های رسمی و ساختاری اجرا شود. برنامه های رسمی و ساختاری اغلب بر اساس علائق برگزار کنندگان و امکانات موجود و در حقیقت بر اساس آسودگی و راحتی برگزار می شود نه بر اساس نیاز ها. اما برنامه های یادگیری فردی (مبتنی بر فردیت) بر اساس خود ارزیابی و شناسایی نیاز ها و از طریق فعالیت های یادگیری خود راهبری انجام می شود. نقدی که بر خود ارزیابی وجود دارد این است که پس از خود ارزیابی، اهداف یادگیری ، به دانش و مهارت های روانی حرکتی محدود می شود، و معمولاً قادر به تلفیق آنها به منظور استفاده در شغل فرد نیست. علاوه بر این باید بین یادگیری مداوم (که ضروری است) با آموزش مداوم (که ضروری نیست) تمایز قائل شد(۱۷).

به هر حال یک چنین یادگیری سبب تغییر در عملکرد می شود و

تغییر به طور کلی همیشه با موانعی روبرو است.

موانع ارزیابی صلاحیت

گذشته از موانع تغییرات فردی مرتبط با موضوع یادگیری، تغییرات در مسیر ارزیابی صلاحیت نیز با موانعی روبرو است که از جمله آنها چگونگی تعریف و اندازه گیری صلاحیت است. اعتقاد بر این است که نگرش ها و باور های افراد درون حرفه در باره صلاحیت ممکن است ریشه در ترس آنها از عواقب منفی آن داشته باشد. عواقبی نظیر یادگیری بیشتر، شرکت در آزمون، و امکان مردودی در آن و نظیر این ها. در میان انفجار اطلاعات، ممکن است افراد نتوانند تشخیص دهند که کدام اطلاعات برای عملکرد آنها در اولویت و مرکزیت است (۲۰). این ابهام و بلا تکلیفی در مطالعات چک و دوک تاش (۱۹۹۸) نیز منعکس شده است (۱۶).

موانع دیگری نیز توسط خود پرستاران مطرح شده اند. نداشتن زمان کافی در محیط کار برای یادگیری از همکاران از جمله این موانع است. ماهیت حرفه پرستاری نیز می تواند به عنوان یک مانع در این زمینه مطرح گردد. اگر چه در حین خدمت، دوره های آموزشی برگزار می شود اما پرستاران قادر نیستند که بخش را ترک کنند تا در جلساتی که دانش و مهارت های جدید را ارائه می دهند شرکت کنند. منابع مالی برای شرکت در

دوره های آموزشی نیز کم و مشکل ساز است. بسیاری از پرستاران برای شرکت در این جلسات مجبور به مسافرت هستند که مخارج مربوط به اقامت و سایر هزینه های مسافرت هزینه بر است. شیفت های سنگین و غیر قابل تغییر نیز یکی دیگر از مشکلات پرستاران است (۱۷).

پورت فولیو

استفاده از پورت فولیو ها نشان دهنده تمرکز روزافزون بر توسعه مداوم حرفه ای است. پورت فولیو ها ابزار هایی هستند که بدلیل قدمت، برای هنرمندان، عکاسان، مهندسين معماری، طراحان و سایر حرفه های خلاق و آفریننده با هدف نمایش و پر رنگ نشان دادن کیفیت و گستره کار های خود مورد احترام هستند. وقتی پورت فولیو در این گروه ها مورد استفاده قرار می گیرد، ویتزین نمایش کار ها، استعداد ها و توانایی های افراد محسوب می شود. اخیرا حرفه های خدمات بهداشتی، تجارت، و سایر حرفه ها نیز شروع به استفاده از پورت فولیو کرده اند (۳).

استفاده از پورت فولیو

اولین استفاده آموزشی از پورت فولیو را در ارتش آمریکا و مربوط به سال ۱۹۴۵ می دانند. امروزه، مدرسین و بسیاری از رشته های بهداشتی شامل پرستاری، پزشکی، کاردرمانی، و متخصصین تغذیه از پورت فولیو ها استفاده می کنند (۴).

موارد کاربرد پورت فولیو ها در موسسات بهداشتی توسط بروکس و مادا (۱۹۹۹) شرح داده شده است. پورت فولیو ها را به عنوان وسیله ای برای ثبت ارزیابی های عملکرد و تضمین کیفیت معتبر شناخته اند (۵). همچنین پورت فولیو ها را به عنوان ابزار های عالی برای استفاده قبل و حین مصاحبه توصیف کرده اند (۶). از پورت فولیو ها به عنوان ابزار هایی ضروری به منظور حفظ شایستگی برای اعطاء مدرک استفاده کرده اند. در آمریکا، پورت فولیو ها از ضروریات اعطاء مدرک به متخصصین تغذیه محسوب می شود (۷).

ارزش پورت فولیو

مطالعات اندکی در باره مزایا و معایب بکارگیری پورت فولیو موجود است. مطالعات موجود، نظرات دانشجویان یا پرستارانی که پورت فولیو را تکمیل کرده اند، ارزشیابی های مدیران و کارکنان که پورت فولیو را بکار برده اند، محققینی که ارزش پورت فولیو را در ارزیابی یادگیری دانشجویان بررسی کرده اند، و پورت فولیو هایی که توسط مدرسین دانشگاهی برای ارزیابی دانشجویان تهیه شده بود، مورد مطالعه قرار داده اند تا اثر بخشی آن را بررسی کنند. این یافته ها تفاسیر متعادلی از جنبه های مثبت و منفی پورت فولیو ارائه می کند.

مزایا و سودمندی ها

کاین (۱۹۹۵) معتقد است که بزرگترین ارزش پورت فولیو روشن ساختن این نکته به پرستاران است که تجارب، به عنوان روشی برای یادگیری معتبر هستند. استفاده از بازاندیشی در پورت فولیو ممکن است وسیله مهمی برای پرستاران باشد که به تجارب خود ارزش قائل شوند (۸). میکس (۱۹۹۵)، که بر روی استفاده از پورت فولیو توسط پرستاران، به عنوان

بخشی از برنامه ارزیابی سالانه آنها مطالعه کرده است، یادآور شده است که پورت فولیو به پرستاران کمک می کند تا موفقیت ها و پیشرفت یک ساله خود را قدر بدانند و آن را درک کنند. در مطالعات فوق مشخص شده است که اشتیاق و شور و شغف پرستاران، سایر همکاران آنها را نیز تحت تاثیر قرار داد تا آنها نیز پورت فولیو خود را تکمیل کنند(۹).

محققین متذکر شده اند که یکی از نقاط قوت بارز پورت فولیو که توسط پرستاران مورد استفاده قرار می گیرد هماهنگی و تجانس آن با اصول یادگیری در بزرگسالان است. پورت فولیو به تجارب و دانش فرد ارزش می بخشد، و به فراگیران این امکان را می دهد تا بر آموزش و یادگیری خود کنترل داشته باشند(۱۰). مزیتی مشابه که توسط گرریش (۱۹۹۳) مطرح شده است، پورت فولیو ها را عاملی می داند که یادگیری را به حداکثر می رسانند چرا که فراگیران آگاهی و شناخت مداومی نسبت به یادگیری خود کسب می نمایند. گرریش نتیجه می گیرد که استفاده از پورت فولیو در ارزیابی دانشجویان پرستاری، چشم اندازی جامع از عملکردشان را فراهم می سازد(۱۱).

امکان بررسی میزان پیشرفت، تقویت یادگیری برای تمام عمر، تشویق پرستاران به بازاندیشی بر عملکرد، و تشویق آنان به التزام و تعهد به یادگیری از دیگر مزایای پورت فولیو است. علاوه بر این، تکمیل و تکامل پورت فولیو از طریق همکاری با سایرین و دست در دست آنان رخ می دهد. این مزیت به پرستاران کمک می کند تا یادگیری ها و موفقیت های بیشتری را با هم کسب نمایند (۱۲).

موانع و مشکلات پورت فولیو

اگر چه در بیشتر مقالات چاپ شده استفاده از پورت فولیو مورد تایید قرار گرفته است، برخی نویسندگان متذکر شده اند برخی مشکلات استفاده از پورت فولیو. برای مثال، بودنیک و بیور (۱۹۸۴)، ساینی (۱۹۹۵)، و کوانینگ (۱۹۹۸) متذکر شده اند که فقدان اصول راهنمای قرار دادی و رسمی برای برای بکارگیری پورت فولیو در ارزشیابی سبب فاصله گرفتن از عینیت و افزایش شاخص ذهنی بودن ارزشیابی و در نتیجه نگرش ارزشیابی کننده می تواند بطور منفی اعتبار ارزشیابی را کم کند. ساینی (۱۹۹۵) همچنین متذکر می شود فقدان اصول راهنمای ارزیابی، بخصوص در مواقعی که از پورت

فولیو به عنوان ضرورت اعطای مدرک یا تمدید مدرک در حرفه ها استفاده می شود.

بر اساس نظر برخی محققین، کاربران پورت فولیو ممکن است تصویر واقعی دانش، مهارت ها و توانایی های خود را در پورت فولیو ارائه نکنند (بودنیک و بیور ۱۹۸۴، کوانیگ ۱۹۹۸). مهارت های قوی نوشتاری برای ارائه برخی جنبه های خاص از خود به ارزیابی کننده های پودت فولیو مورد نیاز است. به همین دلیل نتایج و برآیند مورد نظر در پورت فولیو در مورد پرستارانی که فاقد مهارت نوشتاری هستند با واقعیت فاصله دارد حتی وقتی آنها واقعا می توانند آنچه را که مطلوب است بخوبی انجام دهند یا آن را بلدند. در صورتی که ممکن است این نقص تنها نقص پورت فولیو باشد، بودنیک و بیور پیشنهاد می کنند تا مصاحبه بخشی از ارزیابی پورت فولیو باشد و بدین طریق این فرصت به این گروه از پرستاران داده شود تا توانایی های خود را به طور شفاف نشان دهند.

در ارتباط با تاثیر بر اعتماد بنفس، کوانیگ (۱۹۹۸) و استاک هاوزن (۱۹۹۶) با حساسیت بیشتری نظر داده اند. این محققین متذکر شده اند که یک سرمایه گذاری معنی دار از خود مولفین به سمت توسعه و تکمیل پورت

فولیو وجود دارد. یافته‌هایی که نشان می‌دهد یادگیری از حد استاندارد پایین تر است بطور بالقوه آثار مخرب بیشتری بر اعتماد بنفس فراگیران دارد تا آنکه منجر به اصلاح آن مهارت شود. از این شخصی تر، نقطه ضعف و نگرشهای افراد به نمایش در می‌آیند. اگر چه برخی از پاسخ دهندگان به کوابینگ و استاک هوزن متذکر شده اند این مسئله قابل پذیرش است، چرا که افراد بازخورد دریافت می‌کنند و سپس این فرصت را دارند تا آن بخش دوباره مورد ارزیابی قرار گیرد، در حالی که سایر روش‌های ارزیابی فاقد این خصوصیت هستند.

موضوع قانونی و اخلاقی دیگری که در استفاده از پورت فولیو مورد توجه قرار گرفته است، موضوع محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پورت فولیو است. از آنجا که یک پورت فولیو کارا، علاوه بر محصولات دارای یادداشت‌ها و تفاسیر پرستار از رویداد‌های بالینی است (تالاند و میسیالک ولدن ۱۹۹۶)، اطلاعات مربوط به بیماران نیز ممکن است در پورت فولیو‌ها یافت شود. نگرانی دیگری که وجود دارد این است که وظیفه اصلی پرستاران باقی خواهد ماند برای بیمار یا آن وظیفه دچار فرسایش خواهد شد بدلیل نیازهای پرستار. کارپنتر (۱۹۹۲) می‌پرسد آیا بیماران در پی دستیابی

به پورت فولیو پرستاران هستند، و اگر چنین است، آیا آنها می توانند از پورت فولیو ها بر ضد پرستاران استفاده کنند اگر آنها مظنون باشند که مراقبت استاندارد دریافت نکرده باشند؟

مبانی نظری رویکرد مبتنی بر پورت فولیو

توافق کلی در این باره وجود دارد که مبانی نظری رویکرد مبتنی بر پورت فولیو پیش فرض های چهارگانه کنولس (۱۹۷۵) در باره اصول یادگیری بزرگسالان است:

۱. فراگیر خودراهربر است.
 ۲. تجارب گذشته فراگیر منابع غنی یادگیری هستند.
 ۳. آمادگی برای یادگیری در طول زندگی و مواجهه با مشکلات آن توسعه می یابد.
 ۴. فراگیران برای رشد و موفقیت، خود انگیزش هستند.
- اگر چه نمی توان گفت که اصول یادگیری در بزرگسالان در مورد همه افراد صدق می کند، اما پورت فولیو می تواند به پرورش و توسعه

آنها کمک کند و زمینه را برای اجرای آنها تسهیل نماید (کنولس ۱۹۹۰، ساینی ۱۹۹۵).

بر خلاف رویکرد های سنتی، غیر فعال و معلم محور یادگیری، رویکرد پورت فولیو بیشتر مبتنی بر یادگیری تجربی است و فراگیر به طور فعال با واقعیت های آن چه مطالعه می شود درگیر می شود (کلب ۱۹۸۴، هال و ردفرن ۱۹۹۶، کوپین ۱۹۹۸، ردفرن ۱۹۹۸). کلب (۱۹۸۴) تلاش کرده است توضیح دهد که چگونه از طریق تجربه، یادگیری رخ می دهد، و یادگیری تجربی به عنوان یک سیکل شامل تجربه (کنش)، بازاندیشی بر تجربه، مفهوم سازی و تعمیم و بالاخره بکارگیری مفاهیم در موقعیت های جدید است.

در فرایند پورت فولیو، چرخه یادگیری کلب به عنوان چهارچوب مورد قبول برای ارتقاء یادگیری محسوب می شود. به خصوص که این چرخه هم مبانی نظری (بازاندیشی، مفهوم سازی) و هم اقدامات عملی (تجربه، کاربرد) را در خود جای داده است. با این وجود و بر اساس نظر کوپین (۱۹۹۸)، حمایت تجربی از مدل کلب چندان چشمگیر نیست. در حقیقت همه موقعیت های یادگیری نیازمند رویکردی تلفیقی همچون چرخه

چهار مرحله ای کلب نیستند (کویین ۱۹۹۸، ردفرن ۱۹۹۸). شکلی و کیتون (۱۹۹۴) معتقدند که روند مراحل چرخه یادگیری کلب و چگونگی بکارگیری آنها بستگی به علائق و گرایشات یادگیری فراگیر دارد. این گرایشات، به نوبه خود تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارند، از جمله ویژگی ها و انگیزه های فردی، ویژگی ها و ضروریات شغلی، و ماهیت و فرهنگ محیط کار (هال و ردفرن ۱۹۹۶).

یادگیری خود راهبر

در این بخش یادگیری خود راهبر از آن جهت که با تکمیل پورت فولیو مرتبط است مورد بحث قرار می گیرد. یادگیری خود راهبر مورد توجه مدرسین آموزش بزرگسالان برای بیش از بیست و پنج سال و در آموزش پرستاری نیز همین مدت مورد توجه بوده است. بروکت و هیمسترا (۱۹۹۱) تاریخچه یادگیری بزرگسالان را مربوط به سوکراتس و پلاتو می دانند، در نتیجه گسترش می دهد افسانه ای که یادگیری خود راهبر یک غذا در آموزش بزرگسالان است. در این بخش من مرور می کنم ویژگی ها و متغیر های یادگیری خود راهبر را. من بررسی می کنم یادگیری خود راهبر را در

ارتباط با تداوم صلاحیت، و پایان می ابد با پیشنهاداتی به منظور غلبه بر مقاومت هایی که در برابر یادگیری خود راهبر می شود.

ویژگی ها و متغیر های یادگیری خود راهبر

کافارلا (۱۹۹۳) معتقد است که یادگیری خود راهبر ریشه در چندین فلسفه آموزشی دارد. از مکتب رفتارگرایی سنتی اهداف یادگیری می آید درون قرار دادها یا طرح های یادگیری، و معیار های ارزشیابی بر ضد سنجش موفقیت و نیل به اهداف یادگیری. از مکتب انسان گرایی مترقی، با مدرسان به عنوان راهنما و هدایت کننده نگر بسته می شود، و به تجارب فراگیران نقشی اساسی داده می شود در فرایند یادگیری. برای مثال، تاگ (۱۹۷۹) و روجرز (۱۹۸۳) ادعا می کنند که در صورت داشتن حق انتخاب، بزرگسالان ترجیح می دهند تا طراحی کنند و هدایت کنند فعالیت های یادگیری خود را. در مکتب انسان گرایی سنتی، راجرز (۱۹۸۳) به مسئولیت پذیری برای تصمیم گیری در باره یادگیری هر فرد نکر بسته شده است به عنوان فرایندی بسیار شخصی از یادگیری که چگونه یاد بگیرد و چگونه سازگار شود. مشابه

با همین نظر، کید (۱۹۷۵) به اهداف آموزش بزرگسالان به عنوان حرکت فرد به سمت یک فراگیر درون راهبر می نگرد.

کوپر (۱۹۸۰) پنج سر فصل اساسی از یادگیری خود راهبر معرفی می کند که با فلسفه انسان گرایی و نظر کید (۱۹۷۵) مشابه است که نقش مدرسان تسهیل حرکت به سمت خود راهبری است. این ویژگی ها عبارتند از: یادگیری بوسیله فراگیر آغاز می شود، مختص نیاز های یادگیری فراگیر است، بوسیله فراگیر هدایت می شود، ساختار، ضروریات، یا کمک مدرس کمی نیاز دارند، و اغلب منتج به فراورده ای یکتا می شود که برای فراگیر مفید است. کاندی (۱۹۹۱) از بیشتر محققین پیشی گرفته است و بین خود مختاری و خود مدیریتی (شخصیت / هدف) تفاوت قائل شده است و در قلمرو فرایند ها و روش ها، کاندی تفکیک می کند کنترل فراگیر و خود آموزی را، که دومی را تعریف می کند به یادگیری خود راهبر بیرون از محیط های رسمی آموزشی. در خود آموزی، فراگیر ممکن است خود را به عنوان فراگیر نگاه نکند، و یادگیری هست کاملاً تحت کنترل خود آموز.

براکت و هیمسترا (۱۹۹۱) باطل می دانند برخی افسانه ها در باره یادگیری خود راهبر. برای مثال، یادگیری خود راهبر نیست یک قضیه همه

یا هیچ. براکت و همیسترا پیشنهاد می کنند نگاه کردن به یادگیری خود راهبر را به عنوان یک پیوستار، ویژگی که تا حدی در همه وجود دارد. آنها تاکید می کنند که یادگیری خود راهبر در انزوای کامل اجرا نمی شود. به طور مشابه، تاگ (۱۹۷۹) دریافت که در دوره ای از پروژه یادگیری، فراگیر پیمان می بندد یا مشورت می کند با حداقل چهار تا پنج نفر و در برخی موارد ده تا بیست نفر.

انتخاب منابع (مشاوره با سایرین) یکی از ده متغیری است که کوپر (۱۹۸۰) معرفی کرده است که ممکن است تحت کنترل فرد (خود راهبری) یا سایرین (دگر راهبری) درآید. این متغیرها عبارتند از: شناسایی نیازهای یادگیری، موضوع و هدف فعالیت های یادگیری، اهداف یا برآیند های مورد انتظار، تجارب یادگیری مناسب، منابع یادگیری، محیط، زمان، سرعت، شیوه ارزشیابی، و مستند سازی ارزشیابی یادگیری فرد. کوپر متذکر شده است که ارزشیابی ممکن است کاملاً سطحی یا ساده باشد، و اینکه مستند سازی ارزشیابی ممکن است ضروری نباشد. با این حال از آنجا که بسیاری از پرستاران مجبور به شرکت در برنامه های آموزش مداوم به عنوان بخشی از

فرایند کسب مدرک یا تداوم صلاحیت خود هستند، مستند سازی در این زمینه ممکن است ضروری گردد.

توصیف کنولز (۱۹۷۵) در باره یادگیری خود راهبری در بر گیرنده چرخه ارزیابی، برنامه ریزی، اجرا، و ارزشیابی است. این چرخه شباهت زیادی با فرایند پرستاری دارد. فرایند پرستاری در این نکته با این چرخه متفاوت است که مرحله تشخیص بین مراحل ارزیابی و برنامه ریزی قرار دارد. ارزشیابی همیشه ممکن است نقطه آخر نباشد. بلکه ممکن است حتی در نقطه شروع قرار گیرد و آن موقعی است که یک ارزیابی جدید پیش رو است. متخصصین ارزشیابی، از جمله گوبا و لینکلن (۱۹۸۱) و برنارد (۱۹۸۸) یادآور شده اند که مفاهیم ارزیابی و ارزشیابی به گونه ای در هم آمیخته اند که نمی توان آنها را از هم جدا کرد. ارزشیابی رهبری می کند ارزیابی های بعدی و جدید را.

بروکفیلد (۱۹۸۴) به این نکته اشاره می کند که یادگیری خود راهبری معمولاً هدفمند است اما الزاماً نیازمند مجموعه مشخص و تعریف شده ای از اهداف نیست. این نوع یادگیری به طور مشخص خارج از موسسات آموزشی رخ می دهد، و معمولاً توسط این موسسات معتبر شناخته

نمی شود. ماهیت این نوع یادگیری اختیاری و داوطلبانه است. بروکفیلد (۱۹۸۶) بین یادگیری خود راهبر که بر تکنیک ها، اهداف، استراتژی ها، و منابع متمرکز است با یادگیری خود راهبری که منجر به تغییر آگاهی های فرد می شود تفاوت قائل است. در مورد اخیر (دومی)، فراگیر آگاه می شود که دانش سیاه یا سفید نیست، بلکه وابسته به قرائن بوده و در سایه ای خاکستری قرار دارد.

- 1- CL. Increasing competence assessment in Sherban nursing: facilitating a portfolio approach. Antigonish Nova Scotia: Siant Francis Xavier University; 2002
- 2- Houle CO. Continuing learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass; 1980
- 3- B, Cooper M-A. Measuring the Kak N, Burkhalter competence of health providers Bethesda: US Agency for International Development(USAID)2001
- 4- McAllister M, Osborne Y. Peer review: a strategy to enhance cooperative student learning. Nurse Educator. 1997;22:40-4
- 5- Roper K, Russell G. The effect of peer review on professionalism, autonomy, and accountability. Journal of Nursing Staff Development. 1997;13:198-206
- 6- Picherack F, Associates. Final report: project leading to a model for the monitoring of continued competence. Edmonton: AB: Alberta Association of Registered Nurses; 1998
- 7- MacIsaac D, Jackson L. Assessment proccses and outcomes: portfolio construction. in L. Jackson and R.S. Caffarella (Eds.), Experiential Learning: a new approach (pp. 63-72). New directions for adult and continuing education, no.62. San Francisco: Jossey-Bass; 1994

- 8- Oeschle L, Volden C, Lambeth S. Portfolios and RNs: an evaluation *Journal of Nursing Education*. 1990;29(2):54-9
- Brooks BA, Madda M. How to organize a professional portfolio for staff and career development. *Journal for Nurses in Staff Development*. 1999;15(1):5-10
- 9- Brooks BA, Barrett S, Gerber-Zimmermann P. Beyond your resume: a nurse's professional portfolio. *Journal of Emergency Nursing*. 1998;24:555-7
- 10- Pertel DG. How to design your professional development 2001 portfolio. *The Journal of the American Dietetic Association*. 1999;99:536-7
- 11- Cayne JV. Portfolios: a developmental influence? *Journal of Advanced Nursing*. 1995;21:395-405
- 12- COOKE, M., WALKER, R., CREEDY, D. & HENDERSON, A. 2009. Clinical Progression Portfolio: A resource for enhancing learning partnerships. *Nurse Education in Practice*, 9, 398-402.
- 13- COWAN, D. T., JENIFER WILSON-BARNETT, D., NORMAN, I. J. & MURRELLS, T. 2008. Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 902-913.
- 14- DOHERTY, C. 2009. A qualitative study of health service reform on nurses' working lives: Learning from the UK National Health Service (NHS). *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1134-1142.

- 15- DUFFY, A. 2009. Guiding students through reflective practice - The preceptors experiences. A qualitative descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 9, 166-175.
- 16- DURGAHEE, T. 1996. Promoting reflection in postgraduate nursing: a theoretical model. *Nurse Educ Today*, 16, 419-26.
- 17- EDWARDS, H., SMITH, S., COURTNEY, M., FINLAYSON, K. & CHAPMAN, H. 2004. The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse Education Today*, 24, 248-255.
- 18- ENDACOTT, R., GRAY, M. A., JASPER, M. A., MCMULLAN, M., MILLER, C., SCHOLLES, J. & WEBB, C. 2004. Using portfolios in the assessment of learning and competence: the impact of four models. *Nurse Education in Practice*, 4, 250-257.
- 19- EPP, S. 2008. The value of reflective journaling in undergraduate nursing education: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1379-1388.
- 20- FAKUDE, L. P. & BRUCE, J. C. 2003. Journaling: a quasi-experimental study of student nurses' reflective learning ability. *Curationis*, 26, 49-55.
- 21- FARRAND, P., MCMULLAN, M., JOWETT, R. & HUMPHREYS, A. 2006. Implementing competency recommendations into pre-registration nursing curricula:

Effects upon levels of confidence in clinical skills. *Nurse Education Today*, 26, 97-103.

22- FULLERTON, J. T. & THOMPSON, J. B. 2005. Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery*, 21, 2-13.