

نظارت بالینی در بستر سنگلاخی

خدیجه نصیریانی، زهره ونکی*، فضل‌ا... احمدی

گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

* نویسنده مسؤول: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، پل نصر، دانشگاه تربیت مدرس، ساختمان پنجم علوم پزشکی، طبقه چهارم، گروه پرستاری. تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۴

نمابر: ۸۲۸۸۳۸۵۶

پست الکترونیک: Vanaki_z@modares.ac.ir

دریافت: ۹۰/۲/۱۳ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۳

چکیده

مقدمه: نظارت بالینی روشی ضروری جهت پیشرفت حرفه‌ای پرستاران است و دارای پیامدهای مثبتی برای رویارویی با بسیاری از چالش‌های پرستاری است. بررسی درک عوامل مؤثر بر فرآیند نظارت بالینی که هدف این مطالعه است، می‌تواند برای اثربخشی نظارت بالینی مفید باشد.

روش کار: این پژوهش کیفی و از نوع آنالیز محتوا است. شرکت‌کنندگان ۱۸ نفر از سوپروایزرها و پرستاران بودند که به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته، مشاهده، و بررسی اسناد از مهر ۱۳۸۸ تا شهریور ۱۳۸۹ انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آنالیز محتوا صورت گرفت.

یافته‌ها: نظارت بالینی توسط سوپروایزرها متأثر از تعامل ابعاد فردی و سازمانی است. درون‌مایه‌ها در بعد فردی شامل: (۱) صلاحیت‌های فردی سوپروایزر؛ (۲) صلاحیت‌های فردی نظارت شونده؛ و (۳) روابط متقابل بین آنها، و در بعد سازمانی شامل: (۱) حجم کاری زیاد؛ (۲) ماهیت پیچیده نظارت بالینی؛ (۳) سازمان‌دهی غیر اثربخش؛ و (۴) بسترکاری نامناسب برای نظارت بودند.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های فردی سوپروایزر و نظارت شونده، ماهیت پیچیده نظارت بالینی و ویژگی‌های محیط بیمارستان، به عنوان بستری برای ایفای نقش نظارتی بر عملکرد سوپروایزرهای بالینی اثر می‌گذارند که موجب تسهیل و یا ممانعت از ایفای نقش آنان می‌گردند. بدیهی است که تعامل این دو بعد، نقشی پر مخاطره برای سوپروایزر ترسیم می‌کند که شناخت آن به مدیران پرستاری کمک می‌کند تا در جهت اجرای اثربخش نظارت بالینی به برنامه‌ریزی نمایند.

کل‌واژگان: نظارت بالینی، عوامل مؤثر، آنالیز محتوی

مقدمه

نظارت یکی از اصول و مسایل مهم مدیریت و از ارکان مهم مدیریت نوین در همه سیستم‌ها است (۱). اهمیت و ضرورت این رکن در مدیریت به گونه‌ای است که به واسطه آن، حصول اطمینان از صحت حرکت همه عوامل به سمت اهداف تعیین شده، محقق می‌گردد (۲ و ۳). در سازمان‌های بهداشتی و درمانی که اهداف متعدد و مهمی همچون حفظ حیات و سلامت انسان، فراهم آوردن خدمات با کیفیت و برآورده ساختن نیازهای مددجویان دنبال می‌شود و پیچیدگی در آنها بیش از هر سازمان دیگری به چشم می‌خورد، اعمال کنترل و نظارت، ضروری‌تر و

اهمیت آن آشکارتر می‌شود (۴ و ۵). پرستاری نیز برای ایجاد تغییر و تحول و بهبود ارائه خدمات واحد تحت نظر خود نیازمند توجه ویژه به نظارت و کنترل خدمات است (۶). نظارت بالینی از اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰، در نتیجه سازمان‌دهی دوباره ارائه خدمات بهداشتی و پذیرش آن به وسیله انجمن پرستاری و مامایی به عنوان روشی ضروری جهت حمایت و پیشرفت کارکنان مطرح شد (۷ و ۸). نظارت بالینی به عنوان یکی از فعالیت‌های هسته‌ای در حرفه‌های مراقبتی (۹)، راه اصلی حمایت و پیشرفت حرفه‌ای پرستاران و به عنوان بخش

است (۲۵). علاوه بر این، تفاوت قابل توجه‌ای در کاربرد مفهوم نظارت بالینی و استفاده آن در کشورهای مختلف دیده می‌شود و این ابهام در استفاده از مفهوم، در فرهنگ‌های مختلف نیاز به انجام تحقیقات بیشتر را در هر یک از فرهنگ‌ها می‌رساند (۲۶). اجرای نظارت بالینی که مناسب و مطابق با سیستم و نیازهای پرسنل و بخش باشد بسیار مهم است (۱۶)؛ از طرفی دیگر آن چه مورد سؤال است در مورد زمینه و بافت بیمارستان‌های ایران است؛ شواهد تجربی گویای این است که فوایدی که در مقالات عنوان شده در عرصه واقعی آن چنان ظاهر نیست. به عنوان مثال در کشور ما به استناد تحقیقات انجام شده در زمینه کیفیت مراقبت‌های پرستاری و رضایت بیمار می‌توان گفت در اغلب موارد کیفیت آرایه مراقبت‌ها و عملکرد پرستاری چندان مطلوب نیست (۲۷ و ۲۸) که خود لزوم درک عوامل تأثیرگذار بر نظارت بالینی را در بستر سازمانی می‌رساند.

تحقیقات کیفی وسیله‌ای برای شناخت دقیق، کشف عمیق و غنی پیچیدگی‌های ذاتی یک پدیده است که جنبه‌های مختلف موضوع را آشکار می‌کند (۲۶). لذا، این نوع پژوهش، رویکردی مناسب برای شناخت ابعاد ناشناخته پدیده‌ها تشخیص داده شده است و با توجه به این که تحقیق جامع و کاملی در زمینه نظارت بالینی اعم از کمی و کیفی در ایران وجود ندارد و تنها چند مورد مطالعه محدود با رویکرد کمی انجام شده است، خلاء اطلاعاتی موجود، ضرورت انجام پژوهش و درک عوامل مؤثر بر نظارت بالینی را مطرح می‌نماید. بنابراین، در پژوهش حاضر برای تبیین عوامل مؤثر بر نظارت بالینی در پرستاری از رویکرد کیفی استفاده شده است. امید است بعضی از نقص‌های اطلاعاتی در زمینه نظارت بالینی در پرستاری ایران را رفع نماید.

روش کار

نظارت بالینی متأثر از عوامل متعددی است. به همین دلیل درک عوامل مؤثر بر نظارت بالینی نیازمند توجه به تجارب، باورها و ارزش‌های ناظرین و نظارت‌شوندگان است. از آن جا که در مورد عوامل تأثیرگذار بر نظارت بالینی اطلاعات کافی و مناسبی وجود ندارد، پژوهشگران روش تحقیق کیفی را برگزیدند. این پژوهش، یک تحقیق کیفی و از نوع تحلیل محتوایی^۲ است. تحلیل محتوا به طور بالقوه یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های پژوهشی در علوم اجتماعی است که در پی شناخت داده‌ها به تحلیل آنها می‌پردازد. این روش همچنین برای تفسیر عمیق داده‌ها در تحقیق و آموزش پرستاری بکار گرفته شده است (۲۹).

جدایی‌ناپذیر از عملکرد و جزء مهم و برتر در توسعه پرستاری شناخته شد (۱۰)؛ به طوری که امروزه نظارت بالینی به عنوان جزء کلیدی جهت اطمینان از ایمن بودن عملکرد پرستاری معرفی شده است (۱۱). نظارت بالینی فرآیندی است که در آن یک پرستار به طور مداوم توسط شخص دیگری از نظر عملکرد بالینی بازدید و بررسی می‌شود و از کار خود بازخورد دریافت می‌کند. این روند موجب توسعه مهارت‌های حرفه‌ای نظارت شونده می‌گردد (۱۲).

بر طبق یافته‌های پژوهشی، نظارت بالینی، اهداف و عملکردهای متفاوتی برای نظارت‌شونده، سوپروایزر، مدیران، بیماران، سازمان و حرفه دارد (۱۹-۱۳) و سیستم حمایتی مؤثری در روبرویی با بسیاری از مشکلات و چالش‌های پرستاری است (۲۱-۱۹) با اجرای اثربخش آن می‌توان به هدف نهایی واحد پرستاری که فراهم آوردن خدمات با کیفیت و ایمن و برآورده ساختن نیازهای بیماران از طریق توسعه مهارت‌های حرفه‌ای پرستاران و تعیین استانداردهای مراقبتی می‌باشد رسید (۲۲). دستیابی به موارد فوق در گرو اجرای اصولی و اثربخش نظارت بالینی است که خود مستلزم شناخت درست و کامل نظارت بالینی و عوامل مؤثر بر آن می‌باشد (۲۳). اما هر چند که فواید نظارت بالینی در مقالات مورد سؤال و تردید قرار نگرفته است (۲۴) و پیامدهای مثبت فراوانی برای نظارت بالینی مطرح شده است، قبل از آن که این قبیل فواید بتواند واقعی شود، نیاز به شناخت صحیح نظارت بالینی می‌باشد (۲۵). سیمس^۱ می‌نویسد رشد و افزایش قابل توجه و تقدیری در زمینه آگاهی از ارزش نظارت بالینی به وجود آمده است، اما هنوز دانش کافی در مورد این که چگونه نظارت بالینی به عملکرد بالینی کمک نماید و عوامل تأثیرگذار بر آن چیست، وجود ندارد (۱۶). نویسندگان دیگر نیز اعتقاد دارند که نظارت بالینی ماهیت خوبی دارد، اما هنوز در مورد این که نظارت بالینی چیست و چه انتظاری از آن است و چه عواملی بر آن اثر می‌گذارند مطمئن نیستند (۱۳). طی سال‌های گذشته، مقالات نظارت بالینی در مجلات پرستاری افزایش یافته است، اما متأسفانه در تحقیقات آن طور که باید به موضوعاتی از قبیل نظارت بالینی و اجزای آن پرداخته نشده و در نتیجه دانش تجربی ما در حداقل است (۱۴ و ۲۳). مطالعات کمی هم در مورد عوامل تأثیرگذار بر نظارت بالینی در مراقبت بهداشتی و درمانی وجود دارد و این عوامل ناشناخته است (۹ و ۲۴)؛ این در حالی است که برای توانا ساختن سوپروایزر به نظارت بالینی مؤثر، نیاز به شناخت عمیق و دقیق از عوامل مؤثر بر فرآیند نظارت بالینی

² Content Analysis

¹ Simms

برتر با معنای مشابه با یکدیگر طبقه‌بندی شدند. پس از طبقه‌بندی، توسط تفسیر به صورت الگوی مفهومی معنادار کنار هم گذاشته شدند و ارتباط بین طبقات شناسایی و درون‌مایه‌ها ظاهر گردیدند. به منظور روایی درون‌مایه‌های بیرون کشیده شده، فرآیند برگشت و بررسی مجموعه داده‌های مجزا انجام شد تا منبع شواهد حمایتی استخراج شود. اخلاقیات پژوهش شامل جلب رضایت آگاهانه، حفظ اسرار مشارکت‌کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان دلخواه، حق مطالبه نوار و متن حاصله از آن برای مشارکت‌کنندگان رعایت شد. از روش‌های مختلفی مانند بررسی و مشاهده مداوم، تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با مشارکت‌کنندگان جهت افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده‌ها استفاده شد (۳۲). علاوه بر این، از نظرات شرکت‌کنندگان برای اصلاح و تأیید مضامین استخراج شده از هر مصاحبه استفاده شد. همچنین ناظران خارجی که دو نفر از همکاران پژوهش بودند، صحت فرآیند کدگذاری و دستیابی به مضامین را تأیید نمودند.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در فرآیند نظارت بالینی، تعامل بین دو بعد فردی و سازمانی تأثیرگذار هستند. در بعد فردی می‌توان به سه درون‌مایه: الف) صلاحیت‌های فردی نظارت‌کننده (سوپروایزر)؛ ب) صلاحیت‌های فردی نظارت‌شونده؛ و ج) روابط متقابل نظارت‌کننده (سوپروایزر) و نظارت‌شونده اشاره کرد. در بعد سازمانی نیز چهار درون‌مایه: الف) حجم کاری زیاد در نظارت؛ ب) ماهیت پیچیده نظارت بالینی؛ ج) سازمان‌دهی غیر اثربخش در نظارت؛ و د) بستر کاری نامناسب نظارت بالینی قابل ذکر هستند.

بعد فردی:

الف): صلاحیت‌های فردی سوپروایزر در برگیرنده دانش و عملکرد بالینی و دانش و عملکرد مدیریتی، مسؤلیت‌پذیری، سخت‌کوشی، شنونده فعال و مشوق بودن نظارت‌کننده است.

الف-۱) دانش و عملکرد بالینی: وجود دانش و مهارت بالینی کافی در شناخت بیماری‌ها و روند درمان و مراقبت پرستاری جهت عملکرد سوپروایزرها لازم است. چنان که در مورد دانش و مهارت بالینی سوپروایزر، سوپروایزری گفت: «عملکرد سوپروایزر در احیا بستگی به علمشونه بعضی کمک می‌کنن، بعضی نگاه می‌کنن اما اکثر مواقع نقش هماهنگ کننده دارند {تا} افرادی که {در} کد {احیا} هستند بیاینند. مثلاً یک بار سر احیا بودیم

زمستان ۹۰، دوره چهاردهم، شماره چهارم

مطالعه حاضر از مهر ۱۳۸۸ تا شهریور ۱۳۸۹ در شهر یزد انجام شد. شرکت‌کنندگان ۱۸ نفر (۱۱ سوپروایزر، سه سرپرستار، دو پرستار با سابقه، یک پرستار طرحی و یک بهیار) شاغل در بیمارستان‌های شهر یزد بودند که به صورت فردی مصاحبه شدند. شرکت‌کنندگان به روش مبتنی بر هدف و از بین کسانی انتخاب شدند که مایل به شرکت در مطالعه بودند و توانایی بیان تجارب خود در مورد نظارت بالینی را داشتند. متناسب با روش پژوهش کیفی، جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق، باز و نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. همچنین اسناد و متون موجود از قبیل دفاتر گزارش سوپروایزری و دفاتر راند بخش نیز مورد بررسی قرار گرفت. مدت زمان احتمالی مصاحبه از قبل به شرکت‌کننده اطلاع داده شد و مصاحبه‌ها با هماهنگی قبلی و رضایت شرکت‌کنندگان ضبط شد و ظرف ۲۴ ساعت اول بعد از مصاحبه، کلمه به کلمه تایپ شد و به عنوان داده‌های اصلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مدت زمان هر مصاحبه حداقل بیست دقیقه و حداکثر دو ساعت و ده دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها^۳ ادامه یافتند. بعضی از سوالاتی که تنها به منزله راهنمای مصاحبه مورد استفاده قرار گرفتند عبارت بودند از: "وقتی به راند بخش می‌روید چه می‌کنید؟ چه چیزهایی روی کار شما اثر می‌گذارد؟ شرایط یا تجاربی را بگویید که احساس کرده‌اید بر تصمیم‌گیری و کار شما مؤثر بوده است؟ چه کسانی در این شرایط نقش داشته‌اند؟ و چگونه؟". از آنجا که محیط تحقیق کیفی، عرصه واقعی است؛ یعنی محلی که در آن فرآیند و تجارب آن رخ می‌دهد (۳۰)، انتخاب شرکت‌کنندگان در بیمارستان‌های آموزشی انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آنالیز محتوا با رویکرد قراردادی^۴ استفاده شد. بدین ترتیب که طبقه‌بندی‌های رمزگذاری به طور مستقیم از متن داده اقتباس شدند. برای تجزیه و تحلیل کیفی، محتوای تمامی مصاحبه‌ها و گزارشات سوپروایزری گردآوری شدند و از فرآیند استقرایی و کدگذاری استفاده شد. چهار مرحله اصلی تحلیل محتوا با برخی تعدیلات برای پیدا نمودن کدهای برتر^۵ انجام شد و پس از چندین بار خواندن متون، فرآیند کدگذاری سطح اول با شناسایی و پر رنگ کردن جملات و پاراگراف‌های واحد تحلیل آغاز گردید. از قبل تصمیم گرفته شد به هر دو محتوای آشکار و ضمنی توجه شود (۳۱). به هر واحد تحلیل، یک کد برتر داده و زیرکدها بیرون کشیده شد. در مرحله دوم کدگذاری، کدهای

³ Data Saturation

⁴ Conventional approach

⁵ Master codes

برای مریض انجام نشده؛ انجام شد یا نه ولو این که لازم نباشد چند بار بری بخش یا چندبار زنگ بزنی».

الف-۵) شنونده فعال بودن: یکی از توانایی‌های سوپروایزر خوب، تأثیر بر کارکنان برای تغییر رفتار است. برای تغییر رفتار کارکنان، نیاز به تکنیک گوش دادن مؤثر یا شنونده فعال بودن است. تأیید احساس نظارت شونده پس از شنیدن گفته‌های او و بازتاب گفتاری و رفتاری سوپروایزر که نشان‌دهنده شنیدن درد دل‌ها و درک احساسات اوست، گوش دادن مؤثر می‌باشد. شنونده فعال بودن، نظارت شونده را هدایت و به وی احساس مسؤلیت و استقلال می‌دهد. در مورد شنونده فعال بودن، پرستار «ک» گفت: «سوپروایزر خوب نمی‌پرسد که مشکلاتتون چیه چون می‌دونستن ما در دل باز می‌کنیم و می‌گویم این و اون. اما می‌گفتی. حداقل می‌گفتی حداقل آرامش بخش بود. حداقل وقتی سوپروایزر به حرفات گوش می‌ده کمی آرامش می‌گیری که یه کسی تو این بیمارستان بوده که گوش داده تو چی می‌گی».

الف-۶) مشوق بودن: نظارت شونده‌گان علاقمندند پس از انجام وظایف محوله، از سوی سوپروایزر مورد تشویق قرار گیرد و اگر کسی مراقبت را به خوبی انجام داده و خدش‌های در آن مشاهده نمی‌شود، مورد عنایت و توجه قرارگیرد. این امر سبب می‌شود که احساس خوبی نسبت به ارایه مراقبت پیدا کنند. لازمه این حس آن است که به آنها به هر نحو ممکن و میسر کمک شود. در مورد مشوق بودن سوپروایزر "د" گفت: «من به تجربه دیدم که پرسنل، نظارت را مساوی با منفی‌بینی می‌بینند بنابراین من سعی می‌کنم جملاتی بگویم انرژی مثبت بدهد، کارهای خوب پرسنل را که می‌بینم برجسته می‌کنم و تشویق می‌کنم. ... اگر رگ می‌گیرد می‌گویم عجب رگ خوبی گرفتی تا پرسنل بدانند من چیزهای مثبت را می‌بینم و تشویقشون می‌کنم».

ب) صلاحیت‌های فردی نظارت شونده: در برگیرنده سطح تجربه و دانش نظارت شونده است. آگاهی و عملکرد بالینی کارکنان اهمیت فراوانی دارد و می‌توان از آن به عنوان یک عامل مهم تأثیرگذار در نظارت و دستیابی به هدف کیفیت بالای مراقبت یاد کرد. چنان که هرگاه سوپروایزر با کارکنان مجرب و متبحر در تماس باشد، نیاز به نظارت بالینی کم می‌شود و بر عکس در صورت مواجه شدن با کارکنان طرحی و کم تجربه، نیاز به نظارت دقیق‌تر است. پرستار "ح" در این رابطه گفت: «چرا اگر بیمار بدحال باشد کاردکس را برمی‌دارند {سوپروایزرها} پرونده را برمی‌دارند پیش می‌آید چه کاری برایش انجام شده اگر پرسنل تازه کار باشند و اطمینان نداشته باشد. {اما} معمولاً پرسنل با سابقه کار و تجربه هستند و

سوپروایزر در مورد تغییرات جدید در احیا و تعداد نفس به ماساژ نمی‌دونست و اشتباهی داشت به افراد تذکر می‌داد که چرا با هم ماساژ و آمو می‌دهند. خب ببینید، علم سوپروایزر چقدر مهمه داشت، نظم احیا را به هم می‌زد».

الف-۲) دانش و عملکرد مدیریتی: از دیگر صلاحیت‌های سوپروایزر، دانش و تجارب مدیریتی است؛ چرا که از نقش‌های اصلی سوپروایزر، تصمیم‌گیری و اداره نمودن پرستاری و سایر قسمت‌های بیمارستان است. بنابراین سوپروایزر باید توان مدیریت بیمارستان را داشته باشد که از پیش‌شرط‌های آن دارا بودن معلومات و تجارب مدیریتی است. در این مورد سوپروایزری گفت: «سطح معلومات ما سوپروایزرها مهمه خصوصاً دانش مدیریتی این که ما چگونه تصمیم بگیریم و چه معیاری را لحاظ کنیم در روند کار ما خیلی مهمه فرض کنید ما چون دوره مدیریتی نگذرونیم نمی‌دونیم که وقتی پرسنل از ما حرف شنوی نداره چه واکنشی باید نشون بدیم. یک بار وارد یک بخش شدم شنیدم که یک پرسنل در مورد سوپروایزرها به پرسنل کم سابقه‌تر داره بدگویی می‌کنه و می‌گه نباید به این‌ها رو {اجازه دخالت} بدین و از این حرف‌ها... واقعاً مونده بودم با این آدم چگونه برخورد کنم».

الف-۳) مسؤلیت‌پذیری: خصیصه مسؤلیت‌پذیری از دیگر صلاحیت‌های سوپروایزر است و به عنوان اساسی‌ترین عامل پیشرفت در کار می‌باشد. مسؤلیت‌پذیری، بی‌تردید یکی از اساسی‌ترین عوامل افزایش کارایی و اثربخشی سازمانی است؛ زیرا که انسان‌های مسؤلیت‌پذیر، مسؤلیت آن چه را انجام می‌دهند بر عهده می‌گیرند و وجود این خصیصه در سوپروایزر که ماهیت کارش غیر قابل پیش‌بینی و وابسته به پیگیری‌های وی می‌باشد بسیار مهم است. در مورد مسؤلیت‌پذیری سوپروایزر «ک» گفت: «بعضی همکارا بودند که اگر بچه‌ها {پرستاران} نیرو می‌خواستند می‌گفتند مشکل خودشون است زیاد در صدد نبودند نیرو دهند. {می‌گفتند} این مسایل قبلاً باید از طرف مسؤول بخش حل می‌شده حالا هم حل نشده، من هم کاری نمی‌کنم».

الف-۴) سخت‌کوشی: افزایش موفقیت نظارت بر اساس سعی و تلاش سوپروایزر می‌باشد. به عبارت دیگر، پشتکار سوپروایزر را می‌طلبد. این تلاش، سبب بهبود فعالیت‌ها و دستیابی به اهداف نظارتی می‌شود. در مورد سخت‌کوشی، سوپروایزر «ز» گفت: «تو سوپروایزری باید یک جورهای ثابت کنی محق بودی و آدم باید خودش پشتکار به خرج بده مثلاً وقتی پرسنل زنگ می‌زنه یا مریضو را راند می‌کنی باید ببینی اگه کاری

انسانی می‌شود تا در جهت نظارت و راند بالینی بخش‌ها استفاده شود. چنان که سوپروایزر «ک» در این مورد گفت: «گاهی مجبورم تلفنی بپرسم گاهی خیلی محدودتره. شرایط محدوده بستگی داره من چقدر وقت داشته باشم چقدر بعضی کارهای جنبی وقت من را بگیره. من پریشب از ساعت ۱ تا ۴ سر CPR یک مریض بودم در صورتی که در شیفت بیداری خودم یکسری بخش‌ها را سر می‌زدم. ما تا قبل از ساعت ۱۲ بخش‌ها را تقسیم می‌کنیم یکسری من یکسری همکارم. بعد از ساعت ۱۲ بخشی که نرفتم می‌روم و آن بخش‌های خودم که نیازه. من وقتی شیفت صبح بیدارم معمولاً همه بیمارستان را راند می‌کنم اول بخش‌هایی که نرفتم. ... آن شیفت من توانستم بخش‌هایی که نرفتم بروم».

بدیهی است حجم کار زیاد منجر به محدودیت زمان راند بالینی یا نظارت بر مراقبت‌های بیمارستان است؛ زیرا که زمان‌های استراحت بیمارستان، زمان‌های درمان پزشکی و پاراکلینیک و رفع نیازهای اولیه جهت نظارت بر کیفیت مراقبت مناسب نیست. سوپروایزر «ش» در مورد محدودیت زمان راند گفت: «بهترین زمان راند ساعت ۸ تا ۱۰ شب است. ساعت ۱۱ یا ۱۲ شب که نمی‌شود راند کرد. این قدر کار جانبی سر ما ریخته که نمی‌توانیم». حجم کاری زیاد، هم از نظر کمی که در برگیرنده نظارت بر محدوده وسیع می‌باشد و هم از نظر کیفی که باید در مورد مسایل مختلف، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی نمود مطرح است. از دلایل این حجم کاری زیاد، تنوع وظایف محول شده به سوپروایزرها است که مشتمل بر کارهای متنوع از کنترل نحوه تمیزی و نظافت محیط بخش‌ها تا هماهنگی و نظارت بر کلیه امور بیمارستان و کیفیت مراقبت‌ها از جمله عملکرد احیای قلبی و ریوی و مراقبت‌های حاد است. سوپروایزرها ملزم به نظارت طیف گسترده‌ای از اقدامات درمانی و بهداشتی می‌باشند و در بعضی موارد فعالیت‌های واحدهای غیر پرستاری را نیز باید هماهنگ و کنترل کنند.

ب) از دیگر عوامل سازمانی؛ ماهیت پیچیده عملکرد نظارتی است. نظارت بالینی از یک سو بر مراقبت از بیمارستان مختلف که خود فرآیندی پیچیده بوده و شامل جزئیات بسیار است، دلالت دارد و نیازمند دانش و مهارت‌های بالینی مختلف و خاص است؛ از طرف دیگر، برکنترل رفتارهای کارکنان که خود نیز در برگیرنده پیچیدگی بروز رفتارهای خاص هر فرد است، دلالت دارد. سوپروایزر «ک» در مورد پیچیدگی عملکرد نظارتی گفت: «مانیتورینگ ما دقیق نیست ما ساعت {ورود و خروج} را چک می‌کنیم و خیلی تأخیرها جلوش گرفته شده، باز هم کسی که

زمستان ۹۰، دوره چهاردهم، شماره چهارم

اطمینان دارند و می‌شناسند، سوپروایزر می‌داند و مطمئن که این کارها را انجام می‌دهند، این کارها را انجام نمی‌دهند، راند نمی‌کنند».

ج) روابط متقابل سوپروایزر و نظارت شونده: در برگیرنده اعتماد متقابل سوپروایزر و نظارت شونده و ادراک و انتظارات متقابل سوپروایزر و نظارت شونده است.

ج-۱) اعتماد متقابل سوپروایزر و نظارت شونده: ارتباط مبتنی بر اعتماد بین سوپروایزر و کارکنان در تحقق اهداف نظارت و مراقبت با کیفیت و کمیت، اهمیت بسیار زیادی دارد؛ زیرا در عمل و در نهایت نظارت شونده‌ها هستند که سازمان را پیش می‌برند. در این میان، اعتماد متقابل کارکنان به سوپروایزر و برعکس، بیش‌ترین اهمیت را دارد. در مورد اعتماد، سوپروایزر «ک» گفت: «بچه‌ها {کارکنان} باید چیزهایی ذاتاً قبول کنند بدونند به ما اعتماد داشته باشند حرفی که می‌زنیم چیزی که می‌خواهیم الکی نیست یک ایراد خشک و بدون هدف نیست که هدفی دنبال نداشته باشد. مثلاً ما به بچه‌ها {کارکنان} می‌گوییم بالانویسی پرونده را کامل بنویسید اما پذیرش اون برای بچه‌ها {کارکنان} سخته. اما یک بار که گزارش بخش مراقبت‌های ویژه قلب در انتقال پرونده گم شد و موجب گرفتاری شد بچه‌ها {کارکنان} فهمیدند».

ج-۲) ادراک و انتظارات متقابل سوپروایزر و نظارت شونده: ادراکات و انتظارات نظارت شونده‌ها و سوپروایزرها نسبت به هم بسیار مهم است؛ چرا که بر نحوه رفتار و عکس‌العمل نسبت به هم اثر دارد. در مورد درک و انتظار سوپروایزری گفت: «بیشتر از سوپروایزر؛ بچه‌ها {کارکنان} همیشه توقع دارند مثل پدر و مادر خانواده که بچه‌ها همیشه توقع دارند ولی کمتر سعی می‌کنند شاید تو شرایط درکشون کنند من خیلی وقت‌ها از پرسنل درکی که باید بکنند نمی‌بینم این مشکل را بیشتر تو شیفت‌ها دارم مثلاً پرسنل فقط شرایط بخش خودش را می‌بینن و درک می‌کنن و می‌گن من نیرو می‌خوام اما نمی‌تونن منو درک کنن که {من} کل بیمارستان را باید ببینم و پوشش بدم».

بعد سازمانی:

بعد سازمانی نیز دارای چهار درون‌مایه: الف) حجم زیاد کار در نظارت؛ ب) ماهیت پیچیده نظارت بالینی؛ ج) سازمان‌دهی غیر اثربخش در نظارت؛ و د) بسترکاری نامناسب برای نظارت بالینی است. این بعد در واقع بیانگر موقعیت و شرایط کاری سوپروایزرهای بالینی در بیمارستان است.

الف) حجم زیاد کار: بیشتر زمان کاری سوپروایزرها صرف هماهنگی کارهای جنبی و رفع کمبودهای وسایل و نیروی

سوپروایزر انتظار نظارت و از نظارت شونده انتظار رفتار صحیح داشت. هرگاه که امکانات و تجهیزات فیزیکی و محیطی آماده نشده باشد و یا نیروی انسانی به طور مناسب، تربیت و پرورش داده نشده باشد و همچنین قوانین و دستورالعمل‌های مرتبط تدوین نشده باشد نمی‌توان انتظار نظارتی با کیفیت بالا داشت. سوپروایزری در مورد عدم آماده‌سازی پیش‌نیازهای نظارت گفت: «کار جانبی ما؛ کار نگهبان و پذیرش را باید انجام دهیم من باید وقت زیادی بگذارم تا مسؤول پذیرش را حالی {بفهمانم} کنم. من بخش‌ها می‌روم می‌گویند همراه مرد در بخشه یا نگهبانی در اورژانس ضعیفه من به عنوان نگهبان کار می‌کنم آقا چکار داری و غیره؟ نگهبان بد ضعیف عملکرده همه را راه داده تو... بدون این که برنامه‌ریزی صحیح برای سایر واحدها کرده باشند و آنها را مجاب کرده و محیط را آماده کرده {باشند} به ما می‌گن برید چک کنید».

ج-۴) شیوه مدیریت نامناسب مدیران مافوق: از دیگر عوامل تأثیرگذار به عنوان مانع در نظارت بالینی مؤثر، نحوه صدور دستورات نامناسب توسط مدیران مافوق است. چنان که صدور دستور توسط خود آنها و سپس درخواست تخطی از آن و یا درخواست کارهای غیرمرتبط و غیره می‌تواند عملکرد نظارتی سوپروایزر را تحت تأثیر قرار دهد. سوپروایزر «ش» در مورد مدیریت نامناسب مدیران مافوق گفت: «یک اختیاراتی به ما دادند این تصمیم‌گیری‌ها را بکن. مثلاً این مریض را این جا بخوابون این جا نه و حالا تو سفت و شق می‌گیری مریض یک پزشک را خوابوندی چون چند تا مریض عمل نکرده داره بهشون می‌گی، نمی‌شود خوابوند باعث نارضایتی یک پزشک می‌شود از طرفی ریاست بیمارستان خودش می‌گوید مریض خوابونید و اگر بد عمل کنی یک اشتباه کنی یکی بد خوابونی تنبیه می‌شوی ولی حالا درست عمل کردی مریض پزشک را خوابوندی به ریاست زنگ می‌زنه این چه وضعیه؟ این فلانه؟ مریض من دارد از درد می‌میرد ریاست بیمارستان زنگ می‌زند می‌گوید بخوابون. این به قول معروف اعتبار و قاطعیت و مدیریتت مخدوش می‌شه. یا این که دیگه شل می‌گیری ایرادگیری نمی‌کنی می‌گویی پس هر جوری شد، شد دیگه!».

همچنین شیوه مدیریت نامناسب مدیران، موجب عدم انگیزش کافی در سوپروایزرها می‌شود و این در حالی است که انگیزش کافی موجب ایجاد میل، اشتیاق و علاقه به انجام نظارت و تشویق، جلب رضایت سوپروایزر از طریق برآورده ساختن نیازهای وی می‌گردد.

ساعت {کارت} زود می‌زند ولی دیر {در بخش} می‌آید نمی‌توانیم کنترل کنیم. ما نمی‌توانیم، هر تعداد که باشید نمی‌شود، شما چگونه می‌توانید در طول شیفت باشید ببینید که کی از زیر کار در می‌ره کارها را به دوش همکارش می‌اندازه مگر این که می‌گویم بچه‌ها {کارکنان} نمی‌گویند. مگر این که بچه‌ها {کارکنان} در شرایطی به عجز آیند یا تشویقی بگیره، {آن وقت} لو دهند». همان طور که دیده می‌شود جنبه‌های پنهان رفتارهای سازمانی نیاز به دانش و مهارت‌های خاص رفتارشناسی در مدیریت دارد که پیشاپیش در قسمت مهارت‌های مدیریتی آورده شد.

ج) سازماندهی غیر اثربخش در نظارت شامل نبود اختیارات کافی، عدم وحدت رویه در نظارت، عدم آماده‌سازی پیش‌نیازهای نظارت، مدیریت نامناسب مدیران مافوق، و کمبود تعداد سوپروایزر است.

ج-۱) نبود اختیارات کافی: درخواست انجام مسؤولیت‌ها و وظایف متعدد بدون تفویض کافی اختیارات جهت تصمیم‌گیری و اقدام، از موانع نظارت بالینی است که موجب عدم انجام کار و یا ارجاع مکرر و بیش از حد مسایل به مدیران مافوق و محافظه‌کاری در سوپروایزر می‌شود. سوپروایزر «ز» در مورد اختیارات ناکافی گفت: «می‌گن سوپروایزر به خصوص عصر و شب به جای مدیر و رئیس بیمارستان، این به این معنی که یعنی حیطة اختیارات من زیاده و هر جا هر کاری بنا به مصالح مریض و بیمارستان بکنم حق منه... اما بعداً فرداش ممکنه باز خوردی که از کار من می‌شود و بازخواست‌هایی که من می‌شم مرا مجبور به محافظه‌کاری می‌کنه».

ج-۲) عدم وحدت رویه در نظارت: یکی از محدودکننده‌های نظارت بالینی مؤثر، نبود وحدت رویه بین سوپروایزرها در انجام نظارت، درخواست‌ها و انتظارات از ناظرین است. به طوری که از دفاتر پرستاری، رویه‌های عملکردی یکسان تدوین و ابلاغ نمی‌گردد و در عمل سوپروایزرها و به خصوص نظارت شونده‌گان، هر دو در معرض سردرگمی قرار می‌گیرند. سوپروایزر «ش» در مورد عدم وحدت رویه گفت: «یکی مسایل بیدار شدن صبحه {در شیفت شب} من می‌روم می‌گویم پرسنل کجا هستند. بعضی {از سوپرها} نمی‌گویند؛ ناهماهنگی بین سوپرها پیش می‌آید وقتی ۳ تا به ۱ شود بچه‌ها {کارکنان} می‌گویند من اشتباه عمل می‌کنم».

ج-۳) عدم آماده‌سازی سوپروایزرها برای پیش‌نیازهای نظارت: هر گونه عملکردی، نیازمند آماده‌سازی شرایط می‌باشد. قبل از نظارت نیز باید شرایط و امکانات را آماده نمود و سپس از

یک پزشک سرشکسته شد و یا می‌گویند چون پزشک ما راضی است باید باشد».

د-۳) فرهنگ نظارت‌ناپذیری و سخت‌گیری: یکی از موارد مؤثر بر نظارت، فرهنگ نظارت‌ناپذیری از دید ناظر و نظارت شونده است. فرهنگ مجموعه‌ای از باورها و ارزش‌های مشترک تأثیرگذار بر رفتار و اندیشه است که می‌تواند نقطه شروعی برای حرکت و پویایی و یا مانعی در راه پیشرفت به شمار آید. نظارت در بیمارستان‌های ما به عنوان سخت‌گیری درک می‌شود. به طوری که سوپروایزر و نظارت شونده هر دو نظارت را ایرادگیری و سخت‌گیری تعبیر می‌نمایند. بهیاری "ف" در مورد فرهنگ سخت‌گیری گفت: «در فرهنگ ما باید سخت‌گیری باشه و زور بالای سرمان باشه... سوپروایزر هم باید بیاد و ایراد بگیره تا همه حواسشون جمع باشه من دیدم اگر سوپروایزرها یک مدت روی یک چیز گیر دهند اون انجام می‌شه اما پس از مدتی که دوباره گیر نمی‌دهند ول می‌شه».

د-۴) حقوق و مزایای کم و سختی کار: حقوق و مزایای ناکافی سوپروایزرها، علی‌رغم مسؤلیت سنگین و پاسخگویی زیاد از دیگر موارد منجر به بی‌انگیزگی و پایین بودن کیفیت نظارت است. چنان که حتی بعضی مزایای آن از پست سرپرستاری نیز کمتر است. همچنین از لحاظ برخورداری از سختی کار، سوپروایزری جز مشاغل سخت نبوده و کاری در پرستاری در نظر گرفته می‌شود که مستقیماً با بیمار در تماس نیست و نمی‌تواند همچون پرستار یا سرپرستار از مزایای سختی کار بهره‌مند شود. سوپروایزر «ب» در مورد مزایای کم سوپروایزری گفت: «سوپروایزر و مترونی در دسره و همه زیر بار نمی‌روند مزایا ندارد و دردسر دارد الان سوپروایزر مزایاش کمتر از مسؤول بخشه با این که جوابگوی کل بیمارستان است». داده‌ها در جدول ۱ به طور خلاصه آورده شده است.

جدول ۱- ابعاد مؤثر بر اجرای نظارت بالینی

طبقات	
صلاحیت دانش و عملکرد بالینی و صلاحیت دانش و عملکرد مدیریتی، مسؤولیت‌پذیری، سخت‌کوشی، شونده فعال بودن، مشوق بودن سوپروایزر	صلاحیت‌های فردی نظارت‌کننده
سطح تجربه و دانش نظارت‌شونده	صلاحیت‌های فردی نظارت‌شونده
اعتماد متقابل سوپروایزر و نظارت‌شونده، ادراک و انتظارات متقابل سوپروایزر و نظارت‌شونده	روابط متقابل نظارت‌کننده و نظارت‌شونده
کمبود وقت، محدودیت زمان راند، تنوع فعالیتی	بعد سازمانی
پیچیدگی عملکرد نظارتی در بعد حرفه‌ای و سازمانی	حجم کار زیاد
نبود اختیارات کافی، کمبود هماهنگی در سوپروایزری، عدم آماده‌سازی پیش‌نیازهای نظارت، کمبود تعداد سوپروایزر، شیوه مدیریت نامناسب مدیران مافوق، عدم انگیزش کافی سوپروایزر	ماهیت پیچیده نظارت
فردمداری، پزشک‌مداری، فرهنگ نظارت‌پذیری، سخت‌گیری، حقوق و مزایای کم و سختی کار	سازمان‌دهی غیر اثربخش نظارت بالینی
	بستر کاری نامناسب برای نظارت بالینی

بحث

می‌شود. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، نشان داده شد که عوامل متعددی از طرف سوپروایزر (ناظر)، نظارت شونده و ویژگی‌های بیمارستان یا به عبارتی، محیط سازمانی بر زمستان ۹۰، دوره چهاردهم، شماره چهارم

ج-۵) کمبود تعداد سوپروایزر: یکی از موانع ارایه اثربخش نظارت بالینی، کمبود سوپروایزرها از نظر تعداد و کیفیت در شیفت‌ها است. طوری که سوپروایزرها برای عرصه‌های مختلف بالینی و با در نظر گرفتن تعداد بخش‌ها تعیین نمی‌شوند و وجود تنها یک سوپروایزر برای نظارت بر کل بیمارستان و بخش‌های بالینی و درمانی ناکافی است. پرستار «ب» در مورد تعداد کم سوپروایزر گفت: «تعداد بخش‌ها زیاده، سوپروایزر کمه، به همین دلیل رهگذری رد می‌شن می‌رن البته بهشون حق می‌دهم نظارت آنچنانی نداشته باشند. تعدادشون کمه حجم کارشان زیاد و وقتشون کم است».

د) بستر کاری نامناسب به عنوان دیگر بازدارنده نظارت بالینی شامل فردمداری، پزشک‌مداری، فرهنگ نظارت‌پذیری و سخت‌گیری، حقوق و مزایای کم و سختی کار است.

د-۱) فردمداری: یکی از بازدارنده‌های نظارت در بیمارستان‌های ما، در تجارب سوپروایزرها، حاکم بودن فردمداری به جای ضابطه‌گرایی و عدم توجه کافی به مقوله قوانین و مقررات است که زمینه نظارت و انجام کارها را متأثر از ارتباط و نه تأکید بر آیین‌نامه‌ها و سیاست‌های بیمارستان می‌کند. سوپروایزر "ک" در مورد فردمداری گفت: «ممکنه من یک چیزی ببینم نتونم کاری کنم مثلاً اینترنتن پسر خاله رئیس دانشگاه یک جاهایی آدم باید سیاسی برخورد کند».

د-۲) پزشک‌مداری: تفکر پزشک‌سالارانه باعث شده است گروه‌های غیرپزشکی آن طور که باید و شاید انگیزه‌ای برای خدمت نداشته باشند. سوپروایزر «ش» در مورد پزشک‌مداری گفت: «مشکل نظارت یکسری به مدیریت بالا است و به پزشک‌سالاری بر می‌گردد تمام مسؤولین نظارتی ما پزشک است با وجود این که مترون داریم پزشک تمام کننده است، حتی مسؤول ما تصمیم می‌گیرد فلان سوپر به درد نمی‌خورد به خاطر

نظارت بالینی نقش بسیار مهمی بر کیفیت و تضمین مراقبت‌های پرستاری دارد و موجب پیشرفت و بهبود ارایه مراقبت به بیمار شده و موجب رشد فردی و حرفه‌ای پرستاران

عملکرد ناظرین بالینی اثر می‌گذارند که ماهیتاً موجب تسهیل و یا ممانعت از انجام نظارت بالینی می‌گردد.

ابعاد فردی مؤثر بر نظارت سوپروایزرها از دید مشارکت‌کنندگان عبارت بودند از صلاحیت‌های پرستاری و مدیریتی، مسؤلیت‌پذیری، سخت‌کوشی، شنونده فعال بودن و مشوق بودن سوپروایزر که بسیار زیاد در اثربخشی عملکرد آنان مؤثر است. به عبارت دیگر، علم و عمل سوپروایزر از نظر بالینی و مدیریتی بر چگونگی و کیفیت عملکرد و تصمیم‌گیری سوپروایزر که نیازمند شناخت مسایل درمانی و موقعیت‌های بالینی است نقش بسزایی دارد. همچنین سوپروایزر بر اساس ماهیت کاری باید مشخصه‌های فردی دیگری از قبیل مسؤلیت‌پذیری برای پیگیری و به نتیجه رساندن کارها و تقبل مسؤلیت‌های درمانی و غیردرمانی مرتبط را داشته باشد و به عنوان مشوق نظارت شونده به بیانات و درد دل‌های آنها فعالانه گوش فرا دهد. هایرکاس^۶ و همکاران (۲۰۰۲) نیز معتقدند توسعه و ارتقای دانش سوپروایزر، تعهد و انگیزه وی، بر نظارت بالینی مؤثر بودند (۳۰). آرویدسون^۷ و فریلوند^۸ (۲۰۰۵) نیز در مقاله "عوامل مؤثر بر صلاحیت‌های سوپروایزرهای پرستار"، دو وضعیت فردی و حرفه‌ای را از عوامل مؤثر بر نظارت بالینی یاد می‌کنند. وضعیت حرفه‌ای را آگاهی سوپروایزرها از خلق محیط یادگیری امن و تسهیل بازاندیشی می‌دانند و وضعیت فردی را فرصت به پرستاران جهت مشارکت و کسب تجارب در مراقبت‌های پرستاری روزانه معرفی می‌کنند (۳۳). سیوراینسون^۹ و همکاران (۲۰۰۶) نیز می‌نویسند که نقش سوپروایزر وابسته به سه بعد آمادگی، دانش، و شجاعت و مسؤلیت‌پذیری اوست (۳۴).

گروه دیگری از عوامل مؤثر بر نظارت، روابط متقابل سوپروایزر و نظارت شونده، همچون اعتماد متقابل سوپروایزر و نظارت شونده، ادراک و انتظارات متقابل سوپروایزر و نظارت شونده بود. از آنجایی که نظارت بالینی فرآیندی است با ماهیتی تعاملی و پویا، تحت تأثیر روابط تعاملی ناظر و نظارت شونده است و عواملی همچون اعتماد، ادراکات و انتظارات که بر این روابط متقابل اثر می‌گذارد، بر نظارت بالینی نیز اثر دارد. به طوری که هر چه روابط مشارکتی و ادراکات و انتظارات به هم نزدیک باشد و اطمینان و اعتماد طرفین نیز بیشتر باشد، نظارت بالینی بهتر و مؤثرتر انجام خواهد شد. هایرکاس و همکاران (۲۰۰۲) نیز در

این باره می‌نویسند که اطمینان و اعتماد نظارت شونده و روابط متقابل و تعاملی و مشارکتی بر نظارت بالینی مؤثرند (۳۰). همچنین، هال^{۱۰} (۲۰۰۷) معتقد است که روابط حمایت‌کننده بین سوپروایزر و نظارت شونده موجب کسب نتایج بهتر در پرستاری و کاهش استرس شغلی می‌شود و در کل بر پیامد مراقبت مؤثر است (۳۵).

در نهایت باید گفت صلاحیت‌های فردی نظارت شونده همچون سطح تجربه و دانش او بر نظارت اثر می‌گذارد. به طوری که دانش و مهارت نظارت شونده در ارزیابی مراقبت، حد نظارت را تعیین نموده و نظارت شونده بی‌تجربه به نظارت بیشتری از فرد باتجربه نیاز دارد و یا مشارکت و نگرش وی بر نظارت اثر دارد. کوهن^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۷) می‌نویسند که حمایت‌های سوپروایزرها، به خصوص در مورد پرستاران تازه‌کار و در پست‌های پایین‌تر یکی از عوامل مؤثر در ایجاد محیط کار سالم برای پرستاران است (۳۶). حشمتی و همکارانش (۱۳۸۱) نیز عوامل اثربخش نبودن نظارت بالینی در ایران را عدم مشارکت کارکنان در امر نظارت و کنترل معرفی می‌کنند (۳). بنابراین، بر اساس اظهارات و تجارب شرکت‌کنندگان، ابعاد فردی ناظر و نظارت شونده در تعاملات بالینی آنها تأثیر بسزایی بر عملکرد نظارتی دارد؛ به طوری که آرویدسون و فریلوند (۲۰۰۵) در این رابطه می‌نویسند دو درون‌مایه، رفتارهای شخصی و حرفه‌ای سوپروایزران بر عملکرد و صلاحیت آنها مؤثر است (۳۳). بدیهی است که علاوه بر ویژگی‌های فردی دو طرف (ناظر و نظارت‌شونده) که بر نحوه عملکرد نظارتی و ارتباط بین حرفه‌ای پرستاران و سوپروایزرها تأثیر می‌گذارد، متغیرهای محیطی نیز از قدرت تأثیر زیادی بر عملکرد نظارتی برخوردارند.

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، عوامل سازمانی مانند کمبود وقت به دلیل حجم کار زیاد، محدودیت زمان راندهای بالینی و تنوع فعالیتی در نظارت تأثیر گذاشته و آن را به تأخیر می‌اندازد. حجم کاری زیاد سوپروایزر در محیط بزرگ بیمارستان با تعداد زیاد بخش‌ها و انجام فعالیت‌های متعدد از کنترل و نظارت بر انجام ایمن مراقبت‌های پرستاری تا نظارت بر چگونگی نظافت و تمیزی فضاهای فیزیکی و واحدهای غیر پرستاری، همه موجب کاهش زمان کافی برای اجرای نظارت اثربخش می‌گردد. از طرف دیگر، زمان مناسب برای راند چگونگی مراقبت‌های بیمار نیز محدود بوده و در ساعاتی

⁶ Hyrkas

⁷ Arvidsson

⁸ Fridlund

⁹ Severinsson

¹⁰ Hall

¹¹ Cohen

سوپروایزرها نزول می‌کند. قابل ذکر است که شیوه مدیریت مدیران مافوق، تحت تأثیر ارتباطات غیر رسمی است که در برخی از موارد امنیت شغلی و نحوه تصمیم‌گیری سوپروایزرها را به مخاطره می‌اندازد. توماس و ریید^{۱۳} (۱۹۹۵) و اسکانون و ویر^{۱۴} (۱۹۹۷) نیز در مطالعات قبلی خود گزارش نمودند که چندین عامل از قبیل کمبود سوپروایزرهای آموزش دیده و عدم حمایت مدیران مافوق، مانعی بر سر نظارت مؤثر است و اگر وحدت فرماندهی و هماهنگی در صدور دستورات نباشد و افراد سلیقه‌ای و تا حدودی به دستورات عمل نمایند، همه موجب کاهش انگیزه سوپروایزر در اجرای نظارت بالینی اثربخش می‌گردد و اختلال در اجرای نظارت بالینی ایجاد می‌نماید (۳۹). ویلیامز و ایروین^{۱۵} (۲۰۰۹) می‌نویسند چون سوپروایزرها دستورعمل مشخصی جهت انجام نقش خود ندارند، همین علت شکاف و مانعی در انجام نظارت بالینی موفق است (۴۰). همچنین حشمتی و همکارانش (۱۳۸۱) نیز می‌نویسند از عوامل اثربخش نبودن نظارت بالینی در ایران، فقدان یک الگو و روش واحد کاری برای سوپروایزرها است (۳). ترسیم این شرایط برای سوپروایزرهای بالینی، بستر و زمینه کاری شبیه "جاده سنگلاخی" را ایجاد می‌نماید که آنان مجبورند در این شرایط با موانع متعدد و متنوع روبرو شده و آن را هر طور که شده پشت سر گذارند. بدیهی است که در این مسیر، شاید تنها از نظر ظاهری، عملکرد سوپروایزرها شبیه نظارت بالینی باشد؛ به ویژه که در طول زمان، این مسیر سنگلاخی، انگیزه و علائق آنها را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد و پذیرش این نقش را جز "دردسر" درک نمی‌کنند. به گونه‌ای که شرکت‌کنندگان در پژوهش، بستر کاری نامناسب را گروه دیگری از عوامل مؤثر سازمانی بر نظارت بالینی معرفی نمودند. در این گروه، فردمداری، پزشک‌مداری، نبود فرهنگ نظارت‌پذیری، سخت‌گیری در سازمان و حقوق و مزایای کم و سختی کار قرار دارند. هرگاه روابط کاری مبتنی بر فردمداری و یا پزشک‌مداری/سالاری شود، اثر ضوابط و قوانین و مقررات کم خواهد شد. همچنین اگر نظارت شونده و یا ناظر، نظارت را مساوی با سخت‌گیری و ایرادگیری به جای روشی برای ارتقا و پیشرفت در نظر گیرند و در این میان منصب سوپروایزری حقوق و مزایای کافی هم نداشته باشد و نتواند مانند دیگر پست‌های پرستاری از مزایای سختی کار و بازنشستگی زودتر از موعد

همچون ساعت استراحت بیمار امکان‌پذیر نیست. ادوارد^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۵) می‌نویسند مدت زمان در دسترس، محل نظارت و انتخاب سوپروایزر توسط نظارت شونده بر کیفیت نظارت اثر می‌گذارد (۳۷). حشمتی و همکارانش (۱۳۸۱) نیز می‌نویسند از عوامل اثربخش نبودن نظارت بالینی در ایران غیرتخصصی بودن نظارت یعنی نظارت بر قسمت‌های گسترده می‌باشد (۳).

از دیگر عوامل سازمانی مؤثر بر نظارت، ماهیت پیچیده "عملکرد نظارتی" است. نظارت از یک طرف، دارای بعد حرفه‌ای و سازمانی است و از طرف دیگر دارای بعد رفتاری (ناظر و نظارت شونده) است. بدیهی است هنگامی که سوپر وایزر باید ابعاد رفتار حرفه‌ای خود و نظارت شونده را به گونه‌ای هدایت و کنترل نماید که منجر به بروز رفتارهای مراقبتی در سطح کیفی مطلوب شود، آن هم در محیط‌های سازمانی با ویژگی‌های خاصی که دارا هستند، بدیهی است که در این مسیر پیچیده با چالش‌های زیادی روبرو می‌شود. البته همواره تعامل "فرد با سازمان" از پیچیدگی‌های خاصی برخوردار است که افراد سازمان بایستی خود را با آن سازگار نمایند و در این میان قوانین و مقررات سازمانی نقش عمده‌ای ایفا می‌نمایند. پیشاپیش هم ذکری از میزان اختیارات سوپروایزر، صلاحیت وی در بکارگیری مهارت‌های مدیریتی و نحوه برقراری ارتباط با نظارت شونده و... شد که همگی از عوامل ارزشی کار هستند که عملکرد نظارت بالینی را دشوار می‌نمایند (۳۸).

از گروه عوامل مهم دیگر سازمانی که بر اساس اظهارات و تجارب مشارکت‌کنندگان، نظارت را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سازمان‌دهی غیر اثربخش سوپروایزری بوده که مشتمل بر پدیده‌هایی همچون نبود اختیارات کافی، عدم هماهنگی در سوپروایزری، عدم آماده‌سازی پیش‌نیازها برای عملکرد نظارت، کمبود تعداد سوپروایزرها، شیوه مدیریت نامناسب مدیران مافوق و عدم انگیزش کافی سوپروایزرها بوده است. هرگاه که مقدمات لازم برای نظارت، همچون آماده‌سازی نیروی انسانی و امکانات لازم برای عملکرد خوب و یا نسبت مناسب پرستار با بیمار فراهم نشده باشد، نمی‌توان انتظار دستیابی به نظارت خوب را داشت. هنگامی که تعداد سوپروایزرها جهت نظارت، استاندارد نبوده و سوپروایزرهای متخصص و مجرب جهت نظارت در دسترس نباشند و یا میزان مسئولیت و اختیار سوپروایزرها با هم متناسب نباشد، و مسئولیت‌های محوله بیش از قدرت و اختیار تصمیم‌گیری و عملکرد باشد، روشن است که اثربخشی عملکرد

¹³ Thomas & Reid

¹⁴ Scanlon & Weir

¹⁵ Williams & Irvine

¹² Edwards

سوپروایزرها در این مطالعه آمد، آنها سعی می‌کنند در راستای فرهنگ سازمانی و برقراری ارتباطات غیر رسمی بر مشکلات فایق آیند و این "مسیر سنگلاخی" را طی نمایند.

بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که جهت نیل به اهداف نظارت بالینی همچون ارتقای دانش، مهارت‌ها، رفتار اخلاقی - حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای پرستاران، پیشرفت مراقبت پرستاری ایمن، افزایش هویت و تعهد حرفه‌ای، ارتقای اخلاق پرستاری، ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، ارتقای بکارگیری استانداردهای مراقبتی، شناسایی و برآورده ساختن نیازهای مراقبتی و برآیند بهتر بیمار، شناخت زمینه و شرایط کاری یاری رسان است. به طوری که اگر اصلاحاتی در مسیر و زمینه کاری انجام شود، می‌توان به هدف نظارت بالینی زودتر دست یافت. البته تغییر در ویژگی‌های رفتاری کارکنان در یک محیط کاری ساختارمند نیز سریع‌تر صورت می‌گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری در دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس است. پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس اعلام می‌دارند. همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه، مترونها، سوپروایزرها و پرستاران تقدیر و سپاس به عمل می‌آورند.

¹⁶ person-environment fit theory

References

- 1- Koontz H, O'Donnell C, Weihrich H. Essentials of Management. Translated by Chamran MH. Iran: Research Institute of Sharif University CO; 2001. (in Persian)
- 2- Rezaeian A. Principles of management. Iran: Samt; 1992. (in Persian)
- 3- Heshmati Nabavi F. (dissertation). Effects of clinical supervision on the quality of patient education in selected units in Mashhad city Samen alaeme hospitals. Tehran: Tarbiat Modares University; 2002. (in Persian)
- 4- Mousavi SA, Mosavi F, Froghi S, Zekavati R. Principles in nursing management. Iran: Ashura; 2004. (in Persian)
- 5- Alaghaband A. Public Administration. Iran: Psychology Press; 1996. (in Persian)
- 6- Marriner T. A guide to nursing management. 4th ed. London: Mosby; 1992.
- 7- Winstanley J, White E. Clinical supervision: models, measures and best practice. Nurse Res 2003; 10(4): 7-32.
- 8- Jones A. Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. Eur J Cancer Care 2003;12(3):224-32.
- 9- Severinsson EI, Hallberg IR. Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. J Adv Nurs 1996; 24(1):151-61.
- 10- Kilcullen N. An analysis of the experiences of clinical supervision on Registered Nurses undertaking MSc/graduate diploma in renal and urological nursing and on their clinical supervisors. J Clin Nurs 2007; 16(6):1029-38.
- 11- Carver N, Ashmore R, Clibbens N. Group clinical supervision in pre-registration nurse training: the views of mental health nursing students. Nurse Educ Today 2007; 27(7):768-76.
- 12- Gillies DA. Nursing Management: A System Approach. 3rd ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 1994.
- 13- Ashmore R, Carver N. Clinical supervision in mental health nursing courses. Br J Nurs 2000; 9(3):171-6.
- 14- Marbaghi A, Heroabadi SH. Nursing and Midwifery Management. Iran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2007. (in Persian)
- 15- Ainsworth H. Meeting the challenges of clinical supervision. J Ortho Nurs 2000; 4: 52-54.
- 16- Landmark BT, Hansen GS, Bjones I, Bohler A. Clinical supervision - factors defined by nurses as influential the development of competence and skills in supervision. J Clin Nurs 2003; 12(6):834-41.
- 17- Yegdich T. How not to do clinical supervision in nursing. J Adv Nurs 1998; 28(1):193-202.

- 18- Sloan G, White CA, Coit F. Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery. *J Adv Nurs* 2000; 32 (3): 515-24.
- 19- Kelly B, Long A, McKenna H. A survey of community mental health nurses' perceptions of clinical supervision in Northern Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8(1):33-44.
- 20- Berg A, Hallberg IR. Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *J Psych Men Heal Nurs* 1999; 6: 371-381.
- 21- Clibbens N, Ashmore R, Carver N. Group clinical supervision for mental health nursing students. *Br J Nurs* 2007; 16(10):594-8.
- 22- Butterworth T, Bishop V, Carson J. First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting. I. Theory, policy and practice development: A review. *J Clin Nurs* 1996; 5(2):127-32.
- 23- Barton-Wright P. Clinical supervision and primary nursing. *Br J Nurs* 1994; 3(1):23-5.
- 24- Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Paunonen-Ilmonen M. Expert supervisors' views of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multiprofessional team supervision. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38(4): 387-397.
- 25- Johnson JE, Buelow JR. Providing staff feedback to nurse managers using internal resources. *J Nurs Adm* 2003; 33 (7-8): 391-6.
- 26- Cutcliffe JR, Hyrkäs K. Multidisciplinary attitudinal positions regarding clinical supervision: a cross-sectional study. *J Nurs Manag* 2006; 14(8):617-620.
- 27- Azami A, Akbarzadeh F. Assessing of patient satisfaction of services provided in hospitals in Ilam. *Journal of Medical Sciences of Ilam* 2002; 12(3):44-45. (in Persian)
- 28- Nouhi A, Mohamad Alizadeh S, Rafie GH. Quality of nursing care in oxygen therapy in CCU and internal wards of Rafsanjan hospitals. *Quality in Nursing and Midwifery* 2001; 2(6): 39-43. (in Persian)
- 29- Adib Hajbaqry M. *Grand Theory Methods*. Iran: Boshra; 2006. (in Persian)
- 30- Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Haataja R. Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *J Adv Nurs* 2006; 55(4):521-35.
- 31- Mcevoy L, Duffy A. Holistic practice- a concept analysis. *Nurse Educ Pract* 2008; 8(6):412-9.
- 32- Oskouie F, Peyravi H. *Qualitative research in nursing*. Iran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2005. (in Persian)
- 33- Arvidsson B, Fridlund B. Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. *J Nurs Manag* 2005; 13(3):231-7.
- 34- Severinsson E, Johansson I, Holm AK, Lindqvist I. The value of caring in nursing supervision. *J Nurs Manag* 2006; 14(8):644-51.
- 35- Hall DS. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nurs Adm Q* 2007; 31(1):68-80.
- 36- Cohen J, Stuenkel DL, Nguyen S. Nurses' perceptions of their work environment. *J Nurs Care Qual* 2007; 22(4):337-42.
- 37- Edwards D, Cooper L, Burnard P, Hanningan B, Adams J, Fothergill A, et al. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005; 12: 405-414.
- 38- Miyuki T, Phillip M, Manias E. Explaining nurses' work behavior from their perception of the environment and work values. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42: 889-898.
- 39- Thomas B, Reid J. Multidisciplinary clinical supervision. *British Journal of Nursing* 1995; 4: 883-885.
- 40- Irvine F, Williams L. How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *J Nurs Manag* 2009; 17(4):474-83.

Clinical Supervision in Rocky Roads

Nasiriani KH (MSc), Vanaki Z* (PhD), Ahmadi F (PhD)

Department of nursing, School of medical sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Received: 3 May 2011, Accepted: 3 Jan 2012

Abstract

Introduction: Clinical supervision is an essential way of support and advances professional roles of nurses. Clinical supervision includes objectives and positive functions and is an effective support system within many challenges in nursing. The aim of this study was to investigate factors affecting processes of clinical supervision from perspectives of nurses.

Methods: In this qualitative and content analysis study, 18 participants including supervisors and nurses were selected purposively. Data were collected using semi-structured interviews, document reviews, and observations. Data were collected from September 2009 to October 2010. Data were analyzed using content analysis method.

Results: The results of the study showed that implementation of clinical supervision by supervisors were affected by individual and organizational dimensions. In the individual dimension three themes were emerged: 1) supervisors' individual competencies; 2) supervisees' individual competencies; and 3) interaction between the supervisors and the supervisees. The organizational dimension had four themes: 1) high work load; 2) complex nature of clinical supervision; 3) non-effective organization in supervising; and 4) inappropriate fields for monitoring.

Conclusion: According to the findings, several factors influenced clinical supervision including personal characteristics of supervisors and supervisees, complex nature of clinical supervision and environmental factors in hospitals. Understanding the different perceived dimensions of clinical supervision can help nurse managers to implement effective clinical supervision.

Key words: clinical supervision, effective factors, content analysis

Please cite this article as follows:

Nasiriani KH, Vanaki Z, Ahmadi F. Clinical Supervision in Rocky Roads. *Hakim Research Journal* 2012; 14(4): 191- 202.

*Corresponding Author: Jalale Al Ahmad Highway, Tarbiat Modares University, School of Medical Sciences, Dept of Nursing. Tel: +98-21- 82883814, E-mail: Vanaki_z@modares.ac.ir