

تأثیر اجرای الگوی نظارت بالینی بر پیامدهای آموزش به بیمار

*فاطمه حشمتی نبوی^۱، ربابه معماریان^۲، زهره ونکی^۳

چکیده

مقدمه: یکی از موانع موجود بر سر راه اجرای آموزش به بیمار، عدم سازماندهی و نظارت از سوی مدیران بر انجام این فعالیت است. هدف مطالعه حاضر، تعیین تأثیر اجرای الگوی نظارت بالینی (Clinical Supervision Model) بر نگرش بیماران نسبت به آموزش دیدن توسط پرستاران، رضایت بیماران از آموزش پرستاران و کیفیت ثبت آموزش به بیمار به عنوان پیامدهای اجرای آموزش به بیمار است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه شبه تجربی از نوع مقایسه گروه‌های ایستا است که در آن گروه مقایسه و آزمون با یک پس آزمون با هم مقایسه شدند. نمونه‌های این مطالعه را ۷۲ بیمار در دو گروه مجزای یکسان سازی شده تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد. الگوی نظارت بالینی در ۳ بخش از بیمارستان ثامن الائمه (ع) شهر مشهد و به مدت ۶ ماه انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بود از: پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای بیماران، پرسشنامه "نگرش بیماران به آموزش پرستاران" Patients' Attitude Toward Education by Nurses و پرسشنامه رضایت بیماران از آموزش پرستاران Patient Satisfaction From Nurses' Education که از طریق مصاحبه تکمیل شدند و چک لیست مشاهده‌ای "کیفیت ثبت آموزش به بیمار" Patient Education Documentation Quality of Patient بود.

اعتبار ابزارهای پژوهش با استفاده از روش اعتبار محتوا، و پایایی آن‌ها با استفاده از روش دونیمه کردن و تعیین همبستگی بین ارزیاب‌ها به تأیید رسید. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۱٫۵ و با استفاده از آزمون‌های کای دو و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: رضایت بیماران بعد از مداخله آموزش پرستاران افزایش یافت و نتایج، تفاوت معنی داری را نشان داد ($P=0/02$). علاوه، بین کیفیت ثبت آموزش به بیمار قبل و بعد از اجرای مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/001$). از طرف دیگر، یافته‌ها تفاوت آماری معنی داری را بین نگرش بیماران قبل و بعد از مداخله نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** الگوی نظارت بالینی، با سازماندهی، اجرا و بازخورد می‌تواند برای ارتقاء دانش و مهارت پرستاران در زمینه آموزش بیماران مفید باشد. پژوهش‌های بیشتری برای بررسی تأثیر این الگو بر سایر جنبه‌های عملکرد پرستاری مورد نیاز است.

کلید واژه‌ها: نظارت بالینی، آموزش به بیمار، کیفیت ثبت، مراقبت‌های پرستاری

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۲۵

۱- دکترای تخصصی پرستاری، گروه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسؤول).

پست الکترونیکی: heshmatinf@mums.ac.ir

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

مقدمه

در نظام بهداشتی و درمانی از افراد انتظار می‌رود که نقشی فعال در مراقبت از خود به عهده گیرند. برای پذیرش این نقش لازم است که افراد اطلاعات کافی دریافت کنند، تا مهارت لازم جهت انجام تصمیم‌گیری‌های مناسب در قبال وضعیت سلامت خود را به دست آورند (۳-۱). آموزش اولین بار توسط فلورانس نایتینگل به عنوان یک وظیفه پرستار شناخته شد. در سال ۱۹۷۳ دریافت آموزش به عنوان یکی از حقوق بیماران در فهرست حقوق بیمار وارد شد (۴). آموزش به بیمار اینگونه تعریف شده که ترکیبی برنامه‌ریزی شده از فعالیت‌های آموزشی به منظور کمک به افرادی که در حال تجربه کردن یک بیماری هستند تا بتوانند به گونه‌ای رفتار خود را تغییر دهند که این تغییر رفتار موجب حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها شود (۵، ۷).

در طی سه دهه گذشته به شکل وسیعی آموزش به بیمار جزء وظایف حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد هنگامی که آموزش‌ها به شکل منسجم، منظم و به صورت ترکیبی از روش‌های مختلف آموزشی ارائه می‌شود، بیماران بیشتر به اهداف تعاملات آموزشی دست می‌یابند (۸). آموزش به بیمار بخش مهمی از مراقبت‌های پرستاری است، به گونه‌ای که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش به بیمار منجر به کاهش اضطراب و شکایت از درد، بازگشت سریعتر به فعالیت‌های روزمره زندگی و رضایت بیشتر آنان می‌شود (۹).

امروزه اغلب اطلاعات به شکل آموزش نوشتاری به بیماران ارائه می‌شود و از آن‌ها انتظار می‌رود با خواندن این مطالب تصمیم‌گیری صحیح در قبال وضعیت سلامت خود داشته باشند. بسیاری از بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی، توانایی خواندن ندارند و در نتیجه اطلاعات بهداشتی و درمانی را به درستی درک نمی‌کنند. این بیماران برای درک واقعیت‌های ضروری درمورد مراقبت و درمان سوالی نیز مطرح نمی‌کنند (۱، ۱۰). بطور کلی عمق آموزش‌های ارائه شده بوسیله آموزش

های سازماندهی شده (Structured Education) بیش از روش‌های غیرسازماندهی شده است.

امروزه نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نشان می‌دهد یکی از پنج عامل اصلی موفقیت آن‌ها در اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار، عامل سازمان‌دهی آموزش به عنوان یک مراقبت است (۱۱). مدیران موظفند کارکنان را در برآورده ساختن نیازها و انتظارات مددجویان توانا سازند، اما آن‌ها نباید فقط به بیان آنچه باید انجام شود بسنده کنند، بلکه لازم است چگونگی انجام کار را نیز تبیین نمایند (۱۲).

اعمال نظارت، مهم‌ترین مسأله مدیریت است (۱۳) زیرا نظارت به عنوان آخرین وظیفه مدیریت و در عین حال مهم‌ترین آن، باعث تکمیل شدن چرخه مدیریت می‌شود (۱۴). اثربخشی فعالیت‌ها در سازمان به میزان زیادی وابسته به کیفیت نظارتی است که بر انجام آن فعالیت‌ها صورت می‌گیرد، به گونه‌ای که یک نظارت مطلوب قادر به بهبود روند فعالیت‌هاست. از طرفی شیوه‌های نظارتی نامطلوب به کاهش کیفیت فعالیت‌ها منجر می‌گردد (۱۳). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که مهمترین مانع اجرای آموزش به بیمار عدم سازماندهی و کنترل نظارت این مراقبت توسط مدیران پرستاری است (۱۵).

بهبودی نیروی انسانی در پرستاری، یکی از مسؤولیت‌های مهم مدیران پرستاری بوده و شامل فعالیت‌هایی برای ارتقای سطح صلاحیت و افزایش دانش، آگاهی، ایجاد و تثبیت رفتارهای حرفه‌ای در پرستاران می‌شود (۱۶). برای اجرای موثر آموزش به بیمار لازم است که پرستاران طیف وسیعی از دانش و مهارت‌های لازم جهت برقراری ارتباطات موثر بین فردی و همچنین دانش تخصصی در زمینه بیماری‌ها و خود مراقبتی در بیماران مبتلا را کسب نمایند. به عبارتی، نظارت این مراقبت صرفاً نباید یک نظارت رسمی و قانونی باشد، بلکه باید جنبه‌های آموزشی را نیز دارا باشد. نظارت بالینی، یک شیوه نظارتی نوین و در عین حال کسب مقبولیت در پرستاری است که از آن به عنوان روشی برای ارتقای دانش و مهارت‌های حرفه‌ای پرستاران یاد می‌شود

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک پژوهش شبه تجربی از نوع طرح مقایسه گروه‌های ایستا (Static-group comparison) است. در این طرح، گروهی که متغیر آزمایشی برای آن‌ها اجرا می‌شود با گروهی که این متغیر برای آن‌ها اجرا نمی‌گردد، با یک پس‌آزمون مقایسه می‌شوند. در این طرح، نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب نمی‌شوند (۲۱).

این پژوهش در بیمارستان ثامن الائمه (ع) شهر مشهد به مدت ۶ ماه انجام شد. بین کلیه بخش‌های این بیمارستان، بخش‌های جراحی، داخلی و زنان انتخاب گردید. تمامی ۱۲ پرستار شاغل در ۳ بخش محیط پژوهش، تحت نظارت بالینی قرار گرفتند. نمونه‌های پژوهش، بیماران بستری در بخش‌های ذکر شده بودند که بر اساس معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران باسواد (حداقل در حد خواندن و نوشتن)، هوشیار، دارای سن ۱۸ تا ۶۰ سال، با تشخیص پزشکی دیابت، بیماری‌های ایسکمیک قلبی و بیماران تحت جراحی آپاندکتومی، هیستریکتومی و سزارین را شامل می‌شدند. با توجه به مطالعه دهنوی (۲۴) و براساس $P1=0/1$, $P2=0/4$ تعداد نمونه، ۷۲ بیمار در دو گروه ۳۶ نفره برآورد شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گردید. اطلاعات زمینه‌ای با استفاده از پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای بیماران جمع‌آوری گردید. به منظور تعیین نگرش بیماران از پرسشنامه پژوهشگر ساخته، نگرش بیماران به آموزش پرستاران "Patients' Attitude Toward Education by Nurses" مشتمل بر ۱۰ گویه و بر اساس مقیاس لیکرت سه نقطه‌ای (مخالفم، نظری ندارم و موافقم) که به ترتیب از صفر تا دو امتیازدهی شده بود، استفاده گردید. حداقل نمره پرسشنامه صفر و حداکثر ۲۰ می‌باشد که پس از نمره‌دهی به دسته نگرش مثبت (۲۰-۱۱) و نگرش منفی (۱۰-۰) تقسیم بندی گردید. پرسشنامه پژوهشگر ساخته «رضایت بیماران از عملکرد آموزشی پرستاران» "Patient Satisfaction From Nurses' Education" که مشتمل بر ۱۲ گویه و بر طبق مقیاس لیکرت

(۱۲، ۱۴، ۱۷). نظارت بالینی یک رابطه متقابل بین پرستار و ناظر است که این رابطه موجب توسعه مهارت‌های حرفه‌ای نظارت شوند می‌گردد (۱۳). به بیان دیگر، این روش نظارتی، علاوه بر جنبه‌های قانونی و هدایتی نظارت، به ابعاد آموزشی آن نیز توجه دارد، به گونه‌ای که با آموزش نظارت‌شوندگان و کمک به تسهیل یادگیری آن‌ها، مهارت‌های حرفه‌ای افراد را در ارائه مراقبت‌های کیفی توسعه می‌دهد (۱۴).

یکی از منابع اطلاعات جهت نظارت بر نحوه انجام مراقبت‌ها توجه به کیفیت ثبت مراقبت‌های انجام شده می‌باشد (۱۸). پرستاران از نظر قانونی مسئول فراهم آوردن اطلاعات دقیق و به موقع برای بیماران هستند و به منظور حفظ تداوم در ارائه آموزش به بیمار و جلوگیری از دوباره‌کاری، لازم است آموزش‌های ارائه شده را ثبت نمایند (۱۹). علی‌رغم اهمیت ثبت در حرفه پرستاری به لحاظ حفظ تداوم و استمرار مراقبت‌ها، پژوهش‌های انجام شده نشان دهنده نامطلوب بودن ثبت گزارشات پرستاری می‌باشد. گزارش‌های کتبی یا ثبت از رایجترین و معمول‌ترین نوع گزارش‌ها محسوب می‌شوند، در عین حال یکی از پرمحتواترین و وزین‌ترین نوع آن‌ها می‌باشند، که قادرند ارتباط واحدهای سازمانی را در داخل و یا خارج از سازمان برقرار نمایند (۱۶). از آنجا که مراقبت‌های پرستاری به ندرت توسط یک ارائه دهنده مراقبت انجام می‌شود، ارائه آموزش‌ها و اطلاعات به شکل منظم و دریافت بازخورد از بیمار در دستیابی به موفقیت برنامه‌های آموزشی ارزش حیاتی دارد (۲۰).

با توجه به اهمیت آموزش به بیمار به عنوان مرکز اصلی مراقبت‌های پرستاری و اهمیت کاربرد الگوی نظارتی مناسب برای برطرف کردن موانع موجود بر سرراه اجرای این مراقبت، مطالعه حاضر با هدف، تعیین تأثیر اجرای الگوی نظارت بالینی (Clinical Supervision Model) بر پیامدهای آموزش به بیمار (شامل نگرش بیماران نسبت به آموزش پرستاران، رضایت بیماران از آموزش پرستاران و کیفیت ثبت آموزش به بیمار) انجام شد.

الگوی نظارت بالینی به عنوان یک الگوی آموزش ضمن خدمت و با هدف بهبود عملکرد آموزشی پرستاران در بخش‌های منتخب به مدت ۴ ماه انجام گردید. به منظور اجرای این الگو وسازماندهی اجرای آموزش به بیمار، آماده سازی محیط در گام های زیر صورت گرفت:

مرحله قبل از اجرای الگوی نظارت بالینی

ابتدا ۳ پرستار از ۳ بخش محیط پژوهش به عنوان ناظر بالینی (Clinical Supervisor)، انتخاب شدند. بر اساس متون ناظر بالینی باید دارای تجربه، مهارت و مقبولیت در بین نظارت شوندگان باشد که این معیارها در انتخاب ناظر بالینی در نظر گرفته شد. از آنجایی که اجرای نظارت بالینی باید از موضوعاتی نظیر میزان پرداخت‌ها، ارتقاء و اعمال انضباط در محیط کار، بطور کامل تفکیک شود (۲۴،۲۲،۱۴) و با توجه به اینکه سرپرستاران در محیط های بالینی ما نیز دارای طیف وسیعی از فعالیت‌های نظارتی و هماهنگی هستند، در این پژوهش از سرپرستاران برای ایفای نقش ناظر بالینی استفاده نشد. به منظور آماده‌سازی ناظران بالینی ۶ جلسه آموزشی دو ساعته با هدف آشناسازی آن ها با نحوه اجرای الگوی نظارت بالینی و همچنین اصول و فرایند آموزش به بیمار توسط پژوهشگر اول برگزار گردید. این آموزش‌ها با روش سخنرانی، بحث و گفتگو، مطالعه موردی و ارائه جزوات آموزشی ارائه گردید.

مرحله اجرای نظارت بالینی

این مرحله خود شامل ۳ بخش بود که هر کدام ۳ هفته به طول انجامید. هر یک از مراحل سه گانه پیش گفت با تشکیل جلسه نظارتی شروع می‌شد. این جلسات در محل بخش و به مدت ۵۰ دقیقه برگزار می‌گردید. در طی تمامی جلسات، هر یک از اعضا به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه نظرات خود را ارائه می‌داد و در نهایت، بر اساس اهداف هر مرحله، روش‌ها و رویه های اجرایی آن نیز تدوین می‌گردید. در پایان هر یک از جلسات، هر یک از اعضا محتوای جلسه را در فرم مربوطه ثبت می‌نمودند. در فاصله

۳ نقطه ای (راضی نیستیم، نظری ندارم، راضی هستیم) به ترتیب از صفر تا دو امتیازدهی شد و امتیازات بر مبنای ۲۴ محاسبه گردید. دو پرسشنامه فوق از طریق مصاحبه تکمیل شدند. ابزار سوم چک لیست مشاهده‌ای کیفیت ثبت آموزش به بیمار Documentation Quality of Patient "Education" بود. معیار سنجش به صورت «بلی»، «خیر» و «موردی نداشت» می‌باشد که با بررسی پرونده هر یک از بیماران برای گزینه "بلی" یک و برای گزینه خیر صفر در نظر گرفته شد. درنهایت کیفیت ثبت در ۲ سطح مناسب (۸-۴) و نا مناسب (۳-۰) درجه بندی گردید.

نسخه اولیه ابزارهای پژوهش ابتدا با مطالعه متون تخصصی و مقالات آماده شد که دراختیار ۱۷ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تربیت مدرس قرار گرفت و اعتبار محتوای آن به تایید رسید. پایایی دو پرسشنامه خود گزارشی به روش دونیمه کردن و با ضریب همبستگی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۵ تایید گردید. چک لیست "کیفیت ثبت آموزش به بیمار" نیز با یک مطالعه مقدماتی و به روش تعیین همبستگی بین ارزیاب ها و با ضریب همبستگی ۰/۸۷ مورد تایید قرار گرفت.

در این پژوهش، به منظور کنترل تورش انتشار اطلاعات و با توجه به عدم امکان انتخاب بخش‌های کاملاً مشابه به عنوان گروه شاهد، از طرح مقایسه گروه‌های ایستا استفاده شد. بنابراین، ابتدا نمونه‌گیری از بیماران بستری در بخش‌های منتخب به عنوان گروه مقایسه انجام گرفت. در مدت گردآوری اطلاعات برای بیماران بستری در بخش‌های منتخب محیط پژوهش، برنامه‌های معمول بیمارستان در خصوص آموزش به بیمار اجرا می‌گردید. با توجه به ماهیت حاد تشخیص های پزشکی بیماران مورد مطالعه، و ماهیت متغیرهای مورد مطالعه (رضایت و نگرش نسبت به آموزش به بیمار) که امکان جمع‌آوری اطلاعات در بدو پذیرش را ناممکن می‌ساخت، بر اساس طرح مقایسه گروه‌های ایستا، جمع آوری داده ها فقط یک بار و یک شیفت قبل از ترخیص بیماران از بیمارستان توسط کمک پژوهشگر انجام گردید.

یافته‌ها

نتایج اطلاعات جمعیت‌شناسی نمونه‌های پژوهش نشان داد، اکثر بیماران دو گروه زنان (در گروه مقایسه ۶۶ درصد و آزمون ۷۶ درصد)، بین سنین ۱۸ تا ۲۸ سال (در گروه مقایسه) ۵۱ درصد و آزمون ۶۰ درصد)، متأهل (در گروه مقایسه ۸۳ درصد و آزمون ۸۳ درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی (در گروه مقایسه ۵۰ درصد و آزمون ۴۴ درصد) تشکیل می‌داد. اکثریت نمونه‌های پژوهش دارای مدت بستری بین یک تا ۳ روز بودند ۸۰ درصد در گروه مقایسه و ۷۵ درصد در گروه آزمون سابقه بستری شدن قبلی را در بیمارستان نداشتند. آزمون آماری t مستقل برای متغیر سن و مجذور کای، بین دو گروه از نظر عوامل پیش گفت تفاوت معنی داری نشان نداد. کادر پرستاری شاغل در بخش‌های محیط پژوهش را اکثراً (۶۶ درصد) در رده سنی بین ۱۸ تا ۲۸ سال ۷۵ درصد زنان دارای دیپلم بهیاری و دارای سابقه خدمت بین یک تا ۲ سال (۷۵ درصد) بودند، که ۷۵ درصد آن‌ها هیچ‌گونه مطالعه‌ای در زمینه آموزش به بیمار نداشته و نیز در هیچ دوره آموزشی خاصی در این زمینه شرکت نکرده بودند.

نتایج حاکی از آن است که اکثریت بیماران (۹۷/۲ درصد) قبل و بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی نسبت به آموزش به بیمار نگرش مثبت داشته‌اند. نتایج آزمون کای دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه از لحاظ نگرش نسبت به آموزش به بیمار نشان نداده است (جدول ۱).

بین جلسات، ناظران بالینی با استفاده از فرم جمع‌آوری اطلاعات و فرم بررسی عملکرد آموزشی پرستاران، به جمع‌آوری اطلاعات در مورد عملکرد آموزشی پرستاران و نحوه دستیابی به اهداف تنظیم شده توسط گروه نظارتی می‌پرداختند. موارد ثبت شده در فرم جلسات نظارتی و توافقتنامه نظارتی، مبنایی برای ارزشیابی عملکرد پرستاران در هر مرحله بود.

مرحله بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی

جمع‌آوری اطلاعات در این مرحله انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، از آزمون آماری t مستقل برای متغیرهای کمی و از آزمون مجذور کای برای متغیرهای کیفی استفاده گردید. از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱٫۵ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

جهت انجام این مطالعه پس از کسب اجازه از ریاست و مدیر پرستاری بیمارستان، جلسه‌ای با حضور سرپرستاران هریک از بخش‌های انتخابی تشکیل گردید که طی آن در مورد هدف پژوهش و نحوه همکاری آن‌ها با پژوهشگر توضیحاتی ارائه شد. پس از ارائه توضیحات و جلب همکاری سرپرستاران و کارکنان پرستاری، مراحل پژوهش طبق آنچه در روش کار گفته شد انجام گردید. در مورد بیماران نیز قبل از ورود آن‌ها به پژوهش در مورد اهداف آن توضیح داده شد و پس از اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات و امکان خروج از پژوهش در هر مرحله، گردآوری اطلاعات از بیماران صورت گرفت.

جدول ۱: بررسی نگرش بیماران بخش‌های داخلی و جراحی نسبت به آموزش به بیمار قبل و بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی.

دوره زمانی		قبل		بعد	
نگرش نسبت به آموزش بیمار		تعداد	درصد	تعداد	درصد
مثبت (۱۰-۰)		۳۵	۹۷/۱	۳۵	۹۷/۲
منفی (۲۰-۱۱)		۱	۲/۹	۱	۲/۹
جمع		۳۶	۱۰۰	۳۶	۱۰۰
$\chi^2=۰/۹۸$		$P=۰/۶$		$df=۱$	

یافته‌ها نشان داد که اکثریت بیماران (۶۱/۱ درصد) قبل و (۸۳ درصد) بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی از آموزش‌های ارائه شده توسط پرستاران کاملاً رضایت داشته‌اند. نتایج آزمون کای دو با $P=0/02$ تفاوت معنی‌داری را بین رضایت بیماران قبل و بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، رضایت بیماران بعد از مداخله افزایش یافته است (جدول ۲).

جدول ۲: بررسی رضایت بیماران بخش‌های داخلی و جراحی از آموزش‌های ارائه شده توسط پرستاران قبل و بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی.

دوره زمانی رضایت بیماران از آموزش‌های ارائه شده		قبل		بعد	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۶	۱۶/۷	۱	۲/۸	عدم رضایت (۰-۸)	
۸	۲۲/۲	۴	۱۳/۲	رضایت نسبی (۹-۱۶)	
۲۲	۶۱/۱	۲۹	۸۳	رضایت کامل (۱۷-۲۴)	
۳۶	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	جمع	
$\chi^2=7/5$		$P=0/02$		$df=2$	

یافته‌ها نشان داد که قبل از اجرای الگوی نظارت بالینی وضعیت ثبت آموزش به بیمار در هیچ یک از موارد مناسب نبوده است، درحالی‌که پس از اجرای الگو در ۷۲/۲ درصد موارد ثبت آموزش به بیمار از کیفیت مطلوب برخوردار بوده است. آزمون آماری کای دو بین وضعیت ثبت آموزش به بیمار قبل و بعد از اجرای الگو تفاوت معنی‌داری نشان داده است ($P=0/0001$) (جدول ۳).

جدول ۳: بررسی چگونگی ثبت آموزش به بیمار در پرونده بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی قبل و بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی.

دوره زمانی وضعیت ثبت آموزش به بیمار		قبل		بعد	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۳۶	۱۰۰	۱۰	۲۷/۸	نامناسب (۰-۳)	
۰	۰	۲۶	۷۲/۲	مناسب (۴-۸)	
$\chi^2=40/6$		$P=0/0001$		$df=1$	

نتایج مطالعه‌ای که با هدف تعیین موانع اجرایی آموزش به بیمار از دیدگاه پرستاران انجام شد، نشان داد که ۴۱/۵ درصد از پرستاران نبود فرم‌های مناسب جهت ثبت آموزش به بیمار را یکی از موانع اجرایی مهم توصیف کردند (۲۵). واقعیت این است که به کارگیری ابزارهای ثبتی مناسب با هر حرفه قادر است بر کیفیت ثبت تأثیر بگذارد. لذا می‌توان ادعا نمود که فرم ثبت آموزش به بیمار که به عنوان یک ابزار هدایتی در این پژوهش طراحی گردیده است، توانسته به بهبود کیفیت ثبت آموزش به بیمار منجر شود. پژوهشگر معتقد است که در ثبت گزارشات پرستاری، محور توجه پرستاران، ثبت مراقبت‌هایی است که از سوی مدیریت تحت کنترل و پیگیری قرار می‌گیرد. از آنجا که مداخله انجام شده در این پژوهش اجرای یک الگوی نظارتی بر نحوه ارائه آموزش به

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر اجرای یک روش نظارتی بر نگرش بیماران به آموزش توسط پرستاران، همچنین میزان رضایت آن‌ها از آموزش پرستاران و کیفیت ثبت آموزش به بیمار انجام شد.

در بررسی وضعیت ثبت آموزش به بیمار قبل و بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی به عنوان یک معیار کیفیت آموزش به بیمار، نتایج نشان دادند که قبل از اجرای منظم آموزش به بیمار در هیچ یک از بخش‌های محیط پژوهش، موارد ثبت آموزش به بیمار در حد مناسب نبوده است. علی‌رغم اهمیت ثبت در حرفه پرستاری به لحاظ حفظ تداوم و استمرار مراقبت‌ها، پژوهش‌های انجام شده نشان دهنده نامطلوب بودن ثبت گزارشات پرستاری می‌باشد.

بیمار توسط پرستاران بود، مشاهده می‌شود که توجه مدیریت به نحوه اجرای این مراقبت در قالب اجرای یک برنامه نظارتی توانسته است کیفیت ثبت آموزش به بیمار را ارتقاء دهد.

نگرش نظامی بادوام است که شامل یک عنصر شناختی، یک عنصر احساسی و یک تمایل به عمل است. نگرش‌ها دارای ثبات و دوام قابل توجهی‌اند (۲۶). در این پژوهش بیماران قبل از اجرای منظم آموزش به بیمار در بخش‌های مورد پژوهش، اهمیت دریافت آموزش از پرستاران را در تسهیل روند درمان خود درک کرده بودند و آموزش دیدن در مورد فعالیت‌های خودمراقبتی را جزء حقوق خود شناسایی کردند، پس از اجرای منظم آموزش به بیمار در بخش‌های محیط پژوهش علاوه بر افزایش رضایت آنان از آموزش‌های ارائه شده توسط پرستاران، این نگرش مثبت نیز همچنان حفظ گردید.

یکی از معیارهای مهم کیفیت مراقبت، رضایت بیمار از مراقبت‌های ارائه شده است (۲۸-۲۷). در حقیقت بررسی رضایت بیماران به‌عنوان یک ابزار مدیریتی به منظور یافتن نقایص اجرایی در سطح گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۹). علیرغم اقبال گسترده‌ای که امروزه نسبت به بررسی رضایت بیماران به‌عنوان یک معیار کیفیت مراقبت وجود دارد، هنوز هم عده‌ای از متخصصین معتقدند که بیماران منبع مناسبی برای قضاوت در مورد کیفیت مراقبت‌ها نیستند چرا که دیدگاه آنان در مورد کیفیت یک دیدگاه ذهنی است (۲۹). در واقع رضایت بیماران یک پاسخ عاطفی است که در آن مددجویان، احساس مثبت یا منفی در مورد اقدامات پرستاری دارند (۲۷، ۲۸) مطالعات انجام شده در مورد رضایت بیماران از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که بین نحوه برقراری ارتباط ارائه‌دهندگان مراقبت و رضایت مددجویان از مراقبت‌های ارائه شده رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۹). از طرفی رضایت مددجویان از کیفیت مراقبت‌ها تحت تأثیر انتظارات و توقعات آن‌ها از ارائه‌دهندگان می‌باشد (۲۸) نتایج پژوهشی که به‌منظور بررسی میزان رضایت بیماران بستری از مراقبت‌های پرستاری و انتظارات

آنان از پرستاران انجام داد، نشان می‌دهد که ۷۵ درصد از بیماران در زمینه رفع نیاز به آگاهی خود در مورد مراقبت‌ها و روش‌های درمانی از پرستاران هیچگونه انتظاری نداشتند (۲۶). با توجه به مطالب فوق و با مقایسه نتایج، رضایت درصد بالایی از بیماران از آموزش‌های ارائه شده قبل از اجرای الگوی نظارت بالینی نمی‌تواند به معنای بالا بودن کیفیت ارائه مراقبت پرستاری باشد. چرا که داده‌های دیگر (کیفیت ثبت آموزش به بیمار) این مسأله را تأیید نمی‌کنند.

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده در مورد رضایت بیماران به‌عنوان یک معیار، مشاهده می‌شود بعد از اجرای الگوی نظارت بالینی، با تبیین نقش آموزشی پرستار و برقراری یک تعامل آموزشی معنی‌دار بین بیماران و پرستاران، بیماران نیز این نقش جدید را درک کردند و سطح رضایت آنان نیز نسبت به قبل از اجرای الگوی نظارتی تفاوت معنی‌داری نشان داده است.

نتیجه گیری نهایی

الگوی نظارت بالینی، با سازماندهی، تبیین چگونگی اجرای فعالیت‌ها، آموزش و ارائه بازخورد می‌تواند به عنوان یک روش نظارتی که قادر به سازماندهی اثربخش آموزش به بیمار است در نظر گرفته شود. ارتقاء رضایت بیماران از عملکرد آموزشی پرستاران و ارتقاء کیفیت ثبت آموزش به بیمار در پرونده بیماران می‌تواند به عنوان پیامدهای مثبت اجرای آموزش به بیمار در نظر گرفته شود. مطالعات بیشتری برای بررسی تأثیر این الگو بر سایر جنبه‌های عملکرد پرستاران مورد نیاز است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت پرستاری دانشجویان فاطمه حشمتی نبوی به راهنمایی خانم دکتر ربابه معماریان می‌باشد. پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری مدیریت پرستاری و ریاست بیمارستان و کارشناسان پرستاری بیمارستان ثامن الائمه ناجا که نهایت همکاری را در اجرای این طرح داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- 1- Williams S. Schreier A. The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research* 2005;18(3) 138-47.
- 2- Nolan J. Nolan M. Booth A. Developing the nurse's role in patient education: Rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38(6) 168-73.
- 3- Krupat E. Paul D. Information and its impact on satisfaction among surgical patient. *Social Sciences Medicin*. 2000; 51(12) 1817-25.
- 4- American Hospital Association: A Patient's Bill of Right American Hospital Association Catalogue No 2415 Chicago: The Association; 1975.
- 5- Bastable S. Nurse as Educator; Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. 2nd edition. Massa Chusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2003.
- 6- Potter A. Perry G. Basic Nursing: A Critical Thinking Approach. 4th edition. St Louis. Mosby Co. 1999.
- 7- Redman B. The Practice of Patient Education. 9th edition. St Louis: Mosby Co. 2001.
- 8- Bourie P. Costing the nursing service of patient education. *Nursing Management* 1993;24(8) 46- 50.
- 9- Deccache A. van Ballekom K. From patient compliance to empowerment and consumer's choice: Evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. *Patient Education and Counseling*. [doi: 10.1016/j.pec.2010.01.012]. 2010;78(3) 2827.
- 10- Tracy J. Mayer D. Perspectives on cancer patient education. *Seminar in Oncology Nursing*. 2000;16(1) 47-56.
- 11- Deccache A. Aujoulat I. A European perspective: Common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Education and Counseling*. [doi: 10.1016/S0738-3991(01)00096-9]. 2001;44(1) 7-14.
- 12- Cross WM. Moore AG. Sampson T. Kitch C. Ockerby C. Implementing clinical supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care*. [doi: 10.1016/j.aucc. 2012.01.004]. 2012;29(0) 286-91.
- 13- Cruz S. Clinical supervision in nursing: Effective pathway to quality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. [doi: 10.1016/j.sbspro.2011.11.240]. 2011;29(6) 286-91.
- 14- Cummins A. Clinical supervision: The way forward? A review of the literature. *Nurse Education in Practice*. [doi: 10.1016/j.nepr.2008.10.009]. 2009;9(3) 215-20.
- 15- Nabavi FH. Vanaki Z. Mohammadi E. [Barrier to forming and implementing academic service partnership in nursing; A qualitative study]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010;5(17) 32-46. (Persian).
- 16- Swansburg R. Management and Leadership For Nurse Manager Boston: Bostjones & Batlett Publishers Co. 2010.

- 17- Bennett R. Clinical education: Perceived abilities/qualities of clinical educators and team supervision of students. *Physiotherapy*. [doi: 10.1016/S0031-9406(05)60077-6]. 2003;89(7) 432-40.
- 18- Swansburg R. *Management and Leadership for Nurse Manager*: Boston: Bostjones & Batlett Publishers; 2003.
- 19- Hirano PC. Laurent DD. Lorig K. Arthritis patient education studies, 1987–1991: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*. [doi: 10.1016/0738-3991(94)90024-8]. 1994; 24(1) 9-54.
- 20- Johnson J. Fieler V. Jones L. *Self -Regulation Theory: Applying Theory to Your Practice*. Pittsburgh.PA: Oncology Nursing Press; 1997.
- 21- Dempsey PA. Dempsey AD. *Using Nursing Research: Process Critical Evaluation and Utilization*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co. 2000.
- 22- Yegdich T. Clinical supervision and managerial supervision: Some historical and conceptual considerations. *Jurnal of Advabced Nursing*. 1999; 30(5) 1195-204.
- 23- Jones A. The influence of professional roles on clinical supervision. *Nursing Standard*. 2001; 8;15(33) 42-5.
- 24- Teasdale K. Practical approaches to clinical supervision. *Proffesional Nursing*. 2000; 5(9) 579-82.
- 25- Nabavi FH. Vanaki Z. [Patient Education Excutive barriers]. *Journal of Kerman Nursing and Midwifery School*. 2007; 6(3,4) 47-52. (Persian).
- 26- Karimi Y. *Social Phycology: Theoties, Application, Concepts*. 8th edition. Tehran. Arasbaran 1987.
- 27- Funderburk JS. Fielder RL. Demartini KS. Flynn CA. Integrating behavioral health services into a university health center: Patient and provider satisfaction. *Family System Health*. 2012; 21(5) 765-70
- 28- Leahy M. Krishnasamy M. Herschtal A. Bressel M. Dryden T. Tai KH. et al. Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. *European Journal Oncology Nursing*. 2012; 17(6) 45-55.
- 29- Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science Medicin*. 2001; 52(9) 1359-70.

The effect of implementing Clinical Supervision Model on the patient education outcomes

*Heshmati Nabavi F¹, Memarian R², Vanaki Z³

Abstract

Introduction: Applying proper supervision model is an important factor in promoting the outcomes of the patient education which improves nursing care. The aim of this study was to assess the effect of Clinical Supervision Model on the outcomes of implementing patient education. (Patients' Attitude Toward Education by nurses, patient satisfaction from nurses' education and quality of patient education documentation).

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted using static groups' comparison in which the control and experiment groups were compared by a post-test. Study samples included 72 patients who were matched and assigned into two distinct groups. Clinical Supervision Model was implemented through three steps in 3 wards of Samen-al-Aemme hospital in Mashhad for 6 months. The data were gathered by instruments including patient demographic information, patients' Attitude toward Education by Nurses Questionnaire, Patient Satisfaction from Nurses' Education Questionnaire and Quality of Patient Education Documentation check list. Validity of instruments was measured by content validity and reliability by split half and inter-rater. Data was gathered through interview and observation methods and analyzed by SPSS 11.5 software.

Findings: The results showed significant difference in the quality of patient education documentation before and after implementing Clinical Supervision Model ($P=0/0001$). Furthermore, results showed significant difference between patient satisfaction before and after implementing Clinical Supervision Model ($P=0/02$). However there were not any significant differences between patients' attitude toward education before and after implementing Clinical Supervision Model

Conclusion: Implementation of Clinical Supervision Model can develop nurses' knowledge and skills in patient education through organizing, implementing, and feedback. More studies are required in order to assess the effect of this model on other aspects of nurses' practice.

Keywords: Clinical supervision, Patient education, Quality, Documentation, Nursing care.

Received: 15 March 2012

Accepted: 7 June 2012

1- PhD in Nursing, Department of Management, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author).

E-mail: heshmatinf@mums.ac.ir

2- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.