مقاله مروری

جایگاه نظارت بالینی در آموزش پرستاران: مروری بر تعاریف و مدل‌ها

دکتر خدیجه نصیریانی*، طاهره سلیمی، حمیده دهقانی

چکیده

مقدمه: نظارت بالینی یکی از فعالیت‌های هسته‌ای در پرستاری است و به عنوان مکانیسمی برای ارتقای دانش و مهارت‌های حرفه‌ای پرستاران و عملکرد اثربخش یاد می‌شود. جهت به‌کارگیری نظارت بالینی در آموزش پرستاران، نیاز به شناخت کامل آن می‌باشد. هدف از این مقاله به تبیین جایگاه و الگوهای نظارت بالینی در آموزش پرستاران و بررسی چگونگی به‌کارگیری و اثرات نظارت بالینی در آموزش پرستاران می‌پردازد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مرور سنتی متون انجام شد؛ بدین صورت که مقالات پایگاه‌های اینترنتی از قبیل pubmed و science direct و Scopus با کلید واژه‌هایsupervision، Nursing Administration ، Nursing Education، Supervisory جستجو شد و ۴۷ مقاله و کتاب لاتین و مقالات فارسی در زمینه نظارت بالینی مورد مطالعه و استفاده قرار گرفت.

نتایج: بر اساس مرور متون نظارت بالینی فرآیندی سیستماتیک و مداوم است که پرستاران ضمن دریافت مشاوره از ناظر یا فرد متبحر، عملکرد خود را بازنگری نموده و مهارت‌ها، دانش و استانداردهای مراقبت را توسعه و حفظ می‌نمایند. از طریق نظارت بالینی، نیازهای آموزشی پرستاران مشخص می‌گردد و ضمن شناخت نقاط قوت و ضعف آموزش‌ها، یادگیری پرستاران جهت‌دار و هدف‌مند می‌گردد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها نظارت بالینی فرآیندی رسمی و دارای پتانسیل حمایتی و آموزشی با عملکردهای متفاوت جهت آموزش پرستاران می‌باشد که می‌تواند در آموزش پرستاری به خصوص سال‌های آخر تحصیل و یا طی شروع کار و بدو خدمت کمک کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: نظارت بالینی، آموزش پرستاران، مرور متون

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ خرداد ۱۳۹۲؛ ۱۳ (۳): ۱۷۹ تا ۱۸۷

مقدمه

نظارت بالینی یکی از فعالیت‌های هسته‌ای در حرفه‌های مراقبتی(۱) و راه اصلی حمایت و پیشرفت حرفه‌ای پرستاران(۲)، و جزء کلیدی جهت اطمینان از عملکرد ایمن در پرستاری محسوب می‌شود(۳). نظارت بالینی که بخش جدایی‌ناپذیر از عملکرد و جزء مهم و برتر در توسعه پرستاری شناخته شده است(٤)، فرآیند تعلیمی است که هدف آن ارتقاء، بلوغ و تکامل شخص تحت نظارت می‌باشد(٥). در حرفه پرستاری نظارت بالینی در ارائه حمایت، افزایش مهارت بالینی و بهبود مراقبت بیمار استفاده شده است(٦). تغییر در ماهیت عملکرد پرستاری و توجه به پرستاری کل‌نگر در مراقبت و ارتباطات پرستار- بیمار براساس همدلی، دوستی، احترام دو طرفه

* **نویسنده مسؤول:** دکتر خدیجه نصیریانی (استادیار)، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد-ایران. nasiriani@gmail.com

طاهره سلیمی (مربی)، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران. (salimi_tahere@yahoo.com)؛حمیده دهقانی (مربی)، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران. (hamidedehghani@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۳، تاریخ اصلاحیه: ۹۱/۱۱/۱، تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۳

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

و مشارکت، به عنوان اثرات نظارت بالینی مطرح شده-است(۷). هم‌چنین از آن به عنوان مکانیسمی برای ارتقای دانش و مهارت‌های حرفه‌ای پرستاران و عملکرد اثربخش یاد می‌شود(۸و۹).

ایده هدایت پرستار تازه کار توسط پرستار متبحر در عملکرد بالینی از زمان فلورانس نایتینگل وجود داشته است(۱۰). درک مفهوم نظارت بالینی برای پرستاران مهم است چرا که عملکرد اثربخش نیاز به زیر ساخت‌های نظری قوی دارد(۱۱). برای فهمیدن مفهوم نظارت بالینی، لازم است تعاریف و مدل‌های نظارت بالینی را مرور کنیم(۱۲). اما با نگاهی به برنامه‌ها و شیوه‌های آموزش پرستاران، نقش و جایگاه نظارت بالینی در آموزش پرستاران در دانشکده‌های پرستاری و آموزش مداوم پرستاری چندان چشم‌گیر و مشخص نیست و نیاز است که جایگاه و نقش نظارت بالینی و تأثیرات آن در آموزش پرستاران بررسی و ارائه گردد به خصوص این که نظارت بالینی به عنوان رویکردی جهت کاهش گسست تئوری و عملکرد معرفی گردیده است که می‌تواند در آموزش پرستاری بسیار کمک کننده باشد.

روش‌ها

این مطالعه به صورت مرور سنتی متون انجام شد. بدین منظور، در پایگاه‌های اینترنتیpubmed و direct science و scopus با کلید واژه‌های nursing supervision، supervisory clinical supervision، وnursing education از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ به جستجوی مقالات انگلیسی زبان پرداخته شد. بیش از ۱۰۰ مقاله در رابطه با موضوع به دست آمد. ابتدا خلاصه‌ها مطالعه و در صورت مرتبط بودن اصل مقاله مطالعه گردید که بدین صورت ٤٧ مقاله مورد بررسی قرار گرفت و هم‌چنین کتب لاتین در زمینه نظارت بالینی نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. قابل ذکر است که متون فارسی موجود در زمینه نظارت بالینی نیز با کلید واژه‌های نظارت، پرستاری و نظارت بالینی در مراکز اینترنتی SID و Magiran مورد بررسی قرار گرفت که جمعاً سه مقاله به دست آمد که دو مقاله استفاده شد.

نتایج

جهت آشنایی با مفهوم و عملکرد نظارت بالینی در آموزش پرستاری نیاز به مرور تعاریف آن می‌باشد. تعاریف متعددی درمورد نظارت بالینی توسط نویسندگان، حرفه‌ها و مؤسسات مختلف پیشنهاد شده است. پورتر به نقل از بیبر و نورمن نظارت بالینی را فرآیند بین فردی می‌داند که پرستار متخصص با مشاوره و حمایت به فرد دارای مهارت و تجربه کمتر، کمک نموده تا توانایی حرفه‌ای مناسب برای انجام نقش خود را به دست آورد(۱۳). کارور آشمور نظارت بالینی را ارتباطات حرفه‌ای متمرکز بر عملکرد می‌شناسد که در برگیرنده تامل و بازاندیشی یک پرستار بر عملکرد خود با هدایت یک پرستار ماهر است(١٤). در تعریف دیگری 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 که موجب توسعه مهارت‌های حرفه‌ای نظارت‌شونده می‌گردد(۹و۱۳). در تعریف دیگری، نظارت بالینی تعامل بین پرستاران بالینی توصیف شده که آنها را در توسعه مهارت‌های حرفه‌ای‌شان توانا می‌سازد و برآیند آن صلاحیت و مسؤولیت پذیری فردی و حرفه‌ای شخص پرستار است(۱۰تا۱۲)؛ یا فرآیندی سیستماتیک و مداوم است که از طریق آن هر پرستاری می‌تواند بر عملکرد خود بازنگری کند و مهارت‌ها، دانش و استانداردهای مراقبت را توسعه و افزایش داده و حفظ نماید و بدین ترتیب مکانیسمی را برای توسعه مداوم حرفه‌ای ارائه می‌دهد که نیازهای یادگیری فردی و حرفه‌ای شناسایی و مورد حمایت قرار می‌گیرند(۱۲تا١٤). با توجه به تعاریف فوق، نظارت بالینی فرآیندی رسمی و دارای پتانسیل حمایتی و

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

آموزشی با عملکردهای متفاوت جهت دستیابی به اهداف گوناگون در پرستاری می‌باشد(۱۵تا۱۷).

اهداف و عملکردهای متفاوتی برای نظارت‌شونده مطرح است. برقراری یک سیستم رسمی به منظور مشاهده و بررسی عملکرد نظارت‌شونده و مقایسه با استانداردها در یک فضای حمایتی و بدون تهدید، ارتقای دانش و مهارت‌ها، حفظ و ارتقای سطح عملکرد، فرصت دادن به نظارت‌شونده جهت تکامل اندیشه‌ها و ایجاد توانایی در آنها جهت پذیرش مسؤولیت، کسب صلاحیت بالینی، خودآگاهی، راهنمایی شغلی و آموزش مداوم از مزایای آن است(۱۸تا۲۱). همچنین نظارت بالینی فرصتی را برای شناسایی عملکردهای مطلوب، ارتباطات مؤثر، افزایش عملکرد بین رشته‌های، روابط احترام آمیز و اطمینان بخش با نظارت‌شوندگان، اشتراک گذاشتن عقاید با سایر نظارت‌شوندگان، دریافت بازخورد و تسهیل بازاندیشی پرستاری بر روی مشکلات مراقبتی را فراهم می‌آورد. کاهش استرس‌های ناشی از ماهیت کار و احساس حمایت شدن، امنیت، تصدیق و تأیید و بیان احساسات، ارتقای اعتماد به نفس و اطمینان، سهیم شدن در ایده‌ها و تجارب و مسؤولیت، حل نارضایتی و شکایت‌ها در پرستاری، کاهش ابهامات اخلاقی و رفتار اخلاقی در چارچوب حمایتی نیز از دیگر ثمرات نظارت بالینی است(۲۲تا۲٤). علاوه بر آن نظارت بالینی موجب تقویت روحیه افراد، کاهش غیبت، کاهش سطح استرس و اضطراب و نشانه‌های جسمی در پرستاران می‌گردد(٦٦و۱۷و۱۸و۲۵).

با کمک نظارت بالینی، نیازهای آموزشی پرستاران مشخص گردیده، نقاط قوت و ضعف شناسایی و به یادگیری جهت داده می‌شود و همچنین از تجارب، یادگیری حاصل می‌گردد و افراد را به روز نگه می‌دارد(۹و۱۲) و با بهبود ساختارهای حمایتی اثر مثبت بر استخدام و نگهداری فارغ‌التحصیلان جدید پرستاری وکاهش ترک شغل دارد(۲٦). با بحث در مورد ایده‌های جدید، بازاندیشی در مورد عملکرد، مشکلات و تصمیم گیری‌های اخلاقی و موقعیت‌های مراقبتی، منجر به بلوغ و صلاحیت اخلاقی و مراقبتی و توسعه مهارت‌های ارزیابی انتقادی در عملکرد بالینی پرستاران می‌شود(۲۷تا۲۹). نظارت بالینی در پرستاری با کشف کردن پیوندهای بین تئوری و عملکرد بالینی، فاصله بین آنها را کم و پرستاران را از چگونگی یکپارچه ساختن آن آگاه می‌نماید و به ادغام تئوری (آنچه که در دانشکده کسب می‌شود) و عملکرد (آنچه که در محیط بالینی اتفاق می‌افتد) کمک می‌نماید(۷و۳۰تا۳۲). پرستاران بالینی نیاز به مهارت‌ها و توانایی‌های حل مسئله دارند که در دوره‌های قبل از فارغ تحصیلی معمولاً آمادگی‌ها در این زمینه محدود است و ناظران بالینی در شناسایی و نشان دادن مشکلات بالینی و پذیرش نقش جدید به ایشان کمک می‌کنند(۱۸و۳۳). همچنین اجرای سیستم نظارت بالینی از طریق فرایند مشاهده، بازخورد، بحث و بررسی می‌تواند دانش و مهارت‌های حرفه‌ای پرستاران را در زمینه آموزش به بیمار توسعه دهد و به عنوان یک الگوی آموزش ضمن خدمت اثربخش در نظر گرفته شود(۳٤).

در این میان نقش آموزشی نظارت بالینی چنان برجسته است که دپارتمان بهداشت در انگلستان آشنایی با فرآیند نظارت بالینی را در دوره آموزش حرفه‌ای توصیه نموده است(۳). در کشورهای بریتانیایی، نظارت بالینی ابزاری برای آموزش و بهسازی حرفه‌ای (برای مثال اکتساب مهارت‌های درمانی) و عملکرد سوپروایزری همراه با منتورشیپ و پرستورشیپ است. در کشورهای اسکاندیناوی برای تربیت افراد در سال‌های آخر تحصیل از نظارت بالینی توسط کارکنان بهداشتی درمانی استفاده می‌شود. در کشورهای شمال اروپا، این روش، راهی برای حرفه‌ای شدن و کسب مهارت‌های حرفه‌ای است(۳۲و۳۵). در بعضی کشورها نظارت برای ارزیابی مراقبت‌های بالینی و روابط فردی و بین فردی به کار می‌رود که موجب توسعه این گونه مهارت‌ها در پرستاران توسط متخصصین رشته می‌شود اما باید توجه داشت

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

جهت این موقعیت نیاز به سوپروایزرهایی است که پرستاران را حمایت کنند و مشکلات عملکرد را شناسایی و راه حل مناسبی را برای رفع نقص‌ها بیابند(۱۱و۳۶).

جهت به‌کارگیری نظارت بالینی در آموزش پرستاری نیاز به آشنایی با مدل‌های نظارت بالینی است. براساس مرور مقالات، مدل‌های متعددی در زمینه نظارت بالینی ارائه گردیده است(۱۲).

بیشترین مدل نظارت بالینی مورد استفاده در پرستاری مدل سه عملکردی است که از علوم مشاوره مشتق شده است(۳۷). پروکتور اظهار می‌کند که نظارت بالینی سه عملکرد هنجاری، سازنده و اعاده‌کننده دارد. نظارت هنجاری جهت ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش خطر و حفظ استانداردهای حرفه‌ای و دربرگیرنده مباحث مدیریتی است. نظارت سازنده در رابطه با کمک به پرستاران تازه کار جهت توسعه مهارت و به روز نمودن دانش پایه است و نظارت اعاده‌کننده به معنای حمایت نظارت‌شونده و کاهش استرس و کمک به آنها برای تطابق بهتر با فشار کاری آنها است(۲۹و۳۸و۳۹). این مدل اجزاء اصلی نظارت بالینی را مشخص و بعضی دستورالعمل‌های مهم را ارائه می‌دهد(٤٠). عوامل اصلی که باید در نظارت مورد توجه قرار گیرد:

عوامل فنی: آشنایی با دانش چگونگی نظارت بر کار.

عوامل سازمانی: آشنایی با سیاست‌ها و رویه‌های اداری و کاری که باید بر آن نظارت شود.

عوامل انسانی: توانایی اداره مدبرانه نظارت‌شونده با هدف هدایت وی است. ناظر با ارائه مشاوره، بر ارتباطات و دیگر عوامل تعیین کننده در روابط انسانی تأکید می‌کند(۳۹).

از دیگر مدل‌های نظارت بالینی، مدل عملکردی است که در این مدل نظارت به معنای مشاهده نظارت‌شونده در هنگام انجام کار و هدایت رسمی نحوه انجام کار توسط هر یک از آنان می‌باشد. در این مدل، نظارت بالینی فرآیندی است که از چهار جزء کلیدی آموزش، حمایت، بازخورد و تسهیل تشکیل شده است و ناظر سه نقش آموزشی، حمایتی و مدیریتی دارد(٤١). ناظر، پرستاری است که مسؤولیت نظارت مستقیم بر ارائه خدمات پرستاری را بر عهده دارد و می‌تواند با تعریف و تعیین، گسترش و حمایت از دانش،مهارت‌ها، تعهد و عملکرد مناسب پرستاران موجب دستیابی به اهداف سازمان شود. وی باید ویژگی‌ها و صلاحیت‌های لازم و آمادگی کافی برای ایفای نقش خود را کسب نموده باشد(٤٢). مهارت‌های مورد نیاز مشتمل بر مهارت‌های ارتباطی، حمایتی، تخصصی و عمومی نظیر تأمین وسایل و منابع مورد نیاز می‌باشد(۷). اهداف نظارت بالینی در این مدل عبارت است از: ۱) دادن بازخورد مشخص از وضعیت فعلی، ۲) تشخیص و حل مشکلات، ۳) کمک به نظارت‌شونده برای رشد مهارت‌ها، ٤) ارزیابی نظارت‌شونده برای ارتقا، ترفیع و غیره، ٥) کمک به نظارت‌شونده در ایجاد نگرش مثبت برای ارتقای مداوم حرفه‌ای(٤٠و٤٣). وظایف اصلی ناظر بالینی در این مدل شامل: وظایف آموزشی، وظایف مدیریتی و وظایف حمایتی است(۳۰). وظایف آموزشی ناظر شامل آموزش و بهسازی مهارت‌های بالینی، آموزش عملکرد مبتنی بر استانداردهای عملکرد بالینی، و رشد تفکر انتقادی می‌باشد که باعث تسهیل رفتار حرفه‌ای می‌شود. وظایف مدیریتی شامل رشد استانداردهای حرفه‌ای، ارزشیابی عملکرد و نظارت بر کیفیت مراقبتها می‌باشد. وظایف حمایتی دربرگیرنده ایجاد و حفظ ارتباط کاری مناسب با نظارت‌شونده، قدردانی از نظارت‌شونده به خاطر عملکرد مناسب وی، و شرکت دادن وی در اداره امور و برنامه‌های آموزشی و سازمان می‌باشد(۳۹).

مدل نظرات توسعه‌ای (Developmental Model of Supervision) یکی دیگر از مدل‌های نظارت بالینی است. لینچ و همکاران می‌نویسند این مدل توسط Stoltenberg &Delworth ارائه شده است. در این مدل، نظارت نیاز به ناظرانی دارد که بتوانند نظارت‌شوندگان را در غنی‌سازی خزانه علمی خود کمک کنند و آنان را به بازاندیشی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

تشویق نماید(٤١). در بعضی مدل‌های نظارتی، با همه نظارت‌شوندگان در یک سطح رفتارمی‌شود و همه را در یک مرتبه می‌نگرد، گویا همه در جایگاه برابر هستند. مدل نظارت توسعه‌ای این مشکل را برطرف نموده است چنانچه اولین وظیفه ناظر توسعه‌ای، تشخیص سطحی است که نظارت‌شونده یا نظارت‌شوندگان در آن سطح قرار گرفته‌اند. عامل عمده تعیین‌کننده برای تشخیص سطح ناظران، کیفیت عملکرد ارائه شده توسط نظارت‌شوندگان در محیط کار است(٣٩). در این مدل ناظران از سه سبک مستقیم، مشارکتی و غیرمستقیم برای برخورد با نظارت‌شوندگان استفاده می‌کنند. ناظران وقتی از سبک مستقیم استفاده می‌کنند که نظارت‌شوندگان دارای تفکر ادراکی پایین و تعهد کم در کار هستند؛ هرگاه نظارت‌شوندگان دارای سطح متوسطی از تفکر ادراکی، تخصص و تعهد باشند از سبک مشارکتی استفاده می‌نمایند؛ و در مواجهه با نظارت‌شوندگانی که دارای تفکر انتزاعی و تعهد بالا هستند از سبک غیرمستقیم در نظارت استفاده می‌کنند(٢٩).

یکی دیگر از مدل‌های ارائه شده مدل نظارت محتوایی است. ویژگی این مدل تطبیق سبک نظارت با سطح آمادگی نظارت‌شونده است(٣٨). سطح آمادگی تابعی از شایستگی و اعتماد به نفس نظارت‌شونده می‌باشد. شایستگی حوزه‌ای از دانش، مهارت و توانمندی نظارت‌شونده برای انجام عملکرد ویژه بوده، و اعتماد درجه‌ای از خودباوری، اراده، انگیزش، علاقه و اشتیاق است که باعث مشارکت و مداخله در عملکرد می‌شود. این مدل دارای چهار بعد بوده و هر بعد نشان‌دهنده درجه‌ای از آمادگی و اعتماد به نفس نظارت‌شونده می‌باشد(٤١). در بعد اول، اعتماد به‌نفس و شایستگی نظارت‌شونده پایین است و انرژی و تخصص لازم در زمینه موضوع و عملکرد مربوط را ندارند. بنابراین بیشترین حمایت و وظیفه به عهده ناظر است. در بعد دوم، نظارت‌شوندگان دارای اعتماد به‌نفس بالا و شایستگی پایین هستند بنابراین ناظر از نظارت‌شونده تا حدودی حمایت به عمل می‌آورد و بیشترین نظارت بر انجام وظیفه را بر عهده دارد. بعد سوم: اعتماد به نفس پایین و شایستگی بالاست، یعنی نظارت‌شونده اطمینان و اعتماد به نفس لازم را نداشته و اما دانش و مهارت کافی در عملکرد دارد در این صورت ناظر، انجام وظیفه کمتر نظارت می‌کند ولی حمایت بیشتری از او به عمل می‌آورد. در بعد چهارم: اعتماد به نفس و شایستگی بالاست و نظارت‌شونده علاقه و اشتیاق زیادی به کار داشته و از تخصص و مهارت بسیار بالایی برخوردار است. برای مواجهه با این افراد، ناظر در صورت نیاز فقط بازخوردهای لازم را فراهم می‌سازد(٣٩).

مدل نظارت بالینی(clinical supervision model) یکی دیگر از مدل‌هاست که به نوشته فالندر و شفرانسکه توسط Goldhammer&Gogan در دهه ١٩٩٠ مطرح شد(٣٨). این مدل به مطالعه رفتار نظارت‌شونده در محیط کار با روشی نظام‌مند و در جوی توأم با مشارکت و احترام متقابل می‌پردازد و در برگیرنده مجموعه فعالیت‌هایی است که منجر به اصلاح فرایند یاددهی و یادگیری می‌گردد. فرایندی که به‌منظور صمیمی شدن با نظارت‌شوندگان برای اصلاح آموزش و رشد حرفه‌ای نظارت‌شونده قبل و یا در حین خدمت می‌باشد(٣٩). در این مدل نظارت بالینی برقراری مشاهده از نزدیک، مشاهده جزء به جزء اطلاعات، تعامل بین نظارت‌شونده و ناظر و تمرکز بر ایجاد یک رابطه صمیمانه حرفه‌ای است(٤٤). فرایند مشاهده دارای یک چرخه سه مرحله‌ای پیش از مشاهده، مشاهده، و تبادل‌نظر پس از مشاهده می‌باشد(٤٥). به عبارتی چرخه انجام نظارت بالینی دارای مراحل زیر است:١)جلسه تبادل نظر برای طرح‌ریزی: این جلسه اغلب به تصمیم مشترک نظارت‌شونده و ناظر جهت گردآوری اطلاعات مبتنی بر مشاهده منجر می‌شود؛ ٢) مشاهده: بر اساس شاخص‌ها و چک‌لیست‌ها مشاهده صورت می‌گیرد که منعکس کننده کیفیت عملکرد می‌باشد؛

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

۳) جلسه تبادل نظر برای بازخورد: در این جلسه نظارت‌شونده و ناظر، به اتفاق یکدیگر اطلاعات حاصل از مشاهده را بررسی و ارزیابی می‌نمایند(٤٤). در زمینه به‌کارگیری نظارت بالینی در آموزش علوم پزشکی، صالحی می‌نویسد اجرای نظارت بالینی بر بهبودی یادگیری دانشجویان و رفتارهای حرفه‌ای مدرسین تأثیر مثبت داشته و می‌تواند به عنوان یکی از راه‌حل‌های اساسی در توسعه نظام آموزش علوم پزشکی مورد توجه قرار گیرد(٤٦).

کاسلدین در مورد یکی دیگر از مدل‌های نظارت بالینی در پرستاری مطرح شده است، به طور خلاصه چنین می‌نویسد: مدلی که به وسیله Hawkins & Shohet طراحی شده ناظر و نظارت‌شونده را راهنمایی نموده و بر تعامل و ارتباطات پرستار/مددجو و ارتباطات نظارتی و یافتن استراتژهای جدید جهت آموزش موثرتر و حل مشکلات تمرکز دارد(٤٧).

فولر، مدل چارچوب آنالیز شش طبقه‌ای Heron را شرح می‌دهد که بر روابط بین فردی تمرکز دارد(٤٨).

کویوو و همکاران اظهار نمودند که Rogers & Topping Morris نیز یک مدل نظارتی مبتنی بر مشکل ارائه داده‌اند که نشان‌دهنده مشکلات نظارت‌شوندگان در ارتباطات پرستار/مددجو یا مشکلات سازمانی (از قبیل تضاد بین فردی) است. ابزار اصلی به کار رفته در این مدل استراتژی‌های حل مشکل از قبیل تعریف کردن مشکل و بارش افکار است(٢٤).

همچنین در مطالعه‌ای نیز یک مدل نظارتی عملکرد محور ارائه داد که دارای اجزاء مدیریتی (از قبیل استانداردهای بالینی،ارزیابی)،آموزشی (از قبیل منتورشیپ) و حمایتی (از قبیل خدمات پرسنلی) است که تقریباً مشابه مدل پروکتور می‌باشد(٤٩).

نتیجه‌گیری

نظارت بالینی فرآیندی رسمی و دارای پتانسیل مدیریتی، حمایتی و آموزشی با عملکردهای متفاوت در هر یک از این حیطه‌ها جهت دستیابی به اهداف آموزشی، حمایتی و مدیریتی آموزش پرستاران می‌باشد. هریک از مدل‌های ارائه شده به شیوه‌های گوناگون به این موضوع پرداخته است و ضمن مشخص نمودن صلاحیت‌ها یا مهارت‌های مورد نیاز برای ناظران یا مربیان، نظارت‌شوندگان یا دانشجویان را نیز به سطوح مختلف تقسیم نموده و شیوه‌ها یا سبک‌های نظارتی از مستقل تا وابسته را برای آنها پیشنهاد می‌نماید. چنانچه نظارت‌شوندگان در محیط و شرایط حمایتی از بهترین مشاوره بهره مند گردند، عملکردی ایمن را ارائه خواهند داد.

منابع

1.Severinsson EI, Borgenhammar EV. Expert views on clinical supervision: a study based on interviews. J Nurs Manag. 1997; 5(3): 175-83.
2. Berggren I, Severinsson E. Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. J Adv Nurs. 2003; 41(6): 615-22.
3. 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.
4. Jones A. Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. Eur J Cancer Care (Engl). 2003; 12(3): 224-32.
5. Buus N, Gonge H. Empirical studies of clinicalsupervision in psychiatric nursing: A systematic literature review and methodological critique. Int J Ment Health Nurs. 2009; 18(4): 250-64.
6. 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.
7.Cleary M, Horsfall J, Happell B. Establishing clinical supervisionin acute mental health inpatient units:

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

acknowledging the challenges. Issues Ment Health Nurs. 2010; 31(8): 525-31.
8. Olsson A, Hallberg IR. Caring for demented people in their homes or in sheltered accommodation as reflected on by home-care staff during clinical supervision sessions. J Adv Nurs. 1998; 27(2): 241-52.
9. Severinsson EI. Nurse supervisors' views of their supervisory styles in clinical supervision: a hermeneutical approach. J Nurs Manag. 1996; 4(4): 191-9.
10. Sloan G. Understanding clinical supervision from a nursing perspective. Br J Nurs. 1999; 8(8): 524-9.
11. YegdicT. Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. J Adv Nurs. 1999; 30(5): 1195-204.
12. Walsh K, Nicholson J, Keough C, Pridham R, Kramer M, Jeffrey J. Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. Int J Nurs Pract. 2003; 9(1): 33-9.
13. Porter N. Clinical supervision: the art of being supervised. Nurs Stand. 1997; 11(45): 44-5.
14. Ashmore R, Carver N. Clinical supervision in mental health nursing courses. Br J Nurs. 2000; 9(3): 171-6.
15. 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.
16. Cutcliffe J, McFeely S. Practice nurses and their 'lived experience' of clinical supervision. Br J Nurs. 2001; 10(5): 312-4, 316-23.
17. Clifton E. Implementing clinical supervision. Nurs Times. 2002; 98(9): 36-7.
18. Markham V, Turner P. Implementing a system of structured clinical supervision with a group of DipHE(nursing) RMN students. Nurse Educ Today. 1998; 18(1): 32-5.
19. Dellefield ME. Best practices in nursing homes. Clinical supervision, management, and human resource practices. Res Gerontol Nurs. 2008; 1(3): 197-207.
20. Jones A.Some reflections on clinical supervision: an existential-phenomenological paradigm. Eur J Cancer Care (Engl). 1998; 7(1): 56-62.
21. Bush T. Overcoming the barriers to effective clinical supervision. Nurs Times. 2005; 101(2): 38-41.
22. Cheater FM. An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice nurses. J Clin Nurs. 2001; 10(1): 119-31.
23. Spitzer-Lehmann R. Nursing management desk reference: concepts, skills&strategies. 1st ed Philadelphia: Saunders ; 1994.
24. Koivu A, Hyrkäs K, Saarinen PI. Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. J Nurs Manag. 2011; 19(1): 69-79.
25. Farrington A. Models of clinical supervision. Br J Nurs.1995; 4(15): 876-8.
26. Edwards D, Cooper L, Burnard P, Hannigan B, Juggesur T, Adams J. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005; 12(4): 405-14.
27. Scanlon C, Weir WS. Learning from practice ?Mental health nurses' perceptions and experiences of clinical supervision. J Adv Nurs. 1997; 26(2): 295-303.
28. Cummins A. Clinical supervision: The way forward? A review of the literature. Nurse Educ Pract. 2009; 9(3): 215-20.
29. Robinson J. Improving practice through a system of clinical supervision. Nurs Times. 2005; 101(23): 30-2.
30. Wood J. Clinical supervision. Br J Perioper Nurs. 2004; 14(4): 151-6.
31. Sirola-Karvinen P, Hyrkäs K. Administrative clinical supervision as evaluated by the first-line managers in one health care organization district. J Nurs Manag. 2008; 16(5): 588-600.
32. Berggren I, Barbosa da Silva A, Severinsson E. Core ethical issues of clinical nursing supervision. Nurs Health Sci. 2005;7(1): 21-8.
33. Maggs C,Biley A. Reflections on the role of the nursing development facilitator in clinical supervision and reflective practice. Int J Nurs Pract. 2000; 6(4): 192-5.
34. Heshmati Nabavi F, Memarian R, Vanaki Z.(Clinical Supervision System: A Method for Improving Educational Performance of Nursing Personnel.(Iranian Journal of Medical Education.2008 ; 7(2): 257-265.(Persian(
35. Bland AR, Rossen EK. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. Issues Ment Health Nurs. 2005; 26(5): 507-17.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

36. Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. Rural and Remote Health. 2005; 5(3): 410.
37. Bowles N, Young C. An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. J Adv Nurs. 1999; 30(4): 958-64.
38. Falender CA, Shafranske EP.Clinical supervision:a competency-based approach.1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
39. Russell-Chapin L. Clinical supervision: theory and practice. 1st ed. Belmont, CA: Cengage Learni; 2010.
40. Bernard JM, Goodyear RK. Fundamentals of clinical supervision. 4th ed. Upper Saddle River, N.J.: Merrill/Pearson; 2009.
41. Lynch L,Hancox K,Happell B,Parker J. Clinical supervision for nurses. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
42. Leach L. Clinical supervision: doing it for themselves. Nurs Stand.1995; 10(10): 22.
43. Cutchliffe JR,Ward MF. Evaluating clinical supervision. Br J Nurs. 1999; 8(15): 1010-2.
44. Goldhammer R,Anderson RH, Krajewski RJ.Clinical supervision: special methods for the supervision of teachers. 3rd ed. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1993.
45. Gall MD,Acheson KA. Clinical supervision and teacher development: preservice and inservice applications. 6th ed. Hoboken ,NJ: Wiley; 2011.
46. Salehi Sh. (effect of clinical supervision on the faculty teaching quality at nursing and midwifery school in Isfahan University of medical sciences). Iranian Journal of Medical Education. 2000;1(1): 56-61. (Persian)
47. Castledine G. What is clinical supervision?. Br J Nurs. 1994; 3(21): 1135.
48. Fowler J. Clinical supervision: what do you do after saying hello?. Br J Nurs. 1996; 5(6): 382-5.
49. Nicklin P.A practice-centred modelof clinical supervision. Nurs Times. 1997; 93(46): 52-4.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

Review Article

Clinical Supervision in Nursing Education: Definitions and Models

Khadijeh Nasiriani[1], Tahereh Salami[2], Hamideh Dehghani[3]

Abstract

Introduction: *Clinical supervision, as a mechanism for promoting knowledge and professional skills of nurses, is a core activity in nursing practice. To use clinical supervision in nursing education, it is necessary to have a comprehensive understanding of definitions and models. This paper explains the role and models of clinical supervision in nursing education.*
Methods: *This study is a narrative review of the literature. It was conducted through Internet search in Pubmed and Science direct & Scopus. Using supervision nursing education, nursing administration, and supervisory as the key words, only English papers were searched for. Finally 47 articles, books and Persian article in the field of clinical supervision were reviewed.*
Results: *Based on the literature review, clinical supervision is a continuous & systematic process through it nurses get advice from their supervisors. They practically review, maintain, and develop skills, knowledge, and standards of care. It helps to identify educational needs of nurses, which in turn, helps to understand the strengths and weaknesses of teaching and learning in order to promote purposeful learning in nurses.*
Conclusion: *Findings show clinical supervision is a formal process. it has supportive and educational potential for nursing education. This can help last year nursing students and especially during the start-up work.*

Keywords: Clinical supervision, Nurse's Education, Literature Review.

Addresses:
[1](✉)Assistant Professor , Nursing Department, Nursing &Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, -Iran.E-mail:nasiriani@gmail.com
[2]Instructor , Nursing Department, Nursing &Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, -Iran.E-mail:salimi_tahere@yahoo.com
[3]Instructor , Nursing Department, Nursing &Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, -Iran.E-mail:hamidedehghani@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]