

تأثیر استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت کاری پرستاران، بر بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران

رحیم بقایی^{۱*}، سلیمان پوررشید^۲، حمیدرضا خلخالی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۱/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۴/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در مراکز سلامت، اطلاعات بالینی بیماران به‌طور مرتب بین کارکنان مراقبتی ردوبدل می‌شود؛ ازجمله در زمان تعویض شیفت کاری پرستاران. تحویل مؤثر شیفت کاری که بر روی برنامه مراقبتی بیمار و ایمنی بیمار تأثیر می‌گذارد منوط به شناخت دقیق بیمار و جوانب مراقبتی وی از طریق ارتباط مؤثر بین کارکنان با همدیگر و با بیماران است. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت کاری بر روی بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران در بیمارستان دکتر قلی پور بوکان در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۴۰۰ بیمار بالای ۱۸ سال بخش‌های داخلی و جراحی که در حال ترخیص بودند و خود یا همراه آن‌ها سواد خواندن و نوشتن داشتند و نابینایی و ناشنوایی کامل و سابقه مرگ نزدیکان در چند ماه گذشته و بستری در بیمارستان روانی و دریافت داروهای روان‌پزشکی را نداشتند، در دو گروه قبل و بعد از آموزش مدل SBAR به پرستاران، پرسشنامه استاندارد کیفیت مراقبت پرستاری را در بازه زمانی دی تا اسفندماه سال ۱۳۹۳ پر نمودند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون تی مستقل تحلیل گردید.

یافته‌ها: وضعیت مطلوب و ایدئال کیفیت مراقبت پرستاری در بعد ارتباطی در گروه کنترل ۳۰/۰۴ و ۳۲/۴۰ درصد بوده و در گروه مداخله ۲۲/۰۹ و ۶۲/۲۷ درصد بوده است که ارتباط آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد. میانگین نمره بعد ارتباطی در گروه کنترل ۱۹ و بعد از مداخله در گروه مداخله ۲۶ بود. آزمون تی مستقل برای گروه‌ها، معنی‌دار آماری را بعد از مداخله در دو گروه نشان داد ($P < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: انتقال اطلاعات و نیازهای مراقبتی بیمار در قالب یک راهنمای استاندارد تحویل نوبت‌کاری مانند مدل SBAR بر روی دیدگاه بیماران نسبت به بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: مدل SBAR، تحویل شیفت کاری پرستاران، کیفیت مراقبت پرستاری، بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری، دیدگاه بیماران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره ششم، پی‌درپی ۸۳، شهریور ۱۳۹۵، ص ۵۶۲-۵۷۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: Rbaghaei2001@yahoo.com

مقدمه

علی‌رغم تغییرات علوم و فناوری، تحویل نوبت‌کاری به‌عنوان یک فرایند کلیشه‌ای باقی مانده است و تمام اطلاعات موردنیاز منتقل نمی‌شود؛ درنتیجه منجر به حوادث ناگوار می‌گردد (۳). اکثر عوارض جانبی قابل‌اجتناب، به علت عدم ارتباط مؤثر و درنتیجه ارائه اطلاعات نادرست، سوءتعبیر از اطلاعات، اطلاعات از قلم‌افتاده یا گمراه‌کننده است. ماکسون^۵ و همکاران (۲۰۱۲)، اظهار می‌دارند:

تحویل شیفت فرایندی است که به‌منظور تداوم مراقبت از بیمار، اطلاعات بیمار در پایان شیفت کاری از تحویل‌دهندگان به تحویل‌گیرندگان تیم مراقبت سلامت ارائه می‌شود (۱). کوهن^۴ و همکاران (۲۰۱۰)، تحویل مؤثر شیفت کاری را عامل افزایش کیفیت و اثربخشی اقدامات تیم تحویل‌گیرنده مراقبت بیان می‌کنند (۲).

^۱ دانشیار مدیریت پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ دانشیار، آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ Cohen

^۵ Maxson

بزرگ‌ترین مانع انجام یک تحویل مؤثر، مشکلات ارتباطی است؛ علاوه یکی از فاکتور کلیدی تحویل مؤثر را استفاده از استراتژی‌های استاندارد و دخالت دادن بیمار و خانواده بیمار در تحویل‌ها بیان می‌کنند (۴)

کمسیون مشترک^۱ در سال ۲۰۰۶ به‌منظور رسیدن به هدف ملی ایمنی بیمار^۲ و بهبود اثربخشی ارتباطات در بین مراقبت‌کنندگان^۳ روش استاندارد شده تحویل بیمار^۳ را وضع کرد (۱). روش استاندارد تحویل بیمار شامل آموزش مدل‌های ارتباطی به کارکنان مراقبتی و پیروی از این مدل‌ها در ارتباطات حرفه‌ای است (۵). با توجه به گزارش کمیسیون مشترک، ارتباط ناکافی بین ارائه‌دهندگان خدمات با یکدیگر یا بین ارائه‌دهندگان مراقبت و بیماران / خانواده‌ها به‌طور مکرر با حوادث شیفتی همراه است (۶). از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۰۵، بیش از ۳۰۰۰ حادثه شیفتی توسط این کمیسیون بررسی شد که در آن ضعف ارتباطات را به‌عنوان عامل برجسته خطای پزشکی شناسایی کردند؛ که ۵۰ درصد ضعف‌های ارتباطی در هنگام تحویل شیفت اتفاق افتاده بود (۱). لینگارد^۴ (۲۰۱۲)، می‌نویسد: بدون ارتباط مؤثر، افراد کارآمد تشکیل یک تیم ناکارآمد را می‌دهند (۷). ارتباط با بیماران جهت بررسی مشکلات و نگرانی‌های آنان، یکی از جنبه‌های مهم مراقبت پرستاری است و در حقیقت بسیاری از وظایف پرستاران نظیر مراقبت‌های جسمی از بیماران و حمایت روحی بدون ارتباط امکان‌پذیر نیست (۸). ارتباط با بیمار و در نظر گرفتن بیمار به‌عنوان شریک در فرآیند مراقبت و درمان بر روی رضایت بیمار به‌عنوان شاخص مهم کیفیت خدمات تأثیر می‌گذارد (۹).

یکی از عواملی که بر روی کیفیت مراقبت پرستاری تأثیر می‌گذارد، کمیت و کیفیت ارتباطات به‌هنگام ردوبدل اطلاعات در تحویل شیفت کاری است (۶)؛ و یکی از مدل‌های ارتباطی که کمسیون مشترک مرکزی به‌منظور تسهیل گفتگو بین اعضای تیم مراقبت سلامت، بهبود ارتباطات، کاهش خطا و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت پیشنهاد کرده است مدل SBAR است. مدل SBAR شامل: S (وضعیت)^۵ بحث روی وضعیت فعلی بیمار، B (پس‌زمینه)^۶ بحث روی گذشته و تاریخچه بیمار، A (بررسی بیمار)^۷ و R (توصیه)^۸ توصیه برای آنچه نیاز به تکمیل دارد، می‌باشد و تکنیکی ساده و یک ابزار استاندارد برای برقراری ارتباط مؤثر در

هنگام تحویل بیمار است (۱۰). در این روش ابتدا به شناسایی و شناساندن بیمار و پرستاران تحویل‌گیرنده پرداخته و وضعیت نگران‌کننده فعلی و مشکلات جدی و اورژانسی بیمار مطرح می‌شود. سپس هم‌زمان با بررسی بیمار به تشخیص و وضعیت پایه بیمار به‌هنگام بستری، تاریخچه پزشکی بیمار، جواب آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی انجام‌شده پرداخته می‌شود. در نهایت اولویت‌های تحویل‌گیرندگان و توصیه‌های تحویل‌دهندگان و مراقبت‌های خاصی که بایستی فوری یا به‌زودی انجام شود، مطرح می‌شود (۱، ۱۱).

استارمر^۹ (۲۰۱۲) می‌نویسد: در یک مرکز پزشکی با اجرای SBAR در تحویل بیمار، حوادث ناگوار از ۹۰ به ۴۰ و خطای دارویی از ۳۰ به ۱۸ مورد در هر ۱۰۰۰ روز بستری بیماران کاهش یافته است (۵). در این مدل ارائه‌دهندگان خدمات در مورد تمامی موارد مربوط به بیمار، در جایگاه بهترین تصمیم‌گیرنده نیستند و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری بالینی برای خویش، جزء حقوق اولیه بیمار است و بررسی همه‌جانبه بیمار و برآورده کردن نیازهای فردی بیمار، مبنای مراقبت و ملاک تحویل قرار می‌گیرد (۱۲). اتری^{۱۰} (۲۰۰۱)، پیشنهاد می‌کند چنانچه در مراقبت پرستاری نیاز بیمار در نظر گرفته شود، آن مراقبت با کیفیت تلقی خواهد شد (۱۳). در این مدل با مرور اطلاعات و تاریخچه بیمار، مراقبت، درمان و خدمات اخیر، علاوه بر شناسایی بهتر بیماران و افزایش آگاهی مجریان فعالیت، گیرندگان فعالیت نیز از نظر دانش و آگاهی در زمینه برنامه‌های خودمراقبتی و یا از نظر بیولوژیک تغییر می‌کنند (۱۴). این مدل بر روی بیان واضح مطالب و اجتناب در به‌کارگیری اختصارات تأکید می‌کند؛ اختصارات ممکن است به‌غلط تفسیر شود و باعث اضطراب بیمار گردد (۱). با بررسی همه‌جانبه بیمار به‌صورت تیمی، تجربیات و نظریات به اشتراک گذاشته‌شده و اولویت‌های مراقبتی تعیین می‌شود؛ به سؤالات و نگرانی بیمار پاسخ داده می‌شود و کاهش خطا و افزایش مراقبت ایمن حاصل می‌گردد. بنابراین با توجه به اهمیت برقراری ارتباط در فرایند درمان و کیفیت مراقبت از بیماران، این پژوهش باهدف تعیین تأثیر استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت کاری پرستاران، بر بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران در بیمارستان شهید دکتر قلی پور بوکان در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

⁶ Background

⁷ Assessment

⁸ Recommendation

⁹ Starmer

¹⁰ Attree

¹ The Joint Commission

² National Patient Safety Goal

³ Implementation of a standardized method of delivering patient of Healthcare Organizations

⁴ Lingard

⁵ Situation

مواد و روش‌ها

درون‌مایه جلسات شامل بحث‌هایی پیرامون مشکلات تحویل شیفت، ناکافی بودن مستندات و اطلاعاتی که به شیفت بعدی داده می‌شود، خطاهایی که در اثر نقص تبدل‌اتی صورت می‌گیرد، مزایای به‌کارگیری استانداردها در تحویل شیفت و نگاهی به مدل‌های ارتباطی مانند مدل SBAR و تأثیر آن‌ها در کاهش خطاها و بهبود کیفیت مراقبت پرستاری بود. همچنین تابلوهایی که در آن‌ها این مدل طراحی شده بود، در بخش‌ها نصب شد و برای بخش‌ها جزوه آموزشی طراحی شد. در این مدت آموزشی از پرستاران خواسته شد که در تحویل‌های شیفت خود از مدل مذکور در قالب یک فرایند منظم که قسمتی از آن شبیه فرایند پرستاری رایج در ایران است، پیروی نمایند. درنهایت برای اطمینان از انجام صحیح تحویل در یک تحویل شیفت، محقق به‌صورت اتفاقی به‌عنوان ناظر و پشتیبان ۵-۴ بار به هنگام تحویل شیفت در این بخش‌ها حضور داشت. سپس نمونه‌گیری طبق معیارها و ضوابط گروه قبل، در مورد بیماران گروه مداخله نیز انجام شد. مکان مطالعه و کارکنان پرستاری و برنامه کاری آن‌ها دست‌کاری نشد و هیچ هزینه اضافی در رابطه با این طرح به نظام بهداشتی تحمیل نشد. با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ اطلاعات جمع‌آوری‌شده و از شاخص‌های توصیفی برای تعیین میانگین نمره و از روش کولموگروف-اسمیرنوف برای تعیین نوع توزیع داده‌ها استفاده شد، در صورتی که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار باشند از آزمون پارامتریک تی مستقل استفاده شد. در صورتی که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نبوده‌اند از آزمون‌های من ویتنی استفاده شد. سطح معنی‌داری همه این آزمون‌ها ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد: میانگین و انحراف معیار سن افراد در گروه قبل و در گروه بعد از مداخله 46 ± 19 بود. نتیجه آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی‌داری سنی بین دو گروه قبل و بعد را نشان نداد. همچنین نتیجه آزمون آماری کای دو تفاوت معنی‌داری بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، بخش بستری، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، علت انتخاب بیمارستان، افراد پاسخ‌دهنده، تعداد شبانه‌روز بستری، سابقه بستری قبلی در بیمارستان مورد مطالعه، تعداد دفعات بستری در سایر بیمارستان‌ها، زمان بستری‌های قبلی را در دو گروه کنترل و مداخله نشان نداد. در گروه قبل 10.3 ($51/50$) درصد زن و 97 ($48/50$) درصد مرد بودند و در گروه بعد 11.9 ($59/50$) درصد نفر زن و 81 ($40/50$) درصد نفر مرد بوده است. تعداد 149 نفر ($74/50$) درصد

در این مطالعه نیمه تجربی، ۴۰۰ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان آموزشی - درمانی شهید دکتر قلی پور بوکان شرکت کردند که ۲۰۰ بیمار قبل از آموزش مدل ارتباطی SBAR به پرستاران و ۲۰۰ بیمار دیگر در بخش‌های مذکور پس از آموزش مدل مذکور به پرستاران، پرسشنامه معیار کیفیت مراقبت از بیمار^۱ را پر کردند. این ابزار جهت بررسی فرایند مراقبت و کیفیت مراقبت پرستاری از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان و نیجریه مورداستفاده قرار گرفته است و در سال ۱۳۸۲ در تبریز موردبررسی قرار گرفته و با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است (۱۵). این ابزار با ۵۸ گویه، کیفیت مراقبت پرستاری را در ۶ بعد روانی - اجتماعی فردی (۱۶ پرسش)، روانی - اجتماعی گروهی (۷ پرسش)، ارتباطی (۱۱ پرسش)، فیزیکی (۱۴ پرسش)، عمومی (۴ پرسش) و مداخلات حرفه‌ای (۶ پرسش) که بر اساس مقیاس لیکرت (۴ گزینه‌ای) هرگز، گاهی، اغلب، همیشه، نمره‌گذاری شده است و به ترتیب نمرات ۳ تا ۴ به آن اختصاص می‌یابد، می‌سند. هر چه نمره کسب‌شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده کیفیت مراقبت بهتر است. با محاسبه میانگین نمرات سؤالات پرسشنامه برای هر فرد، نظرات به سه گروه نامطلوب (۰-۱)، تا حدودی مطلوب (۱)، مطلوب (۲-۳) و ایدئال (۳-۴) طبقه‌بندی گردید. محقق با مراجعه به بخش‌های مدنظر و معرفی خود به بیماران واجد معیارهای ورود به مطالعه (بیماران در حال ترخیص متمایل به شرکت در مطالعه با حداقل دو شبانه‌روز سابقه بستری و سن بالای ۱۸ سال که خود یا همراه آن‌ها سواد خواندن و نوشتن و آگاهی نسبت به زمان، مکان، اشیا و اشخاص داشتند و نابینایی و ناشنوایی کامل و سابقه بستری در بیمارستان روانی و تجربه مرگ نزدیکان در چند ماه گذشته و سابقه دریافت هرگونه درمانی که در توانایی ذهنی، حافظه یا تفکر اختلال ایجاد کند را نداشتند)، در خصوص مطالعه و اهداف آن توضیحاتی ارائه می‌داد. این افراد که طبق روال عادی بخش مراقبت‌های معمول را دریافت می‌کردند، پس از کسب رضایت آگاهانه و اطمینان از محفوظ ماندن اطلاعات ارائه‌شده وارد مطالعه می‌شدند و پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری توسط بیماران یا همراه آن‌ها پر می‌شد. پس از اتمام زمان نمونه‌گیری برای گروه پیش‌آزمون، محقق برای پرستاران آن بخش‌ها اهداف مطالعه را بیان کرد و انجام مطالعه خود را منوط به همکاری آنان نمود، سپس آموزش‌هایی در قالب سخنرانی و اسلاید ارائه داد. این آموزش‌ها در ۱۰ جلسه یک‌ساعته به مدت ۵ روز (جهت اطمینان از شرکت اکثر پرستاران) به‌صورت صبح و تکرار آن در شیفت عصر انجام شد.

¹. Quality of Patient Care Scale (QUALPAC)

بیشتر آن‌ها (۷۶/۲ درصد) سابقه بستری قبلی در این بیمارستان را نداشته‌اند. از ۴۰۰ نفر شرکت‌کننده تنها ۱۸/۷ درصد افراد سابقه بستری در سایر بیمارستان‌های دیگر را ذکر کرده بودند. از صد در صد افراد شرکت‌کننده ۷۵ درصد تمایل به انتخاب مجدد این بیمارستان را دارند که این تمایل در گروه قبل ۷۲/۵ درصد و در گروه بعد ۷۷/۵ درصد افراد را تشکیل داده بود؛ که در گروه مداخله ۵ درصد افزایش در تمایل به انتخاب مجدد بیمارستان مورد مطالعه دیده شد.

در مجموع وضعیت مطلوب و ایدئال کیفیت مراقبت پرستاری در بعد ارتباطی در گروه قبل ۳۰/۰۴ و ۳۲/۴۰ درصد بوده و در گروه مداخله ۲۲/۰۹ و ۶۲/۲۷ درصد بوده است که ارتباط آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان می‌دهد ($P < 0/001$) (جدول ۲).

شرکت‌کنندگان گروه قبل و ۱۴۶ نفر (۷۳ درصد) گروه بعد متأهل بودند. تعداد افراد شرکت‌کننده بخش‌های داخلی در گروه‌های قبل و بعد به ترتیب ۱۰۰ (۵۰ درصد)، ۱۰۲ (۵۱ درصد) بوده و در بخش‌های جراحی به همین ترتیب ۱۰۰ (۵۰ درصد) و ۹۸ (۴۹ درصد) بوده است. ۷۰/۵ درصد پرسشنامه‌ها در گروه قبل و ۷۷ درصد در گروه بعد توسط بیماران یا همراه آنان پر شده بود. اکثریت افراد گروه قبل و بعد بی‌سواد یا زیر دیپلم بودند (۵۱/۲ درصد). اکثریت افراد در هر دو گروه علت انتخاب بیمارستان مورد مطالعه برای بستری شدن را اورژانسی بودن وضعیت خود گزارش کردند. اکثریت افراد شرکت‌کننده فاصله منزل تا بیمارستان را نزدیک تجسم کرده‌اند. بیشتر آن‌ها (۵۳ درصد) به هنگام پر کردن پرسشنامه، ۳-۵ شبانه‌روز در بیمارستان مورد مطالعه بستری بوده‌اند.

جدول (۱): درصد جواب به سؤالات بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری در دو گروه کنترل و مداخله به تفکیک مقیاس لیکرت

سؤالات	گروه کنترل (درصد)		گروه مداخله (درصد)	
	هرگز	گاهی	اغلب	همیشه
۱- به راحتی سؤالات خود را در رابطه با بیماری‌تان از پرستار می‌پرسید؟	۱۱/۵	۲۱	۳۳	۳۴/۵
۲- پرستار به سخنان شما به آرامی گوش می‌دهد و کلام شما را قطع نمی‌کند؟	۱۳/۵	۲۳/۵	۲۹/۵	۳۳/۵
۳- شما به راحتی احساساتتان را با پرستار در میان می‌گذارید؟	۱۴/۵	۲۴	۳۰	۳۱/۵
۴- پرستار به شما اطمینان می‌دهد؛ که اسرارشان را حفظ خواهد کرد؟	۱۲/۵	۲۳/۵	۳۵	۲۹
۵- پرستار در حین صحبت کردن با شما؛ از کلماتی استفاده می‌کند که نشان‌دهنده توجه او به شخص شماست؟	۱۳	۲۲/۵	۳۳	۳۱/۵
۶- نحوه صحبت پرستار نشان‌دهنده علاقه او به رفع مشکلات شماست؟	۱۳	۲۳/۵	۳۰	۳۳/۵
۷- پرستار سعی می‌کند برخی از نیازهای شما را؛ حتی قبل از اینکه خودتان عنوان کنید؛ پیش‌بینی نموده و درصدد رفع آن برآید؟	۱۰/۵	۲۸/۵	۲۹	۳۲
۸- پرستار بدون اضطراب و در محیط آرامی؛ احتیاجات شما را برآورده می‌کند؟	۱۴	۲۵	۲۶	۳۵
۹- پرستار زمان کافی در اختیار خانواده شما قرار می‌دهد؛ تا بتوانند سؤالات خود را مطرح کنند؟	۱۳/۵	۲۶	۲۸	۳۲/۵
۱۰- خانواده شما از پاسخ پرستار به آن‌ها، احساس رضایت می‌کنند؟	۱۵/۵	۲۶	۲۸	۳۰/۵
۱۱- پرستار با سایر پرسنل درمانی ارتباط مناسبی برقرار می‌کند؟	۱۸	۲۱	۲۹	۳۲

۶۲/۲۷	۲۲/۰۹	۱۲/۴۰	۳/۲۲	۳۲/۴۰	۳۰/۰۴	۲۴/۰۴	۱۳/۵۰	کل
-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	----

جدول (۲): وضعیت کیفیت مراقبت پرستاری در بعد ارتباطی در طیف نامطلوب تا ایدئال

بعد	وضعیت کیفیت مراقبت پرستاری	گروه کنترل برحسب درصد	گروه مداخله برحسب درصد	P-Value
ارتباطی	نامطلوب	۱۳/۵۰	۳/۲۲	< 0/001
	تا حدودی مطلوب	۲۴/۰۴	۱۲/۴۰	
	مطلوب	۳۰/۰۴	۲۲/۰۹	
	ایدئال	۳۲/۴۰	۶۲/۲۷	

را بعد از مداخله در دو گروه را نشان می‌دهد ($P < 0/001$) (جدول ۳).

درمجموع میانگین نمره بعد ارتباطی در گروه کنترل ۱۹ با انحراف معیار ۹ و بعد از مداخله در گروه مداخله ۲۶ با انحراف معیار ۹ می‌باشد. آزمون تی مستقل برای گروه‌ها، اختلاف معنی‌دار آماری

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات بعد ارتباطی بین دو گروه کنترل و مداخله

P-Value	df	t	گروه مداخله		بعد
			میانگین و انحراف معیار	گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۳۹۸	-۱۱/۰۰۰	۲۶/۰۰ ± ۹	۱۹/۰۰ ± ۹	بعد ارتباطی

می‌توان ادعا داشت که اجرای مداخله باعث افزایش معنی‌دار کیفیت پروسه تغییر شیفت و مراقبت از بیماران با هر وضعیت دموگرافیک از نظر سن، وضعیت تحصیلات، معیشت و تأهل گردیده است و وجود یک پروتکل استاندارد و ثابت در هنگام تغییر شیفت همانند آنچه در این مطالعه انجام گرفت؛ می‌تواند باعث بهبود کیفیت ارتباطات شود. بیش از ۶۰ درصد وقایع کشنده بیمارستانی در اثر عدم توجه به ارتباط مؤثر بین افراد مسئول بیمار اتفاق می‌افتند (۱۶).

ملک‌زاده و همکاران نیز با طراحی روشی برای تغییر شیفت پرستاران در بخش ICU بر اساس استانداردهای کمیون مشترک مرکزی توانستند ارتباط بین پرستاران در هنگام تغییر شیفت را افزایش دهند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات مراقبت پرستاران به میزان ۴۶/۵ درصد افزایش پیدا کرد که نشان‌دهنده بهبود تبادل اطلاعات می‌باشد (۱۷). مطالعه نوک^۱ و همکاران (۲۰۱۳) روی مدل SBAR نشان داد که این مدل می‌تواند مزایای زیادی از جمله کاهش مرگ‌ومیر، جلوگیری از بستری شدن مجدد بیمار و افزایش رضایت بیماران را به همراه بیاورد (۱۸). با شناسایی دقیق نیازهای بیماران که مدل SBAR بر آن تأکید دارد و همچنین آموزش مهارت‌های لازم به پرستاران و انجام وظایف به‌طور صحیح و کارآمد از طرف پرستاران، می‌توان رضایت بیماران را تا حد زیادی از

بحث و نتیجه‌گیری

همگام با پیشرفت علوم مختلف در سال‌های اخیر، در حوزه سلامت نیز تغییرات اساسی در راستای ارتقاء خدمات سلامت با محوریت بیمار و مشتری مداری به وجود آمده است. به تدریج به حق بیماران در کسب اطلاعات، حق آن‌ها برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و حق آن‌ها در دریافت خدمات همه‌جانبه با حداکثر کیفیت و کم‌ترین صدمات وارده بها داده شده است. در این مطالعه اثر به‌کارگیری مدل SBAR به هنگام تحویل شیفت بر بعد ارتباطی کیفیت مراقبت از بیماران که ذی‌نفعان اصلی مراقبت با کیفیت هستند؛ پس از آموزش این مدل به پرستاران و سپس مقایسه با گروه کنترل موردبررسی قرار گرفت. تحویل شیفت یک محدوده زمانی برای بررسی بیمار، شناخت و کسب اطلاعات در مورد بیمار است و شروعی برای تداوم مراقبت تیم قبلی توسط تیم فعلی است. در این مطالعه نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که این مدل به‌طور معنی‌داری باعث تفاوت میانگین نمرات مراقبت در بعد ارتباطی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل گردیده است. این نتایج به معنی بهبود کیفیت مراقبت و ایجاد رضایت در بیماران بعد از استفاده از مدل می‌باشد. در این مطالعه بالا بودن تعداد نمونه‌ها باعث همگون بودن و نرمال بودن داده‌های جامعه‌شناختی نمونه‌ها شده است و

¹ Novak

طریق بالا بردن کیفیت مراقبت برآورده کرد. این مدل در واقع انواع جنبه‌ها از قبیل شناسایی نیازها، استانداردسازی، آموزش به افراد و ارزیابی‌های بعدی را در بر می‌گیرد. در کشور ما هنگام تغییر شیفت بر اساس یک پروتکل جامع و یکپارچه عمل نمی‌شود بلکه انتقال اطلاعات معمولاً به صورت شفاهی و با استفاده از کاردکس انجام می‌گیرد. آنچه در کاردکس ثبت می‌شود، لزوماً اولویت‌های مراقبتی بیمار را در بر نمی‌گیرد. مطالعه نوواک و همکاران نشان داده است که در مدل SBAR، بیمار به راحتی می‌تواند به برآورده شدن نیازهای خود دستیابی پیدا کند و احساس می‌کند که همیشه فردی وجود دارد تا از او مراقبت کرده و پاسخگوی او باشد که این خود حس رضایت و امنیت را در بیمار ایجاد می‌کند (۱۸). در مطالعه محمدنیا و همکاران (۱۳۸۸) در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی منتخب تهران کم‌ترین رضایت از دید بیماران در بعد "پاسخگویی" مشاهده شد (۱۹).

در مطالعه نیشابوری و همکاران بر روی کیفیت مراقبت ارائه‌شده، در بعد روانی-اجتماعی ۳۱/۶ درصد و در بعد ارتباطی ۴۲/۵ درصد بیماران اظهار رضایت کردند درحالی‌که این میزان رضایت برای پرستاران به ترتیب ۹۲/۶ درصد و ۵۶/۸ درصد بود که نشان‌دهنده عدم یکسان بودن نظر پرستاران با بیماران می‌باشد (۱۵). در مطالعه براز پردنجانی و همکاران بر روی موانع ارتباط مناسب پرستار-بیمار ۵۶/۲۵ درصد بیماران از خلق تند پرستاران در هنگام ارتباط ناراضی بودند (۲۰). نتایج مطالعه کیب^۲ در ۲۰۰۴، روی بیماران نشان داد که بیماران از فقدان ارتباط مناسب، احساس عدم توجه و همدلی و ارتباط دوستانه از طرف پرستاران رنج می‌برند. آنچه مسلم است برخورداری از حمایت فرد در مقابله با اندوه و بیماری از فرد محافظت می‌کند و به بهبود بیماری کمک می‌کند؛ زیرا موجب کاهش اضطراب بیمار، بهبود سازگاری و رفتار تطابقی در بیمار می‌شود. مواردی همچون ارتباط‌های کلامی و غیرکلامی، برقراری ارتباط صمیمانه، دادن روحیه و احترام به بیمار از اجزای مراقبت هستند. لزوم توجه به این نکات مخصوصاً در بعضی بیماران خاص مانند بیماران سرطانی بسیار ضروری می‌باشد و به نظر می‌رسد مدل SBAR با توجه به این‌که به ارتباط مؤثر اهمیت می‌دهد؛ بتواند در این زمینه هم پاسخگوی نیازهای بیمار باشد. در مطالعه کریمی مونقی و همکاران آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران باعث افزایش میانگین نمرات در بعدهای مختلف و بهبود کیفیت مراقبت پرستاران گردید (۲۱). پانسار^۳ و همکاران تأثیر مدل SBAR همراه با ثبت الکترونیکی اطلاعات را بر کیفیت تبادل

اطلاعات بین پرستاران و مستندسازی حوادث حاد در یک مرکز ICU کودکان بررسی کردند. پس از اجرای مدل میزان ثبت وقایع، میانگین کیفیت مطلوب تغییرات شیفت‌ها و انتقال اطلاعات هنگام تغییر شیفت به‌طور معنی‌داری افزایش یافت که در نهایت باعث بهبود ثبت اطلاعات تبدالی بین افراد و کیفیت مراقبت ارائه شده شد (۲۲). آنچه در این مطالعه انجام گرفت بررسی اثرات مدل مذکور بر روی بعد ارتباطی کیفیت مراقبت بیماران در یک مطالعه نیمه تجربی بود (۲۳). ارزیابی مستمر و کامل کیفیت ارائه شده از طرف پرستاران به‌وسیله بیماران و یا همکاران در درازمدت می‌تواند نتایج بهتری در زمینه افزایش کیفیت مراقبت بدهد. زارع و همکاران به بررسی فواید استفاده از روش ارزشیابی همکار در بخش‌های ویژه قلب (CCU و PCCU) پرداختند. نتایج نشان داد که بیشترین میزان بهبود در بعد مراقبتی و کم‌ترین آن در بعد ارتباطی پرستاران مشاهده شد (۲۴). فاکتورهای متعددی می‌توانند بر روی نتایج حاصل از این مطالعه تأثیر بگذارند. محل تبادل اطلاعات مانند بالین بیمار یا ایستگاه پرستاری و یا در یک محل خصوصی دور از بیمار و بدون سروصدا یکی از این فاکتورها می‌باشد. نحوه انتقال اطلاعات (شفاهی، کتبی و ضبط صدا) و سطوح مختلف مراقبت در بین پرسنل‌های گوناگون با درجات مختلف مهارت و سطوح تحصیلات نیز می‌تواند در این زمینه موردتوجه باشد. در این مطالعه تبادل اطلاعات به‌صورت شفاهی با استفاده از کاردکس؛ ولی با پیروی از مدل SBAR که یک قالب منسجم به‌گفته‌مان پرستاران می‌داد و هم‌زمان بیماران را نیز وارد گفتگو می‌کردند، انجام شد. هنگام تبادل باید تمامی اطلاعات به‌طور کامل انتقال داده شوند؛ زیرا خطر نادیده گرفته شدن مطالب بارز که از نظر ما بدیهیات هستند و یا ارزش کمی دارند نیز وجود دارد. این اطلاعات بعضی مواقع می‌توانند جان بیمار را به خطر بیندازند (۲۵). نحوه آموزش دادن مدل به پرستاران نیز از فاکتورهای تأثیرگذار بر نتایج استفاده از آن می‌باشد. بررسی‌های چهارسوقی و همکاران نشان داد که آموزش مدل SBAR به‌صورت عملی در یک فضای شبیه‌سازی‌شده^۴ بهتر از آموزش دادن به‌صورت تئوری و جزوه می‌تواند باعث یادگیری پرستاران شود. به نظر می‌رسد که در صورت تغییر روش آموزش مدل، می‌توان به نتایج بهتری دست یافت. فایریزن^۵ بیان می‌کند، حمایت سازمان‌های مربوطه و تعهد مداری دو فاکتور اساسی در هنگام استفاده از مدل SBAR می‌باشند. این حمایت شامل مهیاکردن شرایط آموزش، حمایت‌های تکنیکی و مستندسازی، پژوهش و بررسی نتایج به‌دست آمده می‌باشد (۲۷).

⁴ Role Play

⁵ Friesen

² Cabe

³ Panesar

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد محقق به شماره ثبت ۷/۲۶۳۵۱ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دانشکده پرستاری مامایی تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین از همکاری واحدهای موردپژوهش، پرستاران و بیماران بیمارستان شهید دکتر قلی پور شهر بوکان که ما را در دستیابی به اهداف پژوهش یاری رسانیدند و درنهایت از داورانی که با ارائه نقطه نظرات خویش موجب ارتقاء این مطالعه شدند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

همکاری واحدهای پژوهش در اختیار محقق نبود. محقق بعد از بیان اهداف، بیان اهمیت مسئله و ارزش اجرای مدل SBAR در بهبود کیفیت مراقبت پرستاری برای پرستاران، توانست همکاری کارکنان در پژوهش را جلب کند. پرستاران می‌توانند در گزارش تلفنی مشکل بیمار به پزشک معالج، گزارش انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر، تحویل بیماران پس از اتمام ساعت خواب پرستاران در شب‌کاری یا پس از اتمام پاس ساعتی، بررسی بیماران توسط رزیدنت‌ها و اطلاع وضعیت به متخصصین و اساتید خود، تحویل بیماران به اتاق عمل و برعکس و تحویل بیماران به مراکز مراقبتی و توان‌بخشی پس از ترخیص از بیمارستان از این مدل بهره بگیرند و پژوهش‌های دیگری انجام دهند.

References:

1. Friesen MA, White SV, Byers JF. Handoffs: Implications for Nurses. Center for American Nurses Board of Directors. 2009. P.23.
2. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care* 2010;19(6):493-7.
3. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? *J Nurs Manag* 2004;12(1):37-42.
4. Maxson PM, Derby KM, Wroblewski DM, Foss DM. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nurs* 2012;21(3):140-144; quiz 145.
5. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics* 2012;129(2):201-4.
6. Billings C, Cook R, Woods D, Miller C, editors. Incident reporting systems in medicine and experience with the aviation safety reporting system. A tale of two stories: contrasting views of patient safety Report from a workshop on assembling the scientific basis for progress on patient safety McLean, VA. National Patient Safety Foundation at the AMA; 1998.
7. Lingard L. Productive complications: emergent ideas in team communication and patient safety. *Healthc Q* 2012;15 Spec No:18-23.
8. Karimi Moonaghi H, Khatoun Taheri N, Behnam Voshani H.Z, vaghee S, Yavari M. The Effect of Communication Skills Training on the Quality of Nursing Care of Patients. *J Evidence-Based Care* 2012;2(5):37-46. (Persian)
9. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *Int J Nurs Practice* 1999;5(2):86-94.
10. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13 Suppl 1:i85-90.
11. Nicol M, Bavin C, Cronin P, Rawlings-Anderson K, Cole E, Hunter J. *Essential nursing skills: Elsevier Health Sciences; 2012.*
12. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit care*. 2003;18(2):71-5.
13. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *J Adv Nurs* 2001;33(4):456-66.
14. Freitag M, Carroll VS. Handoff communication: using failure modes and effects analysis to improve

- the transition in care process. *Qual Manag Healthcare* 2011;20(2):103-9.
15. Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences, 2009. *Koomesh*. 2010;12(2):Pe134-Pe43. (Persian)
16. Chacko V, Varvarelis N, Kemp DG. eHand-offs: An IBM® Lotus® Domino® Application for Ensuring Patient Safety and Enhancing Resident Supervision in Hand-Off Communications. *AMIA Annu Symp Proc* 2006;2006:874.
17. Malekzadeh J, Mazluom SR, Etezadi T, Tasseri A. A Standardized Shift Handover Protocol: Improving Nurses' Safe Practice in Intensive Care Units. *J Caring Sci* 2013;2(3):177. (Persian)
18. Novak K, Fairchild R. Bedside reporting and SBAR: improving patient communication and satisfaction. *J Pediatric Nurs* 2012;27(6):760-2.
19. Mohammadnia M, Delgoshaei B, Tofighi S, Riahi L, Omrani A. Survey on Nursing Service Quality by SERVQUAL at Tehran Social Security Organization Hospitals. *Hospital* 2010;8(3):4. (Persian)
20. Baraz PS, Shariati AA, Alijani RH, Moein MS. Assessing barriers of nurse-patient's effective communication in educational hospitals of Ahwaz. Ahwaz: 2010. (Persian)
21. Moonaghi HK, Heydari A, Taghipour A, Ildarabadi E-h. Challenges of Community Health Nursing Education in Iran. *Int J Commun Based Nurs Midwifery* 2013;1(1):62-8. (Persian)
22. Panesar RS, Albert B, Messina C, Parker M. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Med Qual* 2014;1062860614553263.
23. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32(3):167-75.
24. Zadeh H. The effect of peer review evaluation on quality of nurse's performance and patient's satisfaction. *Iran J Nurs* 2010;22(62):8-21. (Persian)
25. Lee H, Cumin D, Devcich DA, Boyd M. Expressing concern and writing it down: an experimental study investigating transfer of information at nursing handover. *J Adv Nurs* 2015;71(1):160-8.
26. Chaharsoughi NT, Ahrari S, Alikhah S. Comparison the Effect of Teaching of SBAR Technique with Role Play and Lecturing on Communication Skill of Nurses. *J Caring Sci* 2014;3(2):141. (Persian)
27. Friesen MA, White SV, Byers JF. Handoffs: Implications for Nurses. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet] Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2016 Sep 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2649/>

THE EFFECT OF USING SBAR MODEL IN NURSING HANDOFF ON COMMUNICATION DIMENSION OF NURSING CARE FROM THE PATIENTS' VIEW

Rahim Baghaei¹, Solaiman PourRashid², HamidReza Khalkhali³

Received: 13 Apr, 2016; Accepted: 25 Jun, 2016

Abstract

Background & Aims: In health centers, regularly, the clinical data of patients were transmitted between health care providers, such as nurses when changing their shifts. Effective hand over that effect the program of patient care and patient safety depends on accurate patient identification, and aspects of his care through effective communication between the staff and the patients. This study was performed with the aim of determining the effect of using the SBAR model at the time of hand over on communication dimension from quality of nursing care by the patient's view at the Gholipour Hospital in Bukan in 1393.

Material & Methods: The objective of the study was determining the effect of using the SBAR model at the time of hand over on communication dimension from quality of nursing care by the patient's view at the Gholipour Hospital in Bukan, in 1393.

In this quasi-experimental study, 400 patients over 18 years who were discharged from medical and surgical wards were selected. The inclusion criteria were being able to read and write, and not being complete blind or deaf, and not having any case of death of relatives in the past few months, and not being hospitalized in a psychiatric hospital, and not using any psychiatric drugs. In the period January to March 1393, a standard questionnaire on the quality of nursing care before and after training SBAR model to nurses was completed. Data were analyzed using SPSS version 16 and independent t-test.

Results: The optimal situation, and the ideal situation for the quality of nursing care in the communication dimension in control group was 30/04 and 32/4, and it was 22/09 and 62/27 in the study group, which shows a significant correlation between the two groups ($P < 0/001$). The average score of communication dimension in the control group was 19 with standard deviation of 9 after the intervention. In the study group, it was 26 with standard deviation of 9. The independent t-test for the two groups showed a significant difference in the two groups after the intervention ($P < 0/001$).

Conclusion: The results showed that the transferring of the information in the format of a standard shift handoff guideline like that of the SBAR model, has been effective on patients view about the quality of nursing care in the communication dimension.

Keywords: SBAR model, shift handoff, nursing care, quality of care, the quality of nursing care, patients view

Address: Urmia University of Medical Sciences, faculty nursing and midwifery

Tel: (+98) 4432754916

Email: Rbaghaei2001@yahoo.com

¹ Associate Professor, PhD in nursing management, Center of Patient Safety Research, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

² MSc in nursing education, Instructor, faculty nursing and midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Associate Professor, PhD in Statistic, health faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran