بررسی تأثیر "تحویل شیفت پرستاری بربالین با مشارکت بیمار" بر رضایتمندی بیمار و پرستار، کارآزمایی بالینی نیمه تجربی

منیره کاظمی[۱]، اکرم ثناگو*[۲]، لیلا جویباری[۳]، محمدعلی وکیلی[٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۱/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۳/۲٤

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: فرآیند تحویل شیفت در پرستاری یک وسیله قوی در انتقال اطلاعات بیماران و برنامه مراقبتی آن‌هاست که اختلال در این روند می‌تواند زمینه‌ساز خطا، ارتباطات نامناسب در محیط کار گردد. گزارش تحویل شیفت به‌صورت مختلف در بخش‌ها انجام شود. تحویل شیفتی در بالین با مشارکت بیمار به پرستار اجازه می‌دهد که بیمار را ببیند و سؤالاتی را از بیمار و پرستار قبلی بپرسد و در مورد سؤالاتش بازخورد فوری دریافت کند. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر تحویل شیفت پرستاری با مشارکت بیمار بر رضایت بیمار و پرستار از مشارکت انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه کار آزمایی بالینی نیمه تجربی دو گروه کنترل و مداخله، ۹۰ بیمار، ۱۲ پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) کردکوی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان به روش نمونه‌گیری در دسترس برای بیماران و پرستاران در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. میزان رضایت بیمار و پرستار قبل و بعد از اجرای تحویل شیفت با مشارکت بیمار، با پرسشنامه محقق ساخته رضایت بیمار و پرستار روا و پایا جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کل رضایت بیمار به‌ترتیب در گروه کنترل و مداخله ۵/۶۴± ۶۶ /۵۹ به ۵/۰۶±۶۷/۰۶ با p<۰/۰۰۱ و پرستاران در گروه کنترل قبل از مداخله ۷/۴۳±۸۱/۶۶ که در بعد از مداخله به ۵۹/۹۱±۹۳/۰۸ با p< ۰/۰۰۲ افزایش یافت که در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری بود.

نتیجه‌گیری: تحویل شیفت در بالین با مشارکت بیمار باعث افزایش رضایت بیماران و پرستاران می‌شود.

کلمات کلیدی: تحویل شیفت با مشارکت بیمار، رضایت پرستار، رضایت بیمار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۸۲، مرداد ۱۳۹۵، ص ۴۳۶-۴۲۶

آدرس مکاتبه: گرگان، شصت کلاً دانشگاه علوم پزشکی گلستان مرکز تحقیقات پرستاری تلفن: ۰۱۷۳۲۴۳۰۳۵۳۴

Email: sanagoo@goums.ac.ir

مقدمه

یکی از آداب دیرینه رایج میان پرستاران تحویل شیفت پرستاری است که انجام درست و استاندارد آن باعث تداوم در امر مراقبت و ارائه ایمن مراقبت‌ها می‌شود (۱). بخشی از تحویل شیفت پرستاران اختصاص به انتقال اطلاعات مراقبتی بیماران دارد و برای ایجاد اطمینان از تداوم مراقبت اطلاعات مربوط به بیمار را ازجمله تشخیص بیماری، وضعیت همودینامیک، برنامه مراقبتی را در زمان تحویل شیفت به سایر پرستاران ارائه می‌دهد (۲،۳). شیوه‌های تحویل بیمار بین پرستاران همواره در حال تغییر بوده و امروزه روش‌هایی از قبیل تحویل چهره به چهره، استفاده از ضبط‌صوت، استفاده از کامپیوتر انجام می‌شود؛ اما همه این روش‌ها عمدتاً در ایستگاه پرستاری یا اتاق کنفرانس و به‌دوراز بالین بیمار و مشارکت وی صورت می‌گیرد. حال‌آنکه انجام این مهم با مشارکت بیمار مزایای بسیاری دارد (۴). پرستاران از دیرباز تاکنون در اجرای تحویل بالینی بیماران با تصور وقت‌گیر بودن تردید دارند. باوجودی که مطالعه اندرسون ومانگینو (۲۰۰۶) نشان دادند که اجرای تحویل شیفت بر بالین با مشارکت بیمار باعث کاهش ۱۰۰ ساعت اضافه‌کاری پرستاران می‌شود. تحویل شیفت در بالین بیمار با مشارکت وی این امکان را فراهم می‌کند که پرستار بیمار را ازنظر ظاهری بررسی کند و همچنین از پرستار قبلی و بیمار سؤالات خود را بپرسد. این کار

[۱] کارشناسی ارشد مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

[۲] دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

[٤] دکتری آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

باعث تشویق بیماران به حضور فعال و مشارکت در برنامه‌های مراقبت از خود و ایجاد ارتباط مؤثر بین پرستاران در جریان تغییر شیفت‌های پرستاری می‌شود (۴). تحویل بیماران توسط پرستاران بخش مهمی از پروسه مراقبت پرستاری است. اهمیت این مطلب تا بدانجا رفت که کمیته اعتباربخشی ایمنی بیمار در سال ۲۰۰۹ مشارکت فعال بیماران را در امر انتقال اطلاعات در یک فرایند تحویل شیفت استاندارد ضروری دانسته و آن را به یکی از اهداف ایمنی بیان کرده است (۵). کمیسیون مشترک اهداف ملی ایمنی بیمار در سال ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰، نیاز به تشویق بیماران جهت حضور فعال در مراقبت از خود و ایجاد استاندارد تحویل شیفت و فرآیند ارتباطات هنگام تحویل شیفت را از ارائه‌دهندگان مراقبت خواسته است (۶). بیمارانی که تحویل بالینی را تجربه کرده‌اند احساس امن‌تری را گزارش کرده‌اند. در کل تحویل بیمار در بالین باعث ایمنی و رضایت بیمار و پرستار می‌شود بیمارانی که به‌طور فعال در تحویل شیفت و تحویل بیمار در کنار تخت مشارکت داشته‌اند بیشتر تمایل دارند که در برنامه مراقبتشان وارد شوند و شرکت کنند (۷ و ۸). تیمون وسفون در سال ۲۰۰۰ دریافتند که بیماران اغلب به‌طور فعالانه در هنگام تحویل شیفت شرکت نمی‌کنند آن‌ها فکر می‌کردند که اطلاعات فقط برای پرستاران است و استفاده از اصطلاحات مخصوص برای بیماران گیج‌کننده بوده است (۹). مطالعه مانیاس و همکاران تجربه دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی از تحویل شیفت که در آن ۶۰ درصد پرستاران شرکت داشتند بیان کردن تحویل ضعیف باعث افزایش ایجاد عوارض جانبی در بیماران می‌شود (۱۰).

چابیور و همکاران ۲۰۰۹ دریافتند که اگر بیماران به مشارکت در تحویل شیفت تشویق شوند. سؤال بپرسند و نظر بدهند باعث مشارکت آن‌ها و برای پاسخ به سؤالات در طول تحویل تمایل خواهند داشت (۲). نویسنده به توصیف بیمارستانی در استرالیا پرداخته است که در آن از سال ۲۰۰۶ تحویل بالینی آغازشده و در حال حاضر منجر به ایجاد توان‌بخشی در بخش با همکاری بیمار با پرستاران در اضافه کردن اطلاعات موردنیاز شده است با توجه به تحقیقات اندرسون و مانگینو (۲۰۰۶) تحویل بالینی با توجه به مشاهده وضعیت بالینی بیمار امکان بهتری برای اولویت‌بندی کارها در طی شیفت کاری فراهم می‌کند. این مطالعه همچنین نشان داد که رضایت در پاسخگویی، روابط بین فردی پرستاران و دریافت اطلاعات و رضایت پزشک به‌طور غیرمنتظره افزایش یافته بود چراکه پرستاران مدت کوتاهی پس از تغییر شیفت برای پاسخ به سؤالات آماده بودند (۴ و ۱۰ و ۲). بورتون و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدن که آموزش پرستاران در زمینه تحویل شیفت و اطلاعات بیمار از هدف تحویل شیفت و نقش آن‌ها می‌تواند مفید باشد (۱۱). بسیاری از صاحب‌نظران میزان رضایت‌مندی بیماران از خدمات بیمارستانی را یکی از مهم‌ترین شاخص‌های اثربخشی و کیفیت خدمات ارائه‌شده در بخش‌های مختلف می‌دانند و بر این باورند که بیمار راضی، کلید موفقیت هر بیمارستانی است. پس به نظر می‌رسد که بررسی رضایت‌مندی بیماران از مهم‌ترین خروجی‌های سیستم‌های بهداشتی باشد. چراکه ناخوشایندی مردم منجر به احساس عدم‌کفایت و ناخشنودی از پرسنل و به‌تبع آن کاهش کارایی نظام بهداشتی می‌گردد. با توجه تأثیر مثبت این مداخله بر رضایت‌مندی بیمار و پرستار در کشورهای خارجی ما را بر آن داشت تا این مطالعه را باهدف تعیین تأثیر تحویل شیفت بربالین با مشارکت بیمار بر رضایتمندی بیمار و پرستار در بخش سی‌سی‌یو بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) کردکوی ۱۳۹۴ انجام دهیم.

مواد و روش کار

این پژوهش به‌صورت کارآزمایی بالینی نیمه تجربی دو گروه قبل و بعد در سال ۱۳۹۴ در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) شهرکردکوی، مرکز درمانی تابع دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. برای تعیین حجم نمونه بیماران از فرمول حجم نمونه استفاده شد. تعداد بیماران با توجه به مطالعه ماکسون و همکاران (۷) اختلاف میانگین با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد ۹۰ نمونه محاسبه شد. در هر گروه، مداخله و کنترل ۴۵ نفر انتخاب شدند. جهت تعداد نمونه پرستاران، کلیه پرستاران بخش (۱۲ نفر) با سابقه کار بالای شش ماه در مطالعه شرکت کردند. روش نمونه‌گیری بیماران به‌صورت غیراحتمالی و در دسترس با توجه به معیار ورود و پرستاران به روش سرشماری انتخاب شدند. نمونه پژوهش بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب بودند. بیماران در دو گروه کنترل (۴۵ نفر) و مداخله (۴۵ نفر) قرار گرفتند. پرستاران شرکت‌کننده هم با گروه کنترل و هم با گروه مداخله وارد مطالعه شدند. معیار ورود بیماران، سن ۱۸ سال یا بیشتر، نداشتن اختلال شناختی، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی، هوشیاری کامل بیمار، مدت‌زمان بستری حداقل ۴۸ ساعت و حداکثر ۷۲ ساعت، معیار خروج بیماران، به هر دلیلی دوره مطالعه را طی نکرده باشند از قبیل انتقال به بخش دیگر و یا ترخیص و فوت و بدحال شدن بود. کلیه پرستاران قبل از ورود به مطالعه تحت دوره کلاس آموزش نظری تحویل شیفت با مشارکت بیمار به مدت ۴۵ دقیقه در دو روز مجزا (به‌منظور ایجاد امکان برای شرکت تمامی پرستاران) برگزار شد و سپس سه روز متوالی تحویل شیفت بر بالین بیمار به‌صورت عملی اجرا شد. برای اطمینان از اجرای تحویل شیفت با مشارکت بیمار، هر پرستار سه بار در نوبت‌های کاری جداگانه (صبح، عصر، شب) با چک‌لیست ارزیابی تحویل شیفت پرستاری مورد مشاهده قرار گرفت که درمجموع ۳۶ تحویل شیفت در این پژوهش

بررسی شد. همه پرستاران ۸۰ درصد نمره چک‌لیست ارزیابی تحویل شیفت با مشارکت بیمار را دریافت کردند؛ و مورد تأیید قرار گرفتند. مداخله به مدت یک ماه اجرا شد و بعد از اجرای مداخله تحویل شیفت با مشارکت بیمار، رضایتمندی پرستاران سنجیده شد.

نحوه آموزش و نحوه مداخله (مشارکت بیمار در تحویل شیفت) جهت بیماران: برای مشارکت دادن بیماران در تحویل شیفت، در بدو پذیرش به بیمار و یک نوبت طی ۲۴ ساعت اول بستری آموزش چهره به چهره همراه با پمفلت آموزشی در مورد تحویل شیفت با مشارکت بیمار داده شد و بعد از گذشت ۴۸ تا ۷۲ ساعت از مدت بستری میزان رضایت‌مندی بیماران در گروه مداخله بررسی شد. پرسشنامه رضایت سنجی بیمار و پرسشنامه رضایت سنجی پرستار برگرفته از مطالعه ماکسون و تیدول (۷ و ۱۲) بود. پرسشنامه رضایت سنجی بیمار شامل دو قسمت، بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی بیمار (که شامل هفت سؤال، سن، جنسیت، تأهل، تشخیص بیماری، مدت بستری، سابقه بستری در بخش ویژه و سابقه بستری در بیمارستان می‌باشد) بخش دوم (۱۲ سؤال در مورد میزان رضایت بیماران که با استفاده از مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۶) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) اندازه‌گیری شد. دامنه نمره حاصل از این مقیاس ۷۲-۱۲ می‌باشد. میانگین نمره بیشتر بیانگر رضایت بالاتر می‌باشد).

پرسشنامه رضایت سنجی پرستار شامل دو قسمت، بخش اول (مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و شغلی که شامل هفت سؤال سن، جنسیت، تأهل، قومیت، تحصیلات، سابقه کار در بخش ویژه، سابقه کار در بیمارستان می‌باشد) و بخش دوم (۱۶ سؤال میزان رضایت پرستاران با استفاده از مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۶) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) اندازه‌گیری شد. دامنه نمره حاصل از این مقیاس ۹۶-۱۶ می‌باشد. میانگین نمره بیشتر بیانگر رضایت بالاتر می‌باشد).

روایی پرسشنامه بیمار و پرستار:

پرسشنامه رضایت بیمار و پرستار برگرفته از مطالعه ماکسون و همکاران و تیدول و همکاران می‌باشد (۷ و ۱۲) ابتدا این مقیاس‌ها به فارسی روان ترجمه شدند سپس این ترجمه توسط یک متخصص زبان دوباره به زبان‌اصلی (انگلیسی) برگردانده شد. با روش روایی محتوی یعنی استفاده از نظرات صاحب‌نظران شامل استاد راهنما و مشاور و ۱۰ تن از اعضای هیئت‌علمی با تجربه و متبحر دانشکده پرستاری و مامایی بویه و دانشکده بهداشت موردبررسی و تأیید قرار گرفت. پرسشنامه رضایت بیمار و رضایت پرستار پس از تهیه نسخه نهایی به‌صورت آزمایشی توسط ۱۰ پرستار و ۱۰ بیمار تکمیل شد. میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه بیمار ۸۰ درصد و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه پرستار ۹۰ درصد محاسبه شد.

در این مطالعه همسان‌سازی گروهی صورت نگرفت؛ اما بعد از جمع‌آوری داده‌ها، گروه‌ها ازنظر سن و جنس با هم مقایسه شدند .

کورسازی: در هنگام آنالیز آماری توسط فرد موردنظر گروه مداخله و کنترل مشخص نبود و فردی که این کار را انجام داد نمی‌دانست کدام گروه مداخله و کدام گروه کنترل می‌باشد.

روش جمع‌آوری داده‌ها: پس از کسب موافقت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان جهت شروع مطالعه، ثبت در پایگاه کارآزمایی بالینی و اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی بویه و ارائه آن به مسئولین بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) کردکوی و کسب موافقت آن‌ها، پژوهشگر در بخش ویژه قلب CCUA حضور یافت. پرستاران بخش در دو مرحله ابتدا به‌عنوان گروه کنترل و سپس به‌عنوان گروه مداخله موردبررسی قرار گرفتند. کار نمونه‌گیری در بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) کردکوی از تاریخ ۱۳۹۴/۳/۱ تا ۱۳۹۴/۵/۱۵ به مدت (۲/۵ ماه) به طول انجامید. پرسشنامه رضایت سنجی بیمار به مدت یک ماه (خردادماه) توسط گروه کنترل تکمیل گردید. در ابتدا با حضور در بخش و توضیح اهداف پژوهش، همکاری کلیه پرسنل پرستاری شاغل جلب و رضایت‌نامه شرکت در تحقیق تکمیل گردید. مشخصات فردی واحدهای پژوهش به‌وسیله مصاحبه انفرادی به دست آمد و پرسشنامه رضایت سنجی توسط پرسنل تکمیل شد. کلاس آموزش تئوری به مدت ۴۵ دقیقه جهت حضور کلیه پرسنل پرستاری بخش در دو روز مجزا برگزار و به دنبال آن آموزش عملی سه روز بر بالین بیمار انجام شد. سپس فاصله یک‌هفته‌ای برای عادی شدن حضور پژوهشگر در بخش به‌عنوان عضوی از گروه و حذف اثر آن بر رفتار پرستاران مدنظر قرار گرفت که در این فاصله علیرغم حضور پژوهشگر در بخش به‌عنوان عضوی از گروه با در دست داشتن چک‌لیست ارزیابی تحویل شیفت، داده‌ای جمع‌آوری نشد. هر روز پژوهشگر به‌عنوان مشاهده‌گر نیم ساعت قبل از تحویل شیفت صبح یا عصر یا شب در بخش حضور پیدا نموده و وضعیت تحویل شیفت (مجموعاً ۳۶ شیفت) را بر اساس چک‌لیست ارزیابی موردبررسی قرار داد. درصورتی‌که پرستار تحویل‌دهنده شیفت ۸۰ درصد نمره ارزیابی را گرفته وارد مطالعه و در صورت عدم دریافت نمره کافی مجدد سه روز متوالی آموزش عملی داده شد و به مدت یک ماه ۱۳۹۴/۴/۱۵ تا ۱۳۹۴/۵/۱۵ در بخش مداخله (تحویل شیفت با مشارکت بیمار) اجرا و در پایان پرسشنامه رضایت سنجی توسط پرستاران تکمیل شد.

آنالیز داده‌ها: تجزیه‌وتحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ صورت گرفت. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌های کمی، توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف موردبررسی قرار گرفت. نمره کل رضایت بیمار و رضایت پرستار از توزیع نرمال برخوردار بود و بقیه

سؤالات توزیع غیرنرمال بودند. برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش، از آمار توصیفی شامل شاخص‌های تمایل مرکزی (میانگین، میانه، دامنه میان چارکی) و پراکندگی (انحراف معیار) از توزیع فراوانی استفاده گردید. برای تعیین مقایسه میانگین نمره کل رضایت بیمار و پرستار با توزیع نرمال از آزمون t مستقل و t زوجی و در متغیرهای با توزیع غیرنرمال در گروه بیماران از آزمون من ویتنی[1] و گروه پرستاران از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. از آزمون کای اسکور یا آزمون دقیق فیشر برای بررسی ارتباط داده‌های دوحالتی در بین گروه‌ها استفاده شد. $P<0.05$ معنی‌دار تلقی شد.

رعایت اخلاق در پژوهش: پس از گرفتن مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ارائه معرفی‌نامه کتبی و هماهنگی با مسئولان محیط پژوهش، پرستاران و بیماران واجد شرایط انتخاب و پس از توضیح اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد؛ و تمامی اصول اخلاقی هلیسینکی رعایت شد. این تحقیق در سایت کارآزمایی بالینی با کدIRCT201409285866N24 ثبت شد.

یافته ها

به‌طورکلی در این مطالعه ۹۰ بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه قلب CCUA بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) کردکوی دانشگاه علوم پزشکی گرگان در دو گروه مداخله و کنترل (هرکدام ۴۵ بیمار) و ۱۲ پرستار شاغل در این بخش قبل و بعد از مداخله موردبررسی قرار گرفتند.

به‌منظور توصیف مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش از آمار توصیفی استفاده گردید. بر اساس این اطلاعات کلیه بیماران شرکت‌کننده در گروه کنترل محدوده سنی ۳۰-۷۴ و با میانگین و انحراف معیار سنی ۱/۲۸±۵۳/۵۱ و در گروه مداخله محدوده سنی ۲۴-۷۴ و با میانگین و انحراف معیار ۱/۰۸±۵۳/۶۲ سال بود که با توجه به آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و رعایت مفروضات نرمالیتی و آزمون آنالیز تی مستقل، میانگین سن در دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی‌داری نداشتند (P= ۰/۹۷۹) (جدول ۱). در گروه کنترل ۴۶/۷ درصد مؤنث و ۵۳/۳ درصد مذکر و در گروه مداخله ۴۴/۴ درصد مؤنث و ۵۵/۶ درصد مذکر و همه بیماران گروه کنترل و مداخله متأهل بودند. در زمان تکمیل پرسشنامه ۳ /۵۳ درصد بیماران گروه کنترل روز سوم و ۵۷/۸ بیماران گروه مداخله روز دوم بستری آن‌ها بود. ۹۵/۶ درصد بیماران گروه کنترل با تشخیص بیماری قلبی و در گروه مداخله ۸۸/۹ درصد قلبی بودند. ۶۰ درصد بیماران گروه کنترل سابقه بستری در بیمارستان و ۴۶/۷ سابقه بستری در CCU را داشتند و در گروه کنترل ۶۲/۲ درصد سابقه بستری و ۶۰ درصد سابقه بستری در ccu را داشتند. پرستاران با محدوده سنی ۲۷-۴۷ و میانگین و انحراف معیار (۵/۷۵) ۳۴/۵۸ قرار دارند. یک سرپرستار با شیفت ثابت و ۱۱ پرستار شیفت در گردش بودند. ۷۵ درصد پرستاران متأهل و همه پرستاران مؤنث بودند (جدول ۱ و ۲).

جدول (۱): مقایسه مشخصات بالینی و جمعیت شناختی بیماران (مدت بستری، تشخیص بیماری، سابقه بستری، سابقه بستری در بخش CCU) در دو گروه

متغیر		فراوانی و درصد گروه کنترل		فراوانی و درصد گروه مداخله		P value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مدت بستری	۲ روز	۲۱	۴۶/۷	۲۶	۵۷/۸	۰/۴۰۹
	۳ روز	۲۴	۵۳/۳	۱۹	۴۲/۲	
تشخیص بیماری	قلبی	۴۳	۹۵/۶	۴۰	۸۸/۹	۰/۸۲۵
	غیرقلبی	۲	۴/۴	۴	۸/۹	
سابقه بستری	دارد	۲۷	۶۰	۲۸	۶۲/۲	۰/۹۰۱
	ندارد	۱۸	۴۰	۱۷	۳۷/۸	
سابقه بستری در بخش ccu	دارد	۲۱	۴۶/۷	۲۷	۶۰	۰/۳۲۹
	ندارد	۲۴	۵۳/۳	۱۸	۴۰	
جنس	مؤنث	۲۱	۴۶/۷	۲۰	۴۴/۴	کی اسکور

[1] Man-whitney

مذکر	۲۴	۵۳/۳	۲۵	۵۵/۶	۰/۵۲۰
میانگین±انحراف معیار سن	۵۳/۵۱±۱/۲۸		۵۳/۶۲±۱/۰۸		۰/۹۷۹ تی تست مستقل

جدول (۲): مشخصات بالینی پرستاران (سابقه کار بالینی در بیمارستان، سابقه کار بالینی در بخش ویژه، نوبت‌کاری اصلی پرستار)

متغیر	گروه	فراوانی و درصد	
		تعداد	درصد
سابقه کاری	کم‌تر ۵ سال	۲	۱۶/۶
	۱۰-۶	۵	۴۱/۶
	بیشتر از ۱۰ سال	۵	۴۱/۶
سابقه کاری CCU	کم‌تر ۵ سال	۷	۵۸/۴
	۱۰-۶	۴	۳۳/۴
	بیشتر از ۱۰ سال	۱	۸/۴
نوبت‌کاری اصلی پرستار	ثابت	۱	۸/۳۳
	در گردش	۱۱	۹۶/۶۶

در بررسی یافته‌های حاصل از تحقیق افزایش میانگین رضایت سنجی بیمار، از (۵/۶۴)۵۹/۶۶ گروه کنترل به (۵/۰۶)۶۷/۰۶ در گروه مداخله ارتقا یافت. در بررسی جداگانه سؤالات در دو گروه، نتایج آزمون من ویتنی به‌جز سؤال "توجه سرپرستار به نیازهای بیمار" در بقیه سؤالات ارتباط معنی‌داری داشت (جدول ۳). مقایسه میانگین نمره کل رضایت پرستار، از (۷/۴۳)۸۱/۶۶ قبل از مداخله به (۵۹/۹۱)۹۳/۰۸ بعد از مداخله افزایش یافته بود؛ اما در بررسی جداگانه سؤالات قبل و بعد از مداخله، نتایج آزمون ویلکاکسون به‌جز سؤالات "اطلاعات تبادل شده در تغییر شیفت مربوط به مراقبت از بیماران من است"، "سیستم تحویل شیفت حاضر یک فرصت یادگیری برای من است"، " مراقبت دهندگان من مثل یک تیم کار می‌کردند"، "سیستم رایج تحویل شیفت یک همکاری بین پرستاران و بیماران و مراقبان آن می‌باشد"، "گزارش تحویل شیفت پرستار به پرستار به من کمک می‌کند که کارهایم را اولویت‌بندی کنم"، "پیگیری کارها ازجمله آزمایشات، مشاوره، رادیولوژی...در تحویل شیفت یادآوری شد". در بقیه سؤالات ارتباط معنی‌داری داشت (جدول ۳و۴).

جدول (۳): مقایسه میزان رضایتمندی بیماران از تحویل شیفت قبل و بعد از مداخله در دو گروه بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) کردکوی

	سؤالات	گروه کنترل (MSD)	گروه مداخله (MSD)	p Valup	آزمون
۱.	من از برنامه مراقبتی‌ام در طول روز آگاه بودم.	۵/۰۶(۰/۶۵)	۵/۵۳(۰/۵۸)	۰/۰۰۱	من ویتنی
۲.	بین اعضای تیم مراقبتی (پزشکان/پرستاران) در مورد برنامه مراقبتی من یک رابطه باز و مناسب برقرار بود.	۵/۰۲(۰/۷۸)	۵/۵۳(۰/۵۴)	۰/۰۰۴	من ویتنی
۳.	من از این‌که می‌توانستم در مورد برنامه مراقبتیم نظر بدهم و وارد برنامه شوم راضی هستم.	۴/۰۴(۱/۰۶)	۵/۴۴(۰/۶۵)	۰/۰۰۰	من ویتنی
۴.	مراقبت دهندگان من مثل یک تیم کار می‌کردند.	۵/۳۳(۰/۵۶)	۵/۵۷(۰/۴۹)	۰/۰۲۳	من ویتنی

	سؤالات	گروه کنترل (MSD)	گروه مداخله (MSD)	p Valup	آزمون
۵.	مراقبت دهندگان من با هم هماهنگ بودند.	۵/۳۱(۰/۴۶)	۵/۶۰(۰/۴۹)	۰/۰۰۶	من ویتنی
۶.	گزارشی که در مورد برنامه مراقبتی من بین مراقبت دهندگان تبادل می‌شد بر اساس اصول حرفه‌ای و محرمانه بود.	۵/۱۷(۰/۶۱)	۵/۶۰(۰/۴۹)	۰/۰۰۲	من ویتنی
۷.	سرپرستار بخش به نیازهای من توجه داشت.	۵/۲۲(۰/۹۰)	۵/۶۶(۰/۴۷)	۰/۱۱۹	من ویتنی
۸.	پرستاران به نیازهای من در طول بستری توجه داشتند.	۵/۲۶(۰/۶۵)	۵/۶۴(۰/۴۸)	۰/۰۳۶	من ویتنی
۹.	اطلاعات پرستار در مورد شرایط و درمان بیماری من کافی بود.	۵/۰۸(۰/۷۳)	۵/۶۶(۰/۴۷)	۰/۰۰۰	من ویتنی
۱۰.	اطلاعات در مورد شرایط و درمان بیماری من بر رضایتم از درمان تأثیر داشت.	۵/۲۲(۰/۵۵)	۵/۶۸(۰/۴۶)	۰/۰۰۱	من ویتنی
۱۱.	مباحث مطرح‌شده بر بالین من در زمان تحویل شیفت در مورد بیماری من بود.	۵/۲۰(۰/۵۴)	۵/۶۶(۰/۴۷)	۰/۰۰۱	من ویتنی
۱۲.	پرستاران حین تحویل شیفت برای صحبت با من زمان کافی اختصاص دادند.	۳/۷۱(۱/۴۷)	۵/۴۴(۰/۵۸)	۰/۰۰۰	من ویتنی
	نمره کل	۵۹/۶۶(۵/۶۴)	۶۷/۰۶(۵/۰۶)	۰/۰۰۰	تی مستقل

جدول (۴): مقایسه میزان رضایت پرستاران از تحویل شیفت قبل و بعد از مداخله در یک گروه بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) کردکوی

ش	سؤالات	قبل از مداخله (MSD)	بعد از مداخله (MSD)	p Valup	آزمون
۱	من از سیستم فعلی تغییر شیفت راضی هستم.	۴/۹۱(۰/۷۹)	۵/۹۱(۰/۲۸)	۰/۰۰۵	ویلکاکسون
۲	اطلاعات تبادل شده در تغییر شیفت مربوط به مراقبت از بیماران من است.	۵/۴۱(۰/۵۱)	۵/۵۸(۱/۱۶)	۰/۲۴۸	ویلکاکسون
۳	من احساس راحتی می‌کنم وقتی در طول تغییر شیفت سؤال پرسیده می‌شود.	۵/۲۵(۰/۶۲)	۵/۷۵(۰/۴۵)	۰/۰۵۸	ویلکاکسون
۴	من به‌طور فعال به گزارش بیماری که به من اختصاص ندارد گوش می‌دهم.	۵/۲۵(۱/۱۳)	۵/۹۱(۰/۲۸)	۰/۰۳	ویلکاکسون
۵	سیستم تحویل شیفت حاضر یک فرصت یادگیری برای من است.	۵/۴۱(۰/۶۶)	۵/۹۱(۰/۲۸)	۰/۰۵۸	ویلکاکسون
۶	طول تحویل شیفت استفاده مؤثر از زمان برای من است.	۴/۷۵(۰/۶۱)	۵/۶۶(۰/۴۸)	۰/۰۰۰	ویلکاکسون
۷	وضعیت بیمار با آنچه من در تحویل شیفت دریافت کردم مطابقت دارد.	۵/۱۶(۰/۷۱)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۰۲۱	ویلکاکسون
۸	سیستم رایج تحویل شیفت یک همکاری بین پرستاران و بیماران و مراقبان آن می‌باشد.	۵/۴۱(۰/۵۱)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۰۹۶	ویلکاکسون
۹	گزارش تحویل شیفت پرستار به پرستار، بیمار را در مورد مراقبت‌ها آگاه و آن‌ها را مسئولیت‌پذیر می‌سازد.	۴/۸۳(۱/۰۲)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۰۰۶	ویلکاکسون
۱۰	گزارش تحویل شیفت پرستار به پرستار در هنگام تحویل شیفت ارتباط مناسب و کافی را بین پرستاران برقرار می‌سازد.	۵/۱۶(۰/۹۵)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۰۳۵	ویلکاکسون
۱۱	گزارش تحویل شیفت پرستار به پرستار به من کمک می‌کند که کارهایم را اولویت‌بندی کنم.	۵/۵۰(۰/۵۲)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۱۰۲	ویلکاکسون

ش	سؤالات	قبل از مداخله (MSD)	بعد از مداخله (MSD)	p Valup	آزمون
۱۲	بلافاصله بعد از گزارش تحویل شیفت پرستار به پرستار قادرم که در مورد مراقبت‌های مربوط به بیمار با پزشکان ارتباط برقرار کرده و پاسخگو باشم.	۵/۰۸(۱/۱۶)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۰۲۰	ویلکاکسون
۱۳	در گزارش تحویل شیفت کارهای ازقلم‌افتاده بازخوانی می‌شود.	۵/۲۵(۰/۶۲)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۰۲۰	ویلکاکسون
۱۴	در طول تحویل شیفت اظهارنظر و طرح سؤال از سوی بیمار یا برخی از همراهان بیمار داده شد.	۴/۷۵(۱/۳۵)	۵/۸۳(۰/۳۸)	۰/۰۱۶	ویلکاکسون
۱۵	پیگیری کارها ازجمله آزمایشات، مشاوره، رادیولوژی...در تحویل شیفت یادآوری شد.	۵/۶۶(۰/۴۹)	۵/۹۱(۰/۲۸)	۰/۱۸۰	ویلکاکسون
۱۶	پرستاران حین تحویل شیفت زمانی را به بیمار و یا همراه او اختصاص می‌دهند.	۳/۸۳(۱/۶۹)	۵/۷۵(۰/۴۵)	۰/۰۰۴	ویلکاکسون
	نمره کل	۸۱/۶۶(۷/۴۳)	۹۳/۰۸(۵۹/۹۱)	۰/۰۰۲	تی زوجی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های نشان داد که مشارکت دادن بیماران در تحویل شیفت پرستاری رضایت بیماران و پرستاران را افزایش می‌دهد. مشارکت بیمار در تحویل شیفت باعث آگاه شدن بیماران از برنامه مراقبتی‌شان می‌شود و متوجه می‌شوند که پرسنل پرستاری در طول شیفت به نیازهای آن‌ها توجه دارند و همکاری بین پرسنل درمان را بهتر درک می‌کند و درنهایت افزایش آگاهی باعث افزایش رضایت بیماران شده است. مشارکت بیماران در تحویل شیفت باعث افزایش مسئولیت‌پذیری پرستاران می‌شود آن‌ها قادر می‌شوند بلافاصله بعد از تحویل شیفت در مورد مراقبت‌های مربوط به بیمار با پزشکان ارتباط برقرار کرده و پاسخگو باشند. زمان و فرصتی به بیمار می‌دهند تا او نیز در مورد برنامه مراقبتی خود اظهارنظر نماید و صرفه‌جویی در زمان و کل منجر به افزایش رضایت پرسنل پرستاری می‌شود. یافته‌ها نشان داد که تحویل شیفت با مشارکت بیمار اثر مثبت بر بیمار و پرستاران داشته است؛ که با مطالعه ماکسون و همکاران ۲۰۱۲ باهدف تعیین گزارش تحویل شیفت در بالین با مشارکت بیمار بر ایمنی و رضایت بیمار در کلینیک شهر مایو و مطالعه تیدول و همکاران ۲۰۱۱ باهدف تعیین اثر گزارش تحویل شیفت در بالین با مشارکت همراه در بخش اعصاب کودکان مفید و مطالعه ثابت سروستانی ۱۳۹۲ باهدف تعیین ارتقا فرآیند تحویل شیفت پرستاری در بخش کودکان بیمارستان نمازی شیراز (۷ و ۱۳-۱۲) هم‌خوانی داشت. سیرسون و همکاران ۲۰۰۰ باهدف معرفی تحویل شیفت در بالین بیمار با مشارکت در بخش مراقبت ویژه قلب ایلات پراستون نیز در مطالعه خود پیشنهاد کرد که تحویل شیفت با مشارکت بیمار جایگزین روش‌های سنتی و قدیمی گردد (۱۴). اندرسون و همکاران ۲۰۰۶ باهدف پیاده‌سازی فرآیند تحویل شیفت در بالین با مشارکت بیمار در مرکز پزشکی اربن نیز بیان کرد پرستاران خیلی بیشتر از قبل مداخله نسبت به روند درمانی بیماران آگاه هستند و با مشارکت بیماران میزان رضایت افزایش یافته است (۴) با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. نتایج مطالعه رینز و همکاران ۲۰۰۷ باهدف توسعه ابزار جهت گزارش تحویل شیفت در مرکز سطح یک تروما در بیمارستان اسپارتان برگ افزایش رضایت پرستاران و بیماران مشاهده شد و بیماران بیان کرده بودند بعد از انجام مداخله از برنامه مراقبتی خود بیشتر آگاهی دارند (۱۵) که با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. نتایج مطالعه کاسین ۲۰۰۳ باهدف تغییر تحویل شیفت سنتی به روش تحویل شیفت بر بالین با مشارکت بیمار نشان داد که ۹۶درصد بیماران از این فرآیند رضایت دارند و تجزیه‌وتحلیل نظرسنجی پرستاران نشان داد که کفایت فرآیند تحویل شیفت تا ۹۰درصد ارتقا یافته است. محققان بیان کردند که اجرای تغییرات در بیمارستان سخت و توان فرساست و مقاومت‌های بسیاری بر سر راه است اما مقاومت‌ها را می‌توان با ایجاد یک جو ارتباطات باز کم کرد (۱۶) با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. در مطالعه کاروزو و همکاران ۲۰۰۷ باهدف ارزیابی تحویل شیفت بر بالین با مشارکت بیمار در بخش داخلی جراحی قلب بیمارستان فونیکس، در کل پرستاران با ادامه این روش موافق نبودند و بیان کردند که صحبت کردن بر بالین بیماران سخت است. آن‌ها بیان کردند که دوست دارند در زمان تحویل شیفت مشارکت داشته باشند و نقطه نظراتی ارائه دهند اما حضور بیماران مانع این کار می‌شود. پرستاران پیشنهاد دادند که اطلاعاتی مثل تاریخچه بیماری، دستورالعمل‌ها و اطلاعات محرمانه در ایستگاه پرستاری بیان شود و سایر اطلاعات مثل ارزیابی بیمار و برنامه مراقبتی بر بالین بیمار باشد. در بررسی نظرات بیماران، برخی از بیماران از تحویل شیفت بر بالین مخالف بودند که این می‌تواند تحت تأثیر فرآیند بیماری و مکانیسم‌های سازگاری بیماران بود (۳) که با مطالعه ما هم‌خوانی نداشت. مطالعه اتوول و همکاران ۲۰۰۹

باهدف استانداردسازی گزارشات تحویل شیفت نشان داد که تغییر فرآیند، کیفیت ارائه اطلاعات را ارتقا می‌دهد و بیماران و پرستاران از این فرآیند جدید رضایت داشتند (۱۷) با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. در مطالعه برادلی ۲۰۱۴ نتایج نشان داد که بیماران مدل جدید تحویل شیفت بر بالین با مشارکت بیمار را به مدل سنتی در اتاق کنفرانس و پشت درهای بسته ترجیح می‌دهند و علت آن مشارکت بیمار در تحویل شیفت و بحث مربوط به مراقبت خود می‌باشد (۱۸). در مطالعه حاضر بین میانگین احساس راحتی پرستاران در طول تحویل شیفت قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ولی گروه مداخله نمره میانگین بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت. ولی در تحقیق مانیاس و همکاران ۲۰۰۰ با عنوان تحویل شیفت بر بالین، زوایای پنهان پرستاری، پرستاران تحویل شیفت بر بالین را نوعی ارزشیابی عملکرد توسط همکاران به‌حساب می‌آوردن و برای آن‌ها تنش آور بود (۱۹). در مطالعه حاضر بین اولویت‌بندی کارهای پرستاران قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ولی گروه مداخله نمره میانگین بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت. در مطالعه اندرسون و همکاران ۲۰۰۶ پرستاران بیان کردند که می‌توانند برنامه مراقبتی بیماران را خیلی بهتر از قبل اولویت‌بندی نمایند (۴). مطالعه روت کلمو ۲۰۰۶ با عنوان برنامه مراقبتی با تأکید اصلی بر تحویل شیفت بر بالین نشان داد اجرای مدل تبادل اطلاعات و ثبت هم‌زمان برنامه مراقبتی بر بالین بیماران به‌طور معنی‌داری رضایت پرستاران، دسترسی آن‌ها به بیماران و کفایت ثبت اطلاعات و برنامه‌ریزی مراقبتی ارتقا داده است (۲۰) با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. نتایج مطالعه مک موری و همکاران ۲۰۱۱ باهدف توصیف تجربیات بیماران از تحویل شیفت نشان داد که تحویل کنار تخت فرصتی برای بیماران به‌عنوان شرکت‌کنندگان فعال در امر مراقبتی خود شرکت کنند، بیماران می‌بینند که نقششان در حفظ دقت و صحت، ترویج امنیت و مراقبت‌های با کیفیت بالا مهم است و این باعث افزایش رضایت‌مندی بیمار می‌شود (۲۱). با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. نتیجه مطالعه مانیاس ۲۰۰۰ نشان داد که تحویل شیفت بر بالین و مشارکت بیمار باعث ایجاد همکاری و هماهنگی و بهبود ارتباطات بین پرستاران می‌شود (۱۹)؛ که با مطالعه ما هم‌خوانی داشت. گوردن و همکاران ۲۰۱۱ در مقاله مروری مداخله آموزشی بر تحویل شیفت بر بالین با مشارکت بیمار در سیستم بهداشتی نشان داد که مداخلات آموزشی باعث ارتقا فرآیند تحویل شیفت خواهد شد (۲۲). نتایج مطالعه پاین ۲۰۰۰ باهدف بهبود کیفیت اطلاعات در مورد بیماران با مشارکت بیمار در تحویل شیفت نشان داد که بررسی و رفع مشکلات در تعاملات پرستاران حین تحویل شیفت و ایجاد یک رویکرد استاندارد و متناسب، ضروری است (۲۳).

ولش و همکارش ۲۰۱۰ نتایج نشان داد که فرایند تحویل شیفت باید سازماندهی‌شده، استاندارد، متمرکز و مربوط باشد تا باعث ارتقا کیفیت مراقبت، افزایش ایمنی بیماران و تسهیل در روند درمان گردد. ارائه یک گزارش مؤثر نیاز به مهارت دارد که آموزش، تمرین، ارزشیابی و بازخورد را می‌طلبد (۲۴). مطالعه برادلی و همکاران ۲۰۱۴ نتایج نشان داد که پرستاران بیان کردند مدت‌زمان تحویل شیفت کاهش و مشارکت بیماران و رضایت آن‌ها افزایش یافته بود. این مطالعه نشان داد که استفاده از مدل لوین مناسب و پیاده‌سازی فرآیند تحویل شیفت باعث افزایش ایمنی و امنیت بیماران و صرفه اقتصادی دارد (۲۵). سلانی در سال ۲۰۱۵ مشارکت همراهان در تحویل شیفت در بخش مراقبت ویژه کودکان بیان کرد تحویل شیفت بر بالین و مشارکت خانواده کودکان به ارتقای سطح ارتباطات بهتر، ایمنی بیمار، تعامل با بیمار و خانواده و افزایش رضایت بیمار/خانواده و کارکنان می‌شود و روش سنتی تحویل شیفت بر بالین نمی‌تواند باعث ترویج ایمنی و تداوم مراقبت بیمار باشد (۲۶) تالدا و همکارانش ۲۰۱۵ در تحقیق خود بیان کردند که تغییر در گزارش تحویل شیفت باعث کیفیت ارتباطات شفاهی می‌شود. خلاصه‌سازی تحویل شیفت نه‌تنها باعث سرعت بخشیدن در تبادل ارتباطات حین تحویل شیفت است بلکه باعث بهبود ارتباطات نیز می‌شود (۲۷).

نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری نهایی از این پژوهش نشان داد که مشارکت دادن بیماران در تحویل شیفت پرستاری رضایت بیماران و پرستاران را افزایش می‌دهد. مشارکت بیمار در تحویل شیفت باعث آگاه شدن بیماران از برنامه مراقبتی‌شان می‌شود و متوجه می‌شوند که پرسنل پرستاری و سرپرستار در طول شیفت به نیازهای آن‌ها توجه دارند و همکاری بین پرسنل درمان را بهتر درک می‌کند و درنهایت درک و آگاهی باعث افزایش رضایت بیماران شده است. مشارکت و آموزش تحویل شیفت به بیماران باعث افزایش مسئولیت‌پذیری پرستاران می‌شود بلافاصله بعد از تحویل شیفت قادرند در مورد مراقبت‌های مربوط به بیمار با پزشکان ارتباط برقرار کرده و پاسخگو باشند و ارتباطات حین تحویل شیفت به‌طور بالقوه باعث کاهش خطاهای دارویی، افزایش ایمنی بیماران و در کل افزایش رضایت‌مندی پرسنل پرستاری می‌شود. جمع‌آوری داده‌ها به شیوه خود گزارش دهی از محدودیت‌های این مطالعه بود چراکه ممکن است نحوه تکمیل فرم مصاحبه تحت تأثیر عواملی مانند بی‌حوصلگی، خستگی، تحت تأثیر قرار گرفتن با نظرات سایر اعضای خانواده قرار داشته باشد. با توجه به این‌که این مطالعه فقط در یک بیمارستان و یک بخش مراقبت ویژه قلب انجام شد، پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی در موردبررسی

تأثیر مشارکت بیمار در تحویل شیفت در سایر بخش‌ها و بیمارستان انجام شود؛ و همچنین تأثیر مشارکت بیمار در تحویل شیفت بر ایمنی و کاهش خطاهای پرستاری موردبررسی قرار گیرد. همچنین استفاده از سایر روش‌های استاندارد تحویل شیفت پرستاری و مقایسه آن با این روش ما در این پژوهش، می‌تواند برای رسیدن به بهترین روش تحویل شیفت پرستاری استاندارد کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایا ن نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه و طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات پرستاری دانشکده پرستاری مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از بیماران گمنام و پرستارانی که در این مطالعه شرکت کردند قدردانی نمایند. از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان سپاسگزاری می‌شود.

References:

1. Wakefield DS, Ragan R, Brandt J, Tregnago M. Making the transition to nursing bedside shift reports. Jt Comm J Qual Patient Saf 2012;38(6): 243-53.
2. Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Chu F Y. Bedside handover: Quality improvement strategy to “transform care at the bedside. Nurs Care Quality 2009; 24(2): 136-42.
3. Caruso EM. The evolution of nurse-to-nurse bedside report on a medical-surgical cardiology unit. Medsurg Nurs 2007eb;16(1):17–22.
4- Anderson CD, Mangino RR. Nurse shift report: who says you can’t talk in front of the patient? Nurs Adm Q. 2006 Jun;30(2):112–22.
5.Gardiner WC1. Documenting JCAHO standards in assigning nursing staff. J Healthc Qual 1992;14(4): 50-3.
6. Joint Commission, National publicsafety goals. Retrieved fromhttp. (2012): //www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx.
7. Maxson PM, Derby KM, Wrobleski DM, Foss DM. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. Medsurg Nurs 2012;21(3): 140-4.
8. Etezadi T, Malekzadeh J, Mazluom SR, Tasseeri A. Nursing Handover Written Guideline Implementation: A Way to Improve Safe Performance of Nurses in Intensive Care Units. J Evidence-based care 2012; 2 (2): 7-17. (Persion)
9. Timonen L, Sihvonen M. Patient participation in bedside reporting on surgical wards. J Clin Nurs 2000; 9(4): 542-8.
10. Manias E, Geddes F, Watson B, Jones D, Della Ph. Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. J Clin Nurs 2016; 25(1-2): 80–91.
11. Bruton J, Norton C, Smyth N, Ward H, Day S. Nurse handover: patient and staff experiences. Br J Nurs 2016;25(7): 386-93.
12. Tidwell T, Edwards J, Snider E, Lindsey C, Reed A, Scroggins I, et al. A nursing pilot study on bedside reporting to promote best practice and patient/family-centered care. J Neurosci Nurs 2011;43(4):E1-5.
13. Sabet SR, Moattari M, Nikbakhat NA, Momennasab M, Yektatalab Sh. Improve the nursing handover in Children's unit namazi Shiraz Hospital. (Dissertation). Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences; 2013.
14. Searson F. Introducing bedside handovers: changing practice on a coronary care unit. Educ Action Res. 2000;8(2):291–305.
15. Raines M, Mull A. Give it to me: the development of a tool for shift change report in a level I trauma center. J Emerg Nurs 2007;33(4): 358-60.
16. Kassean HK, Jagoo ZB. managing change in the nursing handover from traditional to bedside hanhover-a case study frommaritius. BMC Nurs 2005;4(1): 1-6.
17. Athwal P, Fields W, Wagnell E. Standardization of change-of-shift report. J Nurs Care Quality 2009;24(2): 143-47.
18. Bradley S, Mott S. Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. J Clin Nurs 2014 Jul;23(13-14): 1927-36.
19. Manias E, Street A. The handover: uncovering the hidden practices of nurses. Intensive Crit Care Nurs 2000;16(6): 373-83.

20. Clemow R. Care plan as the main focus of nursing handover: information exchange model the Author. J Compilation 2006;7(5): 1463-5.
21. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. Collegian 2011;18(1): 19-26.
22. Gordon M1, Findley R. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. Med Educ 2011;45(11): 1081-9.
23. Payne J. Improving Patient Data Quality with the Implementation of the Nursing Shift Handoff Data Set for Shift Report Communication in the Intensive Care Unit Cindy Sunderman. RN, MSN (c) Duke University School of Nursing 2008.2(6): 18-22.
24. Walsh M, Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle satisfaction with nursing scale. J Adv Nurs 1999;2(29): 307-15.
25. Bradley S1, Mott S. Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. J Clin Nurs 2014;23(13-14): 1927-36.
26. Salani D. Implementation of shift report at the bedside to promote patient- and family-centered care in a pediatric critical care unit. J Nurses Prof Dev 2015;31(2): 81-6.
27. Talleda J, Hurios FF. Nurses' Safety Briefing For Patient Hand off in The ICU. Rev Enferm 2015;38(3): 48-56.

Original Article

THE EFFECT OF DELIVERY NURSING SHIFT AT BEDSIDE WITH PATIENT'S PARTNERSHIP ON PATIENTS' SATISFACTION AND NURSES' SATISFACTION , CLINICAL TRIAL, QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

Monireh Kazemi[1], Akram Sanagoo[2], Leila joubari[3], MohammadAli Vakili[4]

Received: 17 Apr, 2016; Accepted: 14 June, 2016

Abstract

***Background & Aims*:** Shift-to-Shift Handoff is a strong tool for transferring information about patients' status and their caring plans. Any disruption of this process can be a precursor to serious error, poor communication in work environment. Bedside shift-to-shift hand off with patient's cooperation allows the nurses to see and patient, ask questions of the patient and previous nurse and receive instant feedback on questions. This study aimed to determine the impact of bedside nurse-to nurse hand off with patients' cooperation on patients and nurses' satisfaction.

***Materials & Methods*:** In this clinical trial, quasi-experimental study in 2015, 90 patients and 12 nurses of Intensive Care Unit of Amir-al-Momenin Hospital affiliated to Golestan University of Medical Sciences were participated. The sampling methods for patients and nurses were census respectively. Patients and nurses' satisfaction before and after the intervention (shift-to-shift hand off with patients partnership), were evaluated by valid and reliable self-designed patients and nurses' satisfaction's questionnaires.

***Results*:** The mean and standard deviation of total score of patients' satisfaction before and after the intervention were 59.66±5.64 and 67.06 ± 5.06 respectively (P<0.001). The mean of nurses' satisfaction from 81.66±7.43 (before intervention) increased to 93.08± 59.91 after intervention (P<0.002). In both groups revealed a significant difference.

***Conclusion*:** Shift-to-shift hand off with patients' participation increased the patients and nurses' satisfaction.

Keywords: Shift-to-shift hand off, partnership, nurse, patient, satisfaction

Address: Nursing Research Center, Golestan University Of Medical Sciences Shastkola, Gorgan Iran
Tel: (+98) 17324303534
Email: Sanagoo@goums.ac.ir

[1] MS Student of Critical Care Nursing, School of Nursing & Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[2] Associate Professor, Medical Education Development Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran (Corresponding Author)
[3] PhD in nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences , Gorgan, Iran
[4] PhD of Biostatistician, Associate Professor, medical School , Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran