

The effect of using SBAR model in shift handover on patient and nurse satisfaction in the emergency department

Leyla Abdollahi ¹ , Parisa Sheini-Jaberi ² , Dariush Rokhafrooz ^{3*} 

¹ MS.c Student, Nursing & midwifery school, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

² Lecturer, Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz Iran.

³ Assistant Professor, Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Dariush Rokhafrooz
e-mail addresses:
rokhafroz@ajums.ac.ir

Received: 17/Nov/2021
Modified: 13/Mar/2022
Accepted: 16/Mar/2022
Available online: 23/May/2022

Keywords:

SBAR model
shift handover
nurse
patient
satisfaction
emergency department

ABSTRACT

Introduction: One of the communication models that improves communication between the care team, reduces errors, and increases the quality of care is the SBAR method. The aim of this paper was to determine the effect of using the SBAR model in shift handover on patient and nurse satisfaction.

Methods: This quasi-experimental study was conducted in the emergency department of Golestan Hospital in Ahvaz, 2020. According to the statistical formula, 70 shift handover positions (in control and experimental groups) were selected based on inclusion criteria. First, the control group was randomly selected and, after training the SBAR model, the experimental group was randomly selected. Shift handover was performed routinely in the control group, but it was based on the SBAR model in the test group. Data were collected using demographic, nurse, and patient satisfaction questionnaires and a researcher-made shift handover checklist. Data were analyzed by an independent t-test, a paired t-test, and a chi-2.

Results: The findings showed that there was no statistically significant difference between the two groups of patients in terms of age, length of hospital stays, gender, marriage, employment, education, and type of disease ($p < 0.05$). The results of the paired t-test showed that nurses' satisfaction increased significantly after the intervention. Furthermore, the satisfaction of patients in the experimental group was significantly higher than that of the control group.

Conclusion: The present study showed the importance of standardizing the shift handover process. It is possible to increase the quality of care and increase the satisfaction of nurses and patients by training and using the SBAR method in shift handover.

تأثیر به‌کارگیری مدل اس بار در تحویل شیفت بر رضایتمندی بیمار و پرستار در بخش اورژانس

لیلا عبدالهی^۱، پرینا شینی جابری^۲، داریوش رخ افروز^{۳*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران.

^۲ مربی، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

اطلاعات مقاله

نویسنده مسئول:

داریوش رخ افروز

رایانامه:

rokhafroz@ajums.ac.ir

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۲۶

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

واژه‌های کلیدی:

مدل SBAR

تحویل شیفت

رضایتمندی

بیمار

پرستار

بخش اورژانس

چکیده

مقدمه: یکی از مدل‌های ارتباطی جهت بهبود ارتباط میان تیم مراقبتی، کاهش خطا و افزایش کیفیت مراقبت استفاده از روش SBAR (وضعیت، تاریخچه، ارزیابی و توصیه) است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت، در بخش اورژانس بر رضایتمندی بیمار و پرستار انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کاربردی به روش نیمه تجربی بود که در بخش اورژانس بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۹۹ انجام شد. طبق فرمول آماری، ۷۰ موقعیت تحویل شیفت (در دو گروه شاهد و آزمون) بر اساس معیارهای ورود انتخاب شد. ابتدا نمونه‌گیری گروه شاهد به روش تصادفی صورت گرفت و پس از آموزش مدل SBAR، نمونه‌گیری گروه آزمون نیز انجام شد. تحویل شیفت در گروه شاهد به صورت معمول و در گروه آزمون بر اساس SBAR اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، رضایتمندی پرستاران و چک‌لیست محقق ساخته ارزیابی تحویل شیفت، جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های T مستقل، T زوجی و کای دو تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه بیماران از نظر متغیرهای سن، مدت بستری در بخش، جنسیت، تأهل، اشتغال، تحصیلات و نوع بیماری وجود نداشت ($P > 0.05$). نتیجه آزمون T زوجی نشان داد رضایت پرستاران بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است ($P = 0.002$). همچنین، رضایت بیماران گروه آزمون به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر اهمیت استاندارد شدن فرآیند تحویل شیفت را نشان داد. می‌توان با آموزش و استفاده از روش SBAR در تحویل شیفت، به افزایش رضایتمندی پرستاران و بیماران دست یافت.

فوریت پزشکی و پرستاران بخش اورژانس از دستورالعمل‌های موجود در زمینه تحویل شیفت است. یکی از عوامل خطر که منجر به اختلال ارتباطات در فرایند مراقبت می‌شود مربوط به فقدان رویه‌های استاندارد در انجام موفقیت‌آمیز انتقال اطلاعات است. [۱۱] شیوه‌های تحویل بیمار بین پرستاران همواره در حال تغییر بوده و با استفاده از روش‌هایی مانند تحویل چهره به چهره، استفاده از ضبط صوت و کامپیوتر صورت می‌گیرد. با این حال این روش‌ها عمدتاً در ایستگاه پرستاری یا اتاق کنفرانس و به دور از بالین بیمار و مشارکت وی صورت می‌گیرد. [۶] این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد با تحویل شیفت بر بالین بیمار، می‌توان مانع از سقوط بیمار، [۱۲] زمان ترخیص [۱۳] و هزینه‌های اضافی [۱۴] و در عین حال افزایش همکاری تیمی را افزایش شد. [۱۳، ۱۴] اکثر عوارض جانبی قابل اجتناب در تحویل شیفت به علت عدم ارتباط مؤثر و در نتیجه سوءتعبیر و ارائه اطلاعات نادرست، از قلم افتاده یا گمراه‌کننده است. [۱۵] ارتباط با بیمار از جهت بررسی مشکلات و نگرانی‌های آنان، یکی از جنبه‌های مهم مراقبت پرستاری است و بسیاری از وظایف پرستاران نظیر مراقبت‌های جسمی و حمایت روحی بدون ارتباط امکان‌پذیر نیست. [۱۶] SBAR یکی از مدل‌های ارتباطی است که کمیسیون مشترک مرکزی (کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی سابق) در آمریکا به منظور تسهیل گفتگو بین اعضای تیم مراقبت سلامت، بهبود ارتباطات، کاهش خطا و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت پیشنهاد کرده است و شامل وضعیت فعلی بیمار ((Situation (S)، سوابق بیمار ((B) و ((Background)، ارزیابی بیمار ((Assessment (A) و توصیه ((Recommendation (R) است. [۱۷] این مدل به عنوان ابزاری استاندارد برای برقراری ارتباط مؤثر در هنگام تحویل بیمار در زمان تحویل شیفت است. [۱۸] مطالعه بقایی و همکاری [۷] نشان داد انتقال اطلاعات و نیازهای مراقبتی بیمار در چارچوب یک راهنمای استاندارد تحویل نوبت‌کاری مانند مدل SBAR موجب بهبود دیدگاه بیماران در بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری می‌شود. آچرکار و

اورژانس یکی از مهم‌ترین بخش‌های بیمارستانی است. فرآیند انتقال در بخش اورژانس شامل تغییراتی در تیم مراقبت‌های بهداشتی و مکان فیزیکی بیمار است. [۱] فرآیند انتقال در اورژانس به دلیل شرایط مراقبت حاد و رویدادهای آسیب‌پذیر احتمالی [۲] اغلب دارای وقفه‌های مکرر، شکست در ارتباطات و از دست دادن داده‌های حیاتی است. [۳] همچنین، حجم کار بسیار بالای کارکنان اورژانس و اهمیت زمان در مورد بیماران، عدم به‌کارگیری روشی جهت اولویت‌بندی کارها و مراقبت‌های پرستاری [۴] می‌تواند باعث خطاهای پزشکی، تأخیر در مراقبت و رسیدگی به بیماران شود. [۳] در همین راستا، یکی از چالش‌های منحصربه‌فرد پرستاران می‌تواند به اطلاعات بالینی، پیچیدگی، تنوع و تعداد داده‌ها جهت انجام انواع فعالیت‌های پرستاری اشاره کرد. [۵] تحویل شیفت فرآیندی است که ارائه اطلاعات و مسئولیت مراقبت از بیمار در پایان شیفت کاری از تحویل‌دهندگان به تحویل‌گیرندگان تیم مراقبت سلامت ارائه می‌شود. [۶، ۷] این امر برای ایجاد اطمینان از تداوم مراقبت است که اطلاعات مربوط به بیمار مانند تشخیص بیماری، وضعیت همودینامیک و برنامه مراقبتی را در زمان تغییر شیفت به سایر پرستاران انتقال می‌دهد. [۸] روش استاندارد تحویل بیمار شامل آموزش مدل‌های ارتباطی به کارکنان مراقبتی و پیروی از این مدل‌ها در ارتباطات حرفه‌ای است. [۷] با این حال، تحویل شیفت کاری به عنوان فرآیند کلیشه‌ای و قدیمی باقی‌مانده است و تمام اطلاعات موردنیاز را منتقل نمی‌کند که همین امر منجر به حوادث ناگوار می‌گردد. [۶] از جمله این حوادث می‌توان به خطاهای دارویی ناشی از مشکلات ارتباط کلامی و نوشتاری در طی تحویل نوبت‌کاری اشاره کرد. [۹] در ایران، تغییر شیفت بر اساس پروتکل جامع و یکپارچه عمل نمی‌شود؛ بلکه انتقال اطلاعات معمولاً شفاهی و با استفاده از کاردکس انجام می‌شود. آنچه در کاردکس ثبت می‌شود، لزوماً اولویت‌های مراقبتی بیمار را دربر نمی‌گیرد. مطالعه صالحی و همکاران [۱۰] نشان داد که بیشترین مشکل در فرایند تحویل بیمار مربوط به آگاهی ناکافی تکنسین‌های

شد. با توجه به احتمال ریزش ۱۰ درصدی، ۳۵ موقعیت (گروه شاهد) قبل و ۳۵ موقعیت تحویل شیفت (گروه آزمون) بعد از اجرای مدل SBAR تعیین شد.

$$n = \frac{2S^2(Z_1 + Z_2)^2}{d^2} = \frac{2S^2(1.96 + 0.84)^2}{0.49S^2} = 32$$

ابتدا نمونه‌های گروه شاهد و پس از آموزش مدل SBAR، نمونه‌های گروه آزمون انتخاب شدند. جهت انتخاب موقعیت‌های تحویل شیفت در هر گروه از روش تصادفی ساده استفاده شد. معیارهای ورود بیماران به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، هوشیاری، نداشتن وضعیت وخیم، شدت درد متوسط به پایین بر اساس معیار دیداری درد ((Visual Analogue Scale (VAS) و حضور بیمار حداقل در یک نوبت تعویض شیفت و معیارهای ورود پرستاران شامل سابقه کار در بخش اورژانس حداقل به مدت شش ماه بود. معیارهای خروج از مطالعه برای بیماران، شامل همکاری نکردن، وخامت حال، انصراف از مطالعه، فوت یا انتقال بیمار به بیمارستان دیگر حین مطالعه بود. همچنین، معیار خروج برای پرستاران عدم همکاری یا انصراف از مطالعه بود. پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، پژوهشگر به محیط پژوهش رفته و پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و توضیح روند پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، به انجام مداخله پرداخت. نخست، برای عادی شدن حضور پژوهشگر در بخش به عنوان عضوی از گروه و حذف اثر آن بر رفتار پرستاران، پژوهشگر به مدت یک هفته در بخش حضور داشت. پس از آن، برای انتخاب نمونه‌های گروه شاهد، پژوهشگر ۳۰ دقیقه قبل از تحویل شیفت‌های صبح، عصر و شب در بخش حضور یافت و فهرستی از موقعیت‌های واجد شرایط در هر شیفت کاری تهیه شد. سپس، به صورت تصادفی ساده ۳۵ موقعیت انتخاب شدند. ابزارهای رضایتمندی پرستاران در پایان شیفت و رضایتمندی بیماران حاضر در موقعیت تحویل شیفت هنگام ترخیص یا انتقال به بخش توسط آنان تکمیل گردید. در مرحله بعدی مطالعه، دوره آموزشی تحویل شیفت بر اساس

همکاران [۱۱] نیز بیان داشتند روش SBAR به پرستاران کمک می‌کند تا ارتباطی متمرکز و آسان در طول انتقال مراقبت در حین تحویل شیفت داشته باشند. رضایت شغلی یکی از عواملی است که می‌تواند نیروی محرکه‌ای در بهبود مهارت‌های کاری، کیفیت ارتباطات و مراقبت‌های پرستاری باشد. [۱۹] رضایت شغلی پرستاران موضوع بسیار مهمی برای سازمان‌های مراقبتی-بهداشتی و ذینفعان است؛ زیرا پرستاران بزرگ‌ترین گروه از متخصصان حرفه‌ای در نظام سلامت هستند. [۲۰] مطالعات نشان می‌دهند که بهبود رضایت آن‌ها باید جزو هدف کلیدی در مواجهه با چالش‌های مربوط به دستیابی و حفظ استانداردهای کیفیت، اطمینان از رضایت بیمار و حفظ کارکنان باشد. [۲۰، ۲۱] رضایت بیمار به مفهوم ادراک شخصی ذهنی از خدمات بهداشتی دریافتی است و اندازه‌گیری و بهبود آن برای حفظ سیستم مراقبت بهداشتی موفق و با کیفیت بالا ضروری است. رضایت بیمار عمدتاً با رویکرد بیمار محوری حاصل می‌شود که بر درک صحیح و مشارکت دادن وی در مراقبت ارائه‌شده تمرکز دارد. [۲۲] این در حالی است که اغلب اولین تجربه بیماران به بخش اورژانس مربوط می‌شود. [۲۳] بنابراین، ارتباط صحیح پرستاران و بیماران به عنوان فرآیند میان‌فردی، می‌تواند در رضایتمندی بیمار مؤثر باشد و مشارکت صحیح بیمار در تحویل شیفت می‌تواند ارتباط درمانی را بهبود بخشد. [۱۴] با توجه به اهمیت برقراری ارتباط در فرآیند درمان و کیفیت مراقبت از بیماران در بخش اورژانس، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل SBAR در تحویل شیفت بر رضایتمندی بیمار و پرستار صورت گرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی بود که در بخش اورژانس بیمارستان گلستان شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام موقعیت‌های تحویل شیفت پرستاری بود که بر اساس فرمول زیر، نمونه‌های پژوهش شامل ۳۲ موقعیت تحویل شیفت در بخش اورژانس‌های داخلی، جراحی و قلب در هر گروه محاسبه

پرستاری مربوط به بیمار و بیماری، نحوه تحویل شیفت و نوع همکاری با پرستاران و مشارکت در ارائه اطلاعات درمانی به تیم درمان) در مدت ۱۵ دقیقه ارائه گردید. برای اطمینان از اجرای تحویل شیفت با مشارکت بیمار، هر پرستار سه بار در نوبت‌های کاری جداگانه از طریق چک‌لیست ارزیابی تحویل شیفت پرستاری ارزیابی شد. صلاحیت پرستارانی برای اجرای تحویل شیفت تأیید شد که ۸۰ درصد نمره چک‌لیست ارزیابی را کسب کرده بودند. برای پرستارانی که نمره لازم را کسب نکردند، مجدداً سه روز متوالی آموزش عملی ارائه شد. پس از اطمینان از اجرای مدل SBAR، تحویل شیفت به شیوه SBAR به مدت یک ماه در بخش‌های مذکور انجام شد. یک هفته برای عادی شدن حضور پژوهشگر در بخش به عنوان عضوی از گروه و حذف اثر آن بر رفتار پرستاران مدنظر قرار گرفت. سپس، یک ساعت قبل از زمان تعویض شیفت پژوهشگر در محیط پژوهش حاضر شد و همانند پیش‌آزمون، ۳۵ موقعیت تحویل شیفت به عنوان گروه مداخله به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی بیماران (سن، جنسیت، تحصیلات، نوع بیماری، مدت بستری) و پرستاران (سن، جنسیت، تأهل، تحصیلات، مدت سابقه در بخش اورژانس، سابقه کار در بیمارستان)، چک‌لیست ارزیابی تحویل شیفت، پرسشنامه‌های رضایتمندی بیماران و پرستاران بود که توسط این دو گروه تکمیل گردید. چک‌لیست ارزیابی تحویل شیفت، یک ابزار محقق ساخته بر اساس مدل SBAR و دارای چهار حیطه (وضعیت، پس‌زمینه، بررسی و توصیه) بود. ابزارهای رضایتمندی بیمار و پرستار برگرفته از مطالعه کاظمی [۸] بود که در مطالعه حاضر بکار گرفته شد. این ابزار رضایتمندی بیمار از تحویل شیفت را در ارتباط با ارائه مراقبت، ارتباط تیم درمانی و مشارکت بیمار در تحویل شیفت اندازه‌گیری می‌کند که شامل ۱۲ سؤال با مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً موافق (نمره شش) تا کاملاً مخالف (نمره یک) است. دامنه نمره کلی ابزار ۷۲-۱۲ است و هرچه نمره افراد بیشتر باشد، میزان رضایتمندی نیز بیشتر است. پرسشنامه رضایتمندی پرستار از تحویل شیفت شامل

مدل SBAR که شامل جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در دو روز مجزا (حضور پرستاران در زمان غیرکاری) در سالن کنفرانس و سپس آموزش عملی سه جلسه بر بالین بیمار (تحویل شیفت به شیوه SBAR با هدایت و نظارت پژوهشگر) برای پرستاران شاغل در اورژانس برگزار شد. آموزش مباحث تئوری به شیوه سخنرانی به همراه پرسش و پاسخ با ارائه اسلاید و پمفلت انجام شد. محتوای آموزشی مدل SBAR برای پرستاران بدین شرح بود:

- وضعیت فعلی بیمار (S): ابتدا فرد نام و بخش خود و نام بیمار و شماره اتاق / تخت را ذکر می‌کند. پرستار مختصری از مسئله و مشکل را بیان می‌کند.

- سوابق بیمار (B): اطلاعاتی که به وضعیت کنونی بیمار مرتبط است مانند علت و تاریخ پذیرش، سابقه پزشکی، مختصری از کارهای انجام‌شده (به ترتیب)، فهرستی از داروهای تجویز شده، آلرژی و حساسیت‌ها، نتایج آزمایشگاهی مهم، آخرین علائم و یافته‌های مهم بالینی بیمار بیان می‌شوند.

- ارزیابی بیمار (A): این قسمت مربوط می‌شود به آنچه که پرستار فکر می‌کند در حال وقوع است. کدام یک از سیستم‌های بدن دچار اختلال شده و شدت آن به چه میزان است؟ پرستار نتایج حاصل از ارزیابی بالینی را با فرد مقابل تشریح مساعی می‌کند؛ چه چیزی باید بیشتر تحلیل شود و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می‌کند؟

- توصیه به آنچه نیاز به تکمیل دارد (R): پرستار بیان می‌کند دنبال چه چیزی هست؟ می‌خواهد برای این بیمار چه اقدامی؟ و چه موقع انجام دهد؟ پرستار برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه نیازی به فرد مقابل دارد؟ توصیه‌ها می‌توانند شامل مواردی مانند انتقال بیمار، تغییر درمان، آمدن فوری بر بالین بیمار، صحبت با بیمار یا خانواده وی در مورد موضوع خاص، تقاضای انجام مشاوره توسط پزشک، سایر پیشنهادها شامل بررسی گازهای خون شریانی، شمارش کامل سلول‌های خونی، الکتروکاردیوگرام، گرافی قفسه سینه باشد.

جهت مشارکت بیمار در تحویل شیفت، یک ساعت قبل از تحویل شیفت، آموزش‌ها به صورت چهره به چهره به بیمار و همراه وی (آموزش‌هایی به زبان ساده درباره خدمات

موقعیت‌ها را ارزیابی کردند و پایایی هم‌ارز ۸۵ درصد به دست آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. نرمال بودن متغیرهای کمی با استفاده از آزمون شاپرو ویلک (Shapiro-Wilk Test) بررسی شد. جهت مقایسه متغیرهای کیفی بین دو گروه، از آزمون کای دو، برای مقایسه میانگین رضایتمندی بین دو گروه بیماران از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه قبل و بعد میانگین رضایتمندی پرستاران از آزمون تی زوجی استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پس از بررسی ۷۰ موقعیت تحویل شیفت در دو گروه شاهد و آزمون، در مجموع ۳۵ پرستار و ۷۰ بیمار شرکت داشتند. مطابق با جدول یک، از مجموع ۳۵ پرستار شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۸ نفر زن (۸۰ درصد) بودند. میانگین سنی این افراد 51.7 ± 3.4 سال و مدت سابقه کار در بخش اورژانس 17.7 ± 3.3 سال بود.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی پرستاران

متغیرهای کمی		انحراف معیار+میانگین
سن (سال)		51.7 ± 3.4
مدت سابقه کار در بخش کنونی (سال)		17.7 ± 3.3
مدت سابقه کار در بیمارستان (سال)		20.2 ± 4.3
متغیرهای کیفی		فراوانی (درصد)
جنسیت	زن	۲۸ (۸۰)
	مرد	۷ (۲۰)
تحصیلات	لیسانس	۳۰ (۸۰/۷)
	فوق‌لیسانس	۵ (۱۴/۳)
تأهل	مجرد	۱۵ (۴۲/۹)
	متأهل	۲۰ (۵۷/۱)

مطابق جدول دو، نتایج آزمون T مستقل نشان داد بین دو گروه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش از نظر متغیر سن ($P=0.43$) و مدت بستری ($P=0.44$) تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. همچنین، آزمون کای دو نشان داد تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر متغیرهای جنسیت، تأهل، اشتغال، تحصیلات و نوع بیماری وجود

۱۶ سؤال با مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً موافق (نمره شش) تا کاملاً مخالف (نمره یک) بود. دامنه نمره کلی این مقیاس بین ۹۶-۱۶ می‌باشد و هرچه نمره افراد بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان رضایت بیشتر است. روش روایی محتوا با استفاده از نظرات ۱۲ تن از اعضای هیئت‌علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی جندی‌شاپور اهواز تأیید شد. در مطالعه حاضر پرسشنامه رضایت بیمار و رضایت پرستار در ۱۰ موقعیت تحویل شیفت توسط ۱۰ پرستار و ۱۰ بیمار تکمیل شد و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه بیماران ۸۰ و پرسشنامه پرستاران ۹۰ درصد محاسبه شد. پژوهشگران چک‌لیست ارزیابی تحویل شیفت را جهت سنجش اعمال صحیح در حین تحویل شیفت پرستاران به شیوه SBAR طراحی کردند. معیار کسب نمره ۸۰ درصد از چک‌لیست بود. به افرادی که نمره کمتر از ۸۰ درصد کسب کردند، مجدد آموزش داده شد. بنابراین، میزان مطابقت همه موقعیت‌های تحویل شیفت به شیوه SBAR بالای ۸۰ بوده است. مطابق با اهداف پژوهش، رضایتمندی پرستاران و بیماران بررسی شد، این چک‌لیست دارای مواردی از قبیل نحوه شناسایی بیمار، بررسی و بیان حساسیت و آلرژی، علائم حیاتی، درد، آزمایش‌ها، مهم‌ترین نکات درمانی، داروهای مصرفی، وضعیت تغذیه‌ای و دفعی، لوله‌ها و اتصالات، خطر سقوط، اقدامات انجام‌شده برای بیمار و توصیه‌ها بود که باید به پرستاران ارائه می‌شد. این چک‌لیست دارای ۲۰ سؤال با مقیاس سه‌گزینه‌ای (شامل انجام ندادن (نمره صفر)، ناقص انجام دادن (نمره یک) و کامل انجام دادن (نمره دو)) بود. روایی این چک‌لیست به روش صوری انجام شد. ابتدا چک‌لیست با استفاده از منابع معتبر (عمدتاً چک‌لیست‌های ابلاغی وزارت بهداشت) طراحی و توسط ۱۰ تن از اعضای هیئت‌علمی گروه پرستاری تأیید شد. جهت پایایی، چک‌لیست در ۱۰ موقعیت تحویل شیفت استفاده شد و میزان آلفای کرونباخ ۸۷ درصد به دست آمد. جهت افزایش اعتبار چک‌لیست از روش هم‌ارز نیز استفاده شد. بدین صورت که در ۱۰ موقعیت یکسان دو نفر پرستار به صورت هم‌زمان

ندارد ($P > 0.05$). میانگین و انحراف معیار رضایت پرستاران قبل از مداخله $31/4 \pm 5/36$ بود؛ اما پس از مداخله این میزان به $33/5 \pm 5/33$ افزایش یافت. آزمون تی زوجی نشان داد

میان میانگین نمره رضایت پرستاران قبل و بعد از اجرای مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P = 0.002$).

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی بیماران شرکت کننده در دو گروه آزمون و شاهد

P-value	گروه شاهد (۳۵ نفر)		گروه آزمون (۳۵ نفر)		متغیر
	انحراف معیار+میانگین		انحراف معیار+میانگین		کمی
۰/۴۳	۴۵/۱ ± ۱۴/۶۶		۴۸/۱ ± ۱۷/۴۰		سن (سال)
۰/۴۴	۱/۶۰ ± ۱/۶۶		۱/۸۰ ± ۱/۷۹		مدت بستری (روز)
P-value	فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		کیفی
۰/۶۲	۱۵ (۴۲/۹)		۱۲ (۳۴/۳)		زن
	۲۰ (۵۷/۱)		۲۳ (۶۵/۷)		مرد
۰/۷۳	۴ (۱۱/۴)		۶ (۱۷/۱)		مجرد
	۳۱ (۸۸/۶)		۲۹ (۸۲/۹)		متاهل
۰/۸۵	۴ (۱۱/۴)		۷ (۲۰)		بیکار
	۳ (۸/۶)		۲ (۵/۷)		محصل
	۱۱ (۳۱/۴)		۱۰ (۲۸/۶)		شاغل
	۴ (۱۱/۴)		۵ (۱۴/۳۳)		بازنشسته
	۱۳ (۳۷/۱)		۱۱ (۳۱/۴)		خانه‌دار
۰/۵۵	۱۹ (۵۴/۳)		۱۸ (۵۱/۴)		زیر دیپلم
	۱۳ (۳۷/۱)		۱۱ (۳۱/۴)		دیپلم
	۳ (۸/۶)		۶ (۱۷/۱)		فوق دیپلم و بالاتر
۰/۸۷	۶ (۱۷/۱)		۵ (۱۴/۳)		بیماری قلبی
	۱۴ (۴۰)		۱۲ (۳۴/۴)		بیماری تنفسی
	۸ (۲۲/۹)		۷ (۲۰)		بیماری گوارشی
	۳ (۸/۶)		۵ (۱۴/۳۳)		مغز و اعصاب
	۴ (۱۱/۴)		۶ (۱۷/۱)		حوادث و سوانح

مطابق جدول سه، آزمون T مستقل نشان داد قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر میانگین و انحراف معیار رضایت بیماران وجود ندارد ($P = 0.68$)؛ اما بعد از مداخله میانگین نمره رضایت بیماران گروه آزمون در

مقایسه با گروه شاهد افزایش معناداری گزارش شد ($P < 0.0001$). در گروه آزمون میانگین و انحراف معیار رضایت بیماران بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش آماری معناداری داشت ($P < 0.0001$) اما در گروه شاهد این مورد معنی‌دار نبود ($P = 0.31$).

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار رضایت بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد

P value	گروه شاهد (۳۵ نفر)		گروه آزمون (۳۵ نفر)		متغیر / گروه
	انحراف معیار+میانگین		انحراف معیار+میانگین		
۰/۶۸	۲۲/۸ ± ۸/۴۲		۲۳/۶ ± ۸/۳۳		قبل از مداخله
< ۰/۰۰۰۱	۲۳/۱ ± ۷/۹۷		۳۱/۴ ± ۸/۴۸		بعد از مداخله
-----	۰/۳۱		< ۰/۰۰۰۱		P-value

موجب افزایش رضایتمندی پرستاران شده است. مطالعات دالکی و همکاران [۲۸] در کشور اردن نشان داد روش SBAR موجب افزایش ارتباطات بین پرستاران و رضایت شغلی آنها شده است. همچنین، یافته‌های مطالعه آبالا و وکسیچ [۲۹] نشان داد فرآیند تحویل شیفت سازمان یافته و استفاده از ابزار SBAR توانست میزان رضایت پرستاران را از ۳۴ درصد به ۴۱ درصد بهبود بخشد. برخی از مطالعات نشان دادند که نقص ارتباط در موقع تحویل شیفت از علل عمده خطاهای پرستاری بوده است. مدل SBAR برخلاف روش رایج، می‌تواند موجب بهبود کیفیت تحویل شیفت، کاهش خطاها و بهبود کیفیت خدمات پرستاری شود. [۷، ۲۶] روهومائولی و همکاران [۳۰] در مطالعه خود گزارش کردند که ۵۴/۴ درصد از پرستاران شرکت کننده در پژوهش، روش SBAR را به عنوان بهترین روش در تحویل شیفت خود بیان کرده‌اند. در مطالعه حاضر نتایج نشان داد استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت، بر رضایتمندی بیماران مؤثر بوده است. در این راستا نتایج مطالعه کاظمی و همکاران [۸] نشان داد که آموزش مشارکت بیمار در تحویل شیفت موجب افزایش رضایتمندی بیماران شده است به طوری که میانگین نمره ابزار رضایتمندی بیماران از ۵۹/۶ به ۶۷ درصد افزایش یافته است. قوش و همکاران [۳۱] نیز در مطالعه خود گزارش دادند انجام تحویل شیفت بر بالین بیمار به شیوه SBAR موجب رضایتمندی بیمار می‌شود؛ که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. مطالعه بقایی و همکاران [۷] با هدف تأثیر استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت کاری بر بُعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمره بُعد ارتباطی قبل از استفاده از مدل SBAR، ۱۹ بود که بعد از مداخله به ۲۶ افزایش یافت. در این مطالعه به این مطلب اشاره شده که انتقال اطلاعات و نیازهای مراقبتی بیمار در قالب راهنمای استاندارد تحویل نوبت کاری مانند مدل SBAR بر دیدگاه بیماران نسبت به بُعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری مؤثر بوده است. رضایتمندی بیمار به عنوان شاخص کیفیت مراقبت‌های

بر اساس اهداف پژوهش، یافته‌های مطالعه نشان داد که اجرای مدل SBAR در تحویل شیفت باعث افزایش رضایتمندی پرستاران و بیماران نسبت به روش معمول می‌شود. SBAR تأثیر تشویقی بر بهبود ارتباطات بین پرستاران و افزایش رضایت شغلی آنها دارد. بنابراین، استفاده از چنین ابزار استاندارد شده منجر به حفظ و اطمینان روابط خوب بین کارکنان می‌شود. در واقع این مدل، روش ساختاریافته‌ای برای ارتباط مشترک بین ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، ساده کردن تبادل اطلاعات و ارتقای ایمنی بیمار ارائه می‌دهد. [۲۴] به طوری که مطالعه کارمیلا و همکاران [۱۹] نشان داد مهم‌ترین عامل مؤثر بر رضایت پرستار، ارتباط در حین تحویل شیفت در بالین است. کمپل و دونتجه [۲۵] نیز در مطالعه خود گزارش کردند تحویل شیفت بر بالین بیمار به روش SBAR برای پرستاران آسان بوده و مانع از تخریب اطلاعات بیمار می‌شود. مولر و همکاران [۲۶] در مطالعه خود نشان دادند SBAR به عنوان روش ارتباطی مؤثر در نظر گرفته می‌شود که ایمنی بیمار را افزایش می‌دهد و در حال حاضر "بهترین روش" برای ارائه اطلاعات در شرایط بحرانی است. بیمارستان‌ها مکانی هستند که روش‌های مختلف ارتباطی بین افراد در آنها صورت می‌گیرد. تعداد زیادی از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از هر بیمار در طول دوره درمانی وی مراقبت می‌کنند و باید هر کدام از کارکنان درمانی که به هر بیمار ارائه خدمت می‌کند، اطلاعات دقیق و به‌روز را در اختیار سایر مراقبان قرار دهد. [۲۷] با تحویل شیفت بر بالین بیمار و با مشارکت وی، این امکان فراهم می‌آید که پرستار، بیمار را از نظر ظاهری بررسی کند و از پرستار قبلی و بیمار سؤالات خود را بپرسد؛ که این سبب ایجاد ارتباط مؤثر بین پرستاران در جریان تعویض شیفت می‌گردد. در این راستا نتایج مطالعه کاظمی و همکاران [۸] با هدف تعیین تأثیر تحویل شیفت پرستاری با مشارکت بیمار بر رضایت بیمار و پرستار نشان داد که آموزش مشارکت به بیمار در تحویل شیفت در بدو پذیرش و طی ۲۴ ساعت اول بستری

مراقبتی در طول شیفت و ایمنی بیمار انجام شود. یکی از نقاط قوت این مطالعه، مشارکت دادن بیمار در تحویل شیفت بود که نتایج نیز بیانگر رضایتمندی بیمار، به عنوان شاخص مهم کیفیت خدمات مراقبتی-درمانی بود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه تکمیل پرسشنامه به روش خودگزارش دهی بود که ممکن است در صحت نتایج تأثیرگذار باشد چون در این مطالعات شرط بر صداقت فرد است.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان بررسی تأثیر استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت، بر رضایتمندی بیمار و پرستار، در مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور، در سال ۱۳۹۸ با کد اخلاق به شماره IR.AJUMS.REC.1398.878 اخذ شده از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز است.

حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ایران با شماره طرح -NCRCCD 9839 انجام شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند که تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از کلیه افرادی که در این مطالعه همکاری نمودند به ویژه پرستاران بخش اورژانس بیمارستان "گلستان" شهر "اهواز" تشکر و قدردانی می‌شود.

بهداشتی در نظر گرفته می‌شود که حتی در بحث اقتصاد سلامت و بازاریابی سلامت از مؤلفه‌های اصلی مدیریت کیفیت ذکر شده است و اگر رضایتمندی آنان مورد توجه قرار نگیرد، بیماران مرکز بهداشتی درمانی خود را تغییر می‌دهند. [۳۲،۳۳] بنابراین، لازم است این مقوله توسط پرستاران و سایر کادر درمانی بیشتر مورد توجه قرار گیرد. مطالعه بلوم [۳۴] با هدف ارزیابی تجارب متخصصان مراقبت بهداشتی شاغل در بیمارستان انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بکارگیری روش SBAR زمینه را برای افزایش ارتباط شفاهی بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران فراهم می‌نماید. همچنین، یکی از پیامدهای این مدل، ایجاد ساختار مناسبی برای گزارش دهی از وضعیت بیماران و تسهیل ایمنی بیمار بود. همچنین، یافته‌های مطالعه مروری مولر و همکاران [۲۶] نشان داد که استفاده از مدل SBAR ایمنی بیماران را افزایش می‌دهد. نتایج مطالعه حاضر اهمیت استاندارد شدن فرآیند تحویل شیفت به کمک روش SBAR را نشان می‌دهد. می‌توان با آموزش و استفاده از روش SBAR در تحویل شیفت، به افزایش رضایتمندی پرستاران و بیماران کمک نمود. از آنجایی که این مطالعه تنها به تعیین رضایتمندی بیماران و پرستاران در بخش اورژانس با روش SBAR در تحویل شیفت بر بالین بیمار پرداخته است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با هدف تعیین اثربخشی استفاده از روش SBAR در تحویل شیفت و یا انتقال بین بخشی بیمار بر مدیریت زمان، کیفیت مراقبت، خطاهای

References

1. Smith CJ, Buzalko RJ, Anderson N, Michalski J, Warchol J, Ducey S, et al. Evaluation of a novel handoff communication strategy for patients admitted from the emergency department. *West J Emerg Med*. 2018 Mar;19(2):372-9.
2. Zhu W, Patterson BW, Smith M, Rifleman AC, Carayon P, Li J. A markov chain model for transient analysis of handoff process in emergency departments. *IEEE Robot Autom Lett*. 2020 Jul;5(3):4360-7.
3. Dahlquist RT, Reyner K, Robinson RD, Farzad A, Laureano-Phillips J, Garrett JS, et al. Standardized reporting system use during handoffs reduces patient length of stay in the emergency department. *J Clin Med Res*. 2018;10(5):445-51.
4. Toghian Chaharsoughi N, Ahrari Sh, Alikhah Sh. Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role play and lecturing on communication skill of nurses. *J Caring Sci*. 2014;3(2):141-7.

5. kamali m, Sheikhtaheri A. Documenting nursing reports using speech recognition technology: Benefits, barriers, challenges and facilitators. *Journal of Health and Biomedical Informatics*. 2018;5(1):70-82. [In Persian]
6. Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud*. 2018;77:243-58.
7. Baghaei R, PourRashid S, Khalkhali HR. The effect of using SBAR model in nursing handoff on communication dimension of nursing care from the patients' view. *Nursing and Midwifery Journal*. 2016;14(6):562-70. [In Persian]
8. Kazemi M, Sanagoo A, joubari L, Vakili MA. The effect of delivery nursing shift at bedside with patient's partnership on patients' satisfaction and nurses' satisfaction , clinical trial, quasi-experimental study. *Nursing and Midwifery Journal*. 2016;14(5):426-36. [In Persian]
9. Vazin A, Delfani S. Medication errors in an internal intensive care unit of a large teaching hospital: A direct observation study. *Acta Med Iran*. 2012;50(6):425-32.
10. Salehi Sh, Zarea K, Akhlagh Mohammadi A. Patient handover process problems between emergency medical service personnel and emergency department nurses. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2017;4(1):27-34. [In Persian]
11. Achrekar MS, Murthy V, Kanan S, Shetty R, Nair M, Khattry N. Introduction of situation, background, assessment, recommendation into nursing practice: A prospective study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016;3(1):45-50.
12. Mardis T, Mardis M, Davis J, Justice EM, Riley Holdinsky S, Donnelly J, et al. Bedside shift-to-shift handoffs: A systematic review of the literature. *J Nurs Care Qual*. 2016;31(1):54-60.
13. Sherman J, Sand-Jecklin K, Johnson J. Investigating bedside nursing report: A synthesis of the literature. *Medsurg Nurs*. 2013;22(5):308-12.
14. Gregory S, Tan D, Tilrico M, Edwardson N, Gamm L. Bedside shift reports: What does the evidence say? *J Nurs Adm*. 2014;44(10):541-5.
15. Maxson PM, Derby KM, Wrobleksi DM, Foss DM. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nurs*. 2012;21(3):140-4.
16. Miles LW, Mabey L, Leggett S, Stansfield K. Teaching communication and therapeutic relationship skills to baccalaureate nursing students: A peer mentorship simulation approach. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2014;52(10):34-41.
17. Friesen MA, White SV, Byers JF. Handoffs: Implications for nurses. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
18. 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:i85-90.
19. Karmila R, Handiyani H, Rachmi SF. Factors relating to nurse satisfaction with communication during the bedside handover. *Enferm Clin*. 2019;29:640-7.
20. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb;18(4):1-15.
21. De Simone S, Planta A, Cicotto G. The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Appl Nurs Res*. 2018;39:130-40.
22. Farghaly M, Kamal A, El-Setouhy M, Hirshon JM, El-Shinawi M. Patient satisfaction with a tertiary hospital in Egypt using a HCAHPS-derived survey. *J Multidiscip Healthc*. 2021 Oct;14:3053-60.

23. Bayrami R, Rezazadeh A, Ebrahimipour H. Challenges in emergency departments in teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences: A qualitative study. *Journal of Hospital*. 2017;16(1):63-72. [In Persian]
24. Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2017;56(2):171-4.
25. Campbell D, Dontje K. Implementing bedside handoff in the emergency department: A practice improvement project. *J Emerg Nurs*. 2019 Mar;45(2):149-54.
26. Muller M, Jurgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):1-10.
27. Usher R, Cronin SN, York NL. Evaluating the influence of a standardized bedside handoff process in a medical-surgical unit. *J Contin Educ Nurs*. 2018;49(4):157-63.
28. Dalky HF, Al-Jaradeen RS, AbuAIRrub RF. Evaluation of the situation, background, assessment, and recommendation handover tool in improving communication and satisfaction among jordanian nurses working in intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs*. 2020;39(6):339-47.
29. Abela-Dimech F, Vuksic O. Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):729-36.
30. Ruhomaulu Z, Betts K, Jayne-Coupe K, Karanfilian L, Szekely M, Relwani A, et al. Improving the quality of handover: Implementing SBAR. *Future Healthc J*. 2019;6:54.
31. Ghosh S, Ramamoorthy L, Pottakat B. Impact of structured clinical handover protocol on communication and patient satisfaction. *J Patient Exp*. 2021;8:1-6.
32. Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Couns*. 2019;102(4):790-6.
33. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*. 2019;6(2):535-45.
34. Blom L, Petersson P, Hagell P, Westergren A. The situation, background, assessment and recommendation (SBAR) model for communication between health care professionals: A clinical intervention pilot study. *Int J Caring Sci*. 2015;8(3):530-5.