Military Caring Sciences
Volume 10, Issue 2, Summer 2023
10.22034/10.2.137
(Serial Number: 36)
OPEN ACCESS
Original Article

The Effect of ISBAR Communication Model and Nurses' Performance in Clinical Hand-off for Head or Neck Trauma Patients in Selected Aja Hospital

Ghesmati.M[1]
*Jafari Golestan. N[2]
Rajai. N[3]
Kazemi-Galougahi. M H[4]

1- MSc of Emergency, Research Student Committee, School of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- (*Corresponding Author) Ph.D. in Nursing, School of Nursing, Nursing Management Department, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Email: n.jafarigolestan@ajaums.ac.ir

3- MSc in Nursing, Instructor, Maternal Newborn Department, School of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Ph.D. in Epidemiology, Assistant Professor, Social Medicine Department , School of Medicine , Aja University of Medical Sciences Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Clinical hand-off is a key factor in continuity of care and the most vital means of communication between nurses.

Objective: Considering the importance of improving the safety of patients this study aims to determine the effect of using the communication model ISBAR on the performance of nurses in the clinical hand-off patients with head or neck trauma in a selected hospital in Tehran.

Material and Methods: This semi-experimental study was conducted with two control and intervention groups on 78 nurses working in a selected hospital in Tehran, , during the period of 2022-2023. Nurses were randomly assigned to either the test group (n=39) or the control group (n=39). Prior to the intervention, the researchers recorded the personal information and utilized a researcher-made checklist to assess the nurses' performance based on the ISBAR model, which included the following five items: Identify, Situation, Background, Assessment, and Recommendation. This assessment was conducted through the researcher's observational evaluation using the checklist. The test group underwent training on how to use the ISBAR communication model in patients with head or neck trauma, which comprised 5 face-to-face training sessions lasting 90 minutes each. The control group did not receive any intervention from the researchers. Subsequently, the researcher completed the checklist again for both groups.

Results: The initial clinical performance record scores of the nurses in the test and control groups (6.53±5.19 vs 7.11±5.60, P=0.724) showed no statistically significant difference before the intervention. However, following the intervention, the test group demonstrated a significantly higher score (96.27±4.41) compared to the control group (43.12±14.06, P<0.001). Additionally, the overall clinical performance score in the test group increased significantly after the intervention (P<0.001). In contrast, the control group's average clinical performance post-intervention was significantly higher than before the intervention (P=0.001).

Conclusion: The implementation of the ISBAR communication model improved nurses' performance in Clinical Hand-off for head or neck trauma patients. Therefore, integrating communication skills training with other programs to enhance patient safety can elevate nurses' performance and the quality of care.

Keywords: Clinical Performance, Head or Neck Trauma, ISBAR Communication Model, Nurse, Transfer

Ghesmati M, Jafari Golestan N, Rajai N, Kazemi-Galougahi M H. The Effect of ISBAR Communication Model and Nurses' Performance in Clinical Hand-off for Head or Neck Trauma Patients in Selected Aja Hospital. Military Caring Sciences. 2023; 10 (2).137-150.

Submission: 12/09/2023 Accepted: 20/10/2023 Published: 22/10/2023

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

بررسی تأثیر به کارگیری مدل ISBAR بر عملکرد پرستاران در تحویل بالینی بیماران ترومای سر یا گردن بستری در بیمارستان منتخب نظامی

مهدی قسمتی[۱]، *نسرین جعفری ـ گلستان[۲]، ناهید رجایی[۳]، محمدحسن کاظمی گلوگاهی[۴]

چکیده

مقدمه: تحویل بالینی بیمار عامل کلیدی در تداوم مراقبت و حیاتی ترین وسیله ارتباطی بین پرستاران است.

هدف: با توجه به اهمیت ارتقاء ایمنی بیماران، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل ISBAR بر عملکرد پرستاران در زمان تحویل بالینی بیماران ترومای سر یا گردن در بیمارستان منتخب نظامی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی با دو گروه آزمون و کنترل بر روی ۷۸ پرستار شاغل در بیمارستان منتخب تهران، در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام شد. پس از انتخاب محیط مطالعه به روش تخصیص تصادفی ، نمونه‌های مورد مطالعه یعنی پرستاران به صورت در دسترس به دو گروه آزمون (n =۳۹) و کنترل (n =۳۹) تخصیص یافتند. قبل از مداخله، ابتدا پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه سنجش ایمنی بیماران بستری در بخش اورژانس توسط بیمار یا همراه وی تکمیل شد. سپس چک‌لیست مشاهده‌ای مبتنی بر مدل ارتباطی ISBAR، عملکرد بالینی پرستاران هر دو بخش اورژانس و بخش مراقبت ویژه‌ی تروما در هنگام تحویل بالینی بیماران ترومای سر یا گردن بررسی و ثبت گردید. آموزش نحوه به‌کارگیری مدل ارتباطی ISBAR در بیماران با ترومای سر یا گردن بستری در بخش اورژانس، در ۵ جلسه آموزش حضوری ۹۰ دقیقه‌ای برای نمونه‌های گروه آزمون توسط پژوهشگر اجرا شد. سپس مجدداً پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر برای هر دو گروه یک ماه بعد از مداخله به طور همزمان نیز تکمیل شد.

یافته‌ها: نمره کلی ثبت عملکرد بالینی در پرستاران دو گروه آزمون و کنترل ۵/۱۹ ±۵۳/ ۶در مقابل ۵/۶± ۷/۱۱ (P=۰/۷۲۴)، قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت؛ در حالی که بعد از مداخله در گروه آزمون (۴/۴۱±۹۶/۲۷) به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل (۱۴/۰۶±۴۳/۱۲) بود (P<۰/۰۰۱)؛ همچنین نمره کلی عملکرد بالینی در پرستاران گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل آن افزایش معنی‌داری داشت (P<۰/۰۰۱). همچنین در گروه کنترل میانگین عملکرد بالینی بعد از مداخله به صورت معنی‌داری بیشتر از قبل مداخله بود(P= ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: به‌کارگیری مدل ارتباطی ISBAR، بهبود عملکرد پرستاران را در تحویل بالینی بیماران ترومای سر به دنبال دارد. لذا استفاده از آموزش مهارت‌های ارتباطی در کنار دیگر برنامه‌های ارتقاء ایمنی بیمار، می‌تواند سبب بهبود عملکرد پرستاران و ارتقاء کیفیت مراقبت شود.

کلمات کلیدی: انتقال، پرستار، ترومای سر یا گردن، عملکرد بالینی، مدل ارتباطی ISBAR

مجله علوم مراقبتی نظامی سال دهم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۴۰۲ ■ شماره مسلسل ۳۶ ■ صفحات ۱۵۰ -۱۳۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۸
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۲- دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری، گروه مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران، آدرس الکترونیک:n.jafarigolestan@ajaums.ac.ir
۳- کارشناسی ارشد، مربی، گروه بهداشت مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۴- دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، تهران، ایران

مقدمه

تروما یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر و معلولیت در کشورهای پیشـــرفته و در حالت توسعه اســـت به طوری که تروما عامل ۱۰ درصد از مرگ و میرها در سراســـر جهان محســـوب می‌شود (۱) و تقریبـــاً ۹۰درصد از عوارض و مرگ و میـــر مرتبط با تروما در کشورهایی با ســـطح درآمـــد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد. به طوری که وقوع عوارض مرتبط با تروما تـا سـال ۲۰۳۰ افـزایش می‌یابـد (۲). علت اصلی مـــرگ در افراد دچـــار تروما، عوارضی اســـت که با اقدام مناسب قابل پیشگیری هستند (۳). مرگ قابل پیشـــگیری اغلب با عملکرد بالینی پرســـتاری در مراحل مختلف مدیریت تروما مرتبط اســـت (۴). با آموزش مناســـب و شناسایی پیش‌شـــرط‌های اقدامات ناامن، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قادر به ایجاد سیستم قوی مدیریت ایمن خواهند بود که می‌تواند موجب درک بهتر از تهدیداتی باشـــند کـــه ایمنی بیمار در زمان تروما را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). مدل مراقبت، نحوه پذیرش و مراقبت در بیمارستان‌ها از عوامل مهم تعیین‌کننده نتایج مراقبت از افراد دچار تروما است (۶).

طبق نظر متخصصین بهداشت سخت‌ترین نکته در نحوه مدیریت موارد تروما و اجرای اولویت‌های مدیریت، فقدان تمرین در عمل واقعی در زمینه مراقبت بیمـــاران ترومایی از جمله نحوه تحویل بیمار به سایر پرستاران در شیفت‌های مختلف بالینی است؛ بنابراین فرایند آموزش و یادگیری می‌تواند با تمرین نامحدود و استدلال و تصمیم‌گیری منجر به ارتقا مراقبت از بیماران دچار تروما شود (۷). فرآیند تحویل شیفت در پرستاری یک وسیله قدرتمند در انتقال اطلاعات بیماران و برنامه مراقبتی آن‌ها می‌باشـــد که در صورت عدم رعایت روند آن، این مسئله می‌تواند زمینه‌ساز خطا، ارتباطات نامناســـب در محیط بالین گردد (۸). شیوه‌های تحویل بیمار بین پرســـتاران همواره در حال تغییر بـــوده و روش‌هایی نظیر تحویل چهره به چهره و استفاده از رایانه انجام می‌شود (۹). انتقال صحیح اطلاعات، یک مؤلفه اساسی در حفظ مراقبت از بیمار در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است که به عنوان یکی از پنج اولویت بهبود ایمنی بیماران در سراســـر جهان شـــناخته می‌شود. با این حال، عدم ارتباط میان پرســـتاران در روند تحویل بیمار به عنوان یک عامل مهم در کاهش ایمنی، کیفیت خدمات و عدم رضایت بیمار گزارش شده است (۱۰) و همچنین ۸۰ درصد از خطاهای پزشکی و ۲۰ درصد از عوارض جانبی بیماران را تشـــکیل می‌دهد (۱۱). گزارش شـــده است تحویل نادرســـت بیماران ترومایی در بخش اورژانس می‌تواند بسیاری از موارد خطاهای جدی پزشکی مربوط به تحویل بیماران بســـتری در بخش‌های بیمارســـتانی را به خود اختصاص می‌دهد. چراکه در بخش اورژانس افراد با ســـطح دانش مختلف در درمان بیماران نقش دارند (۱۲). این افراد برای کاهش شـــکاف دانش باید با استفاده از تخصص خود با یکدیگر همکاری کنند. این امر ارتباط روشـــن و کارآمد در بین پرسنل اورژانس را حیاتی می‌کند، زیرا اطلاعات لازم باید به شـــخص مراقبت دهنده منتقل شـــود (۱۳). بنا بر اهمیت مســـئله حوادث ناخواسته قابل پیشگیری، ایمنی بیمار و همچنین اهمیت تحویل بالینی بیماران ترومایی اجرای پروتکل‌های اســـتاندارد در راستای افزایش ایمنی بیمار و پیشـــگیری از حوادث ناخواســـته در حین تحویل بالینی بیمـــاران بخصوص بیماران پر خطـــری از جمله بیماران ترومایی الزامی می‌باشـــد. ازجمله پروتکل‌های استاندارد در تحویل بالینی بیماران با در نظر داشـــتن بعد ایمنی بیمار، استفاده از مدل‌های ارتباطی اســـت. مدل ارتباطی ISBAR(Identify, Situation Background, Assessment and Recommendation) یکی از این مدل‌های ارتباطی است که کمیسیون مشترک مرکزی (Communication Model) از ســـال ۲۰۰۶ بـــا اهداف ویژه تعامل بین اعضای تیم مراقبت ســـلامت، ارتقا و بهبود ارتباطات بین اعضای مراقبت‌های بهداشتی، کاهش خطاهای پزشکی و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت پیشـــنهاد نموده است (۱۴). مدل ISBAR از طرف کمیســـیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت ســـلامت (Joint Commission on the (JCAHO) Accreditation of Healthcare Organizations) و سازمان بهداشـــت جهانـــی World Health Organization (WHO) در جهت بهبـــود ارتباطات درون تیمی چند رشـــته‌ای و کاهش خطاهای پزشـــکی توصیه می‌شود (۱۵). مدل ارتباطی ISBAR شامل پنج مرحله شناســـایی، وضعیت، پیشینه، ارزیابی و توصیه (ISBAR) اســـت. در این روش ابتدا به شناســـایی و شناساندن بیمار و پرستاران تحویل گیرنده پرداخته و وضعیت نگران کننده فعلی و مشـــکلات جدی و اورژانسی بیمار مطرح می‌شود. سپس همزمان با بررسی بیمار به تشخیص و وضعیت پایه بیمار به هنگام بســـتری، تاریخچه پزشـــکی بیمار، جواب آزمایشـــات و اقدامات

پاراکلینیکی انجام شـــده پرداخته می‌شود. در نهایت اولویت‌های تحویل گیرندگان و توصیه‌هـــای تحویل دهندگان و مراقبت‌های خاصی که بایســـتی فوری یا به زودی انجام شود، مطرح می‌شود. ISBAR نه تنها فرآیند تحویل بیمار بین پرســـتاران را به همراه دارد، بلکه در ارتباط بین پرســـتاران، پزشـــکان و سایر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۶). مدل ISBAR یک مدل ارتباطی ساختاری برای برقراری ارتباط مؤثر با بیمار، کاهش حوادث ناگـــوار، ارتقا ایمنی بیمار، بهبود کیفیت مراقبت، افزایش رضایت ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی (۱۷)، افزایـــش اطمینان در مراقبت (۱۸)، کاهش خطاهای پزشـــکی و حرفه‌ای مفید خواهد بود. این مدل روشی آسان و استاندارد بوده و به عنوان یک مدل ذهنی (Conceptual Map) در نظر گرفته می‌شـــود که در جهت برقراری ارتباطات مؤثر در تحویل بیمار و اطلاعات مربوط به او، بین پزشـــکان و پرستاران، همچنین برای انتقال بیمار به سایر بخش‌ها و دیگر افراد استفاده می‌شود (۱۴). از مدل ISBAR در بهبود عملکرد بالینی دانشـــجویان پرستاری (۱۹، ۲۰)، بهبـــود صلاحیـــت بالینی و خودکارآمدی پرســـتاران (۲۱)، بهبود ارتباطات و روابط همکاری پرســـتار و پزشـــک (۲۲، ۲۳) استفاده شده است که با نتایج مثبت و قابل انتظار همراه بوده است. با این وجود ، در ایران، تحویل بالینی بیمار معمولاً به‌صورت کلامی و با استفاده از کاردکس (Kardex) انجام می‌شود و مبتنی بر پروتکل یکپارچه و ســـاختاری نیست (۱۶). مراقبت با کیفیت در تمام بخش‌ها حق بیماران و مســـئولیت پرستاران است. علاوه بر این، مهارت‌هـــای ارتباطی را می‌توان آموخـــت و آموزش داد تا پرستاران را قادر ســـازد تا روش‌های ارتباطی مختلفی را برای پاســـخگویی به طیف وســـیعی از نیازها و شرایط بیماران مختلف اتخاذ کنند. از ســـوی دیگر، با توجه بـــه پیامدهای بالینی انتقال اطلاعات نادرست مربوط به بیمار، بررسی کارایی انتقال پرستاری غیرساختارمند و سنتی فعلی ما در انتقال اطلاعات کامل بر اساس استانداردهای معرفی شده توســـط وزارت بهداشت و سنجه‌های اعتبار بخشی مهم اســـت (۲۴). با توجه به شرایط خاص بیماران در بخـــش اورژانس و تحویل بیمار به شـــیفت بعد در این بخش و نیازهـــای درمانی ویژه بیماران بســـتری در این بخش، نظارت مداوم بر آن‌ها اهمیـــت ویژه‌ای دارد (۱۶). در زمینه مراقبت‌های تروما نیاز به آموزش‌های لازم متناسب با آخرین شواهد تحقیقانی احســـاس می‌شـــود (۲۵). در خصوص به‌کارگیری مدل ارتباطی ISBAR بر نحوه عملکرد پرستاران در تحویل بالینی بیماران در بیماران با ترومای ســـر یا گـــردن در ایران و در مطالعات خارجی انجام شده درباره استفاده این مدل ارتباطی در آموزش پرستاری شـــواهد محدودی وجود دارد و مطالعـــه‌ای که تمام آموزش‌های لازم در پنج بعد مدل ISBAR که در مدیریت تروما انجام شـــده باشد، یافت نشد. همچنین با توجه به مطالعه انجام شده در ایران، پرستاران به جای رعایت استانداردها، به جنبه‌های روتین مراقبت از بیمار توجه بیشتری دارند و آن‌ها اهمیت بیان پیشینه بالینی و ارزیابی وضعیت سیستم بیماران را در دو حوزه ارائه شده در چک لیست ISBAR توسط وزارت بهداشت نادیده گرفته‌اند. بنابراین انتقال اطلاعات به صورت ناقص انجام شـــده اســـت (۲۴). حال با توجـــه به آمار بـــالای مراجعین با ترومای ســـر و گردن و حیاتی بودن شرایط این بیماران بخصوص نحوه عملکرد پرستاران در طی فرایند تحویل بالینی این بیماران، ارائه برنامه مدون بر اساس مدل ارتباطی ISBAR و ایجاد شرایط متناسب با هر بخش و گروه‌های مختلف بیماران مانند بیماران ترومای سر و گردن ضروری به نظر می‌رســـد. لذا، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر به کارگیری مدل ارتباطی ISBAR بر عملکرد پرستاران در تحویل بالینی بیماران با ترومای سر یا گردن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی بـــا دو گروه آزمون و کنترل بر روی ۷۸ پرســـتار شـــاغل در بخش اورژانس و ویژه ترومای بیمارســـتان منتخب نظامی در تهران در ســـال‌های ۱۴۰۲-۱۴۰۱ انجام شد. ورود نمونه‌ها به مطالعه، به روش در دســـترس انجام شد. به این صـــورت که هر کدام از بخش‌های اورژانس و مراقبت ویژه‌ی تروما در بیمارســـتان بعثـــت به یک گروه پژوهـــش تخصیص یافتند و پرســـتاران واجد شرایط به صورت در دســـترس در گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. بر این اســـاس پرستاران بخش اورژانس در گروه آزمون (۳۹ نفر) و پرســـتاران بخـــش ویژه‌ی تروما در گروه کنترل (۳۹ نفر) قرار گرفتند.

معیارهـــای ورود پرســـتاران شـــامل دارا بـــودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، شـــاغل بودن در بخش اورژانس حداقل به مدت ۶ ماه، عدم شـــرکت در کارگاه آموزشی و یا دوره‌های مدل

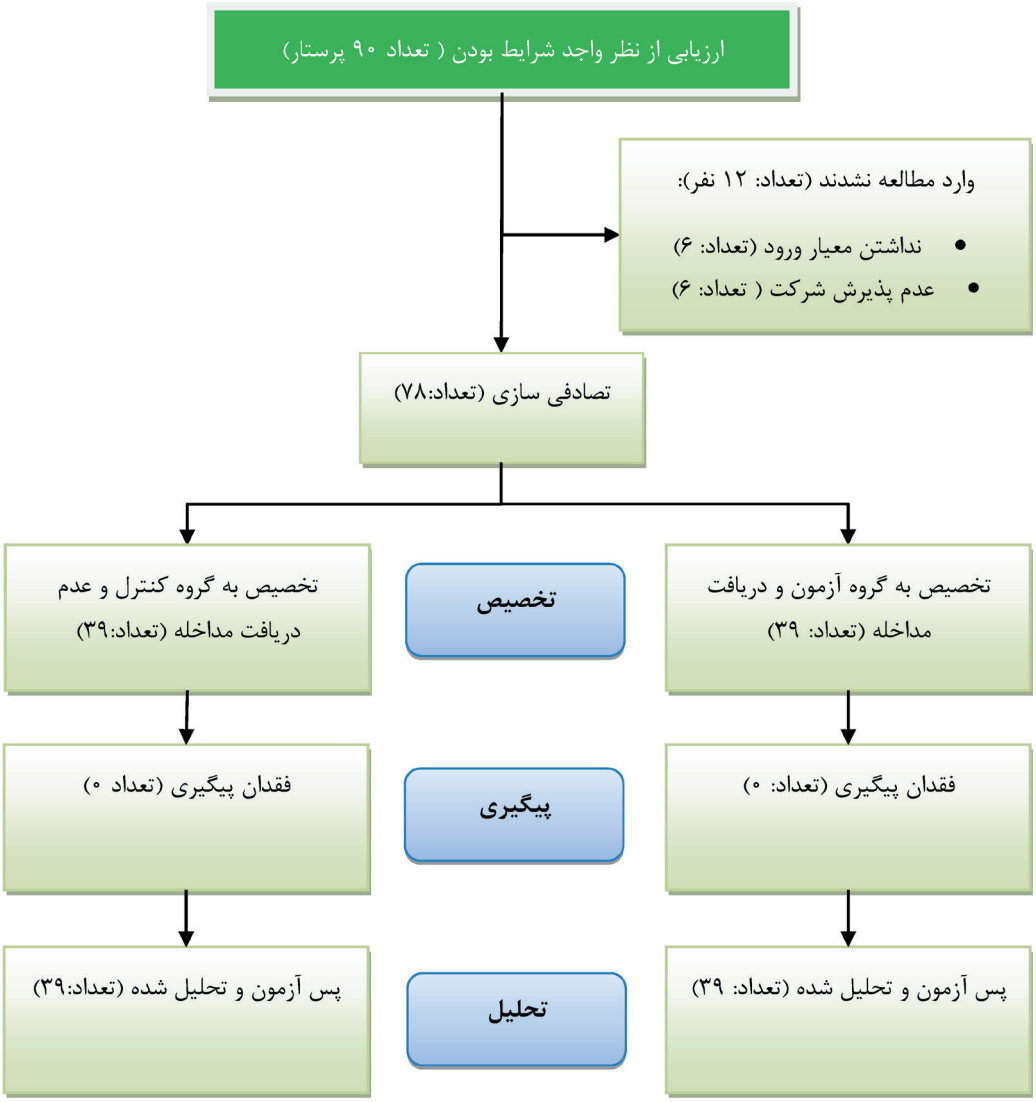
ارتباطی ISBAR طی ۶ ماه قبل از جمع آوری داده ها بودند. معیارهای خروج شامل عدم شرکت در یکی از جلسات آموزشی، انتقال از بخش اورژانس به سایر بخش‌ها یا ترک خدمت در حین اجرای مداخله، انصراف از ادامه شرکت در پژوهش به هر دلیلی بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۹ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و با توجه به مقاله خاکسار و همکاران (۲۶) با استفاده از نرم افزار G-Power نسخه ۳,۰,۱۰ برای هر گروه ۳۹ نفر تعیین شد (مجموعاً ۷۸ نفر). بازه زمانی نمونه‌گیری از ابتدای آذر ماه ۱۴۰۱ تا پایان بهمن ماه ۱۴۰۱ به مدت ۳ ماه بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی پرستاران مانند (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت‌زمان اشتغال در بخش اورژانس، برنامه شیفت کاری) بود. برای سنجش متغیر عملکرد بالینی پرستاران از چک لیست پژوهشگر ساخته عملکرد بالینی پرستاران در هنگام تحویل بالینی بیماران ترومای سر یا گردن استفاده شد. این چک‌لیست بر اساس مدل ارتباطی ISBAR در پنج بعد مشخصات، وضعیت، سوابق، ارزیابی و توصیه‌ها توسط پژوهشگر بر اساس جست‌وجوهای انجام شده در پایگاه‌های علمی و مقالات و منابع معتبر استخراج شد. جهت محاسبه امتیاز در مطالعه حاضر گزینه‌های «بله به‌طور کامل انجام شد» معادل یک امتیاز؛ «خیر انجام نشد» معادل صفر امتیاز در نظر گرفته شد. برای حیطه‌ها نیز به تفکیک هر حیطه که شامل ۵ حیطه ۱: مشخصات (نمره ۱تا ۵)، ۲: وضعیت (نمره ۶ تا ۹)، ۳: سوابق (نمره ۱۰ تا ۱۳)، ۴: ارزیابی (نمره ۱۴ تا ۱۸)، ۵: توصیه‌ها و پیشنهادات (۱۹ تا ۲۲) می‌باشد، میانگین نمرات ابتدا به درصد تبدیل شده (۰ تا ۱۰۰ درصد) و سپس در همان ۵ حیطه قرار داده شد. جهت روایی و پایایی، این چک‌لیست در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری آجا ، دانشکده پیراپزشکی آجا و دانشکده پرستاری بقیه الله با مدارک تحصیلی فوق لیسانس پرستاری و دکتری تخصصی پرستاری قرار گرفت و پس از بررسی نظرات و پیشنهاد اساتید و با صلاحدید اساتید راهنما و مشاور چک‌لیست نهایی تدوین شد. به منظور بررسی پایایی این چک‌لیست از روش مشاهده هم‌زمان دو مشاهده‌گر و تعیین ضریب همبستگی با میانگین درصد ۷۲/۵ محاسبه گردید. برای اجرای مداخله ابتدا در این مرحله، محتوای آموزش آماده شد که شامل اهمیت، توصیه‌ها و آمادگی کامل پرستاران در تحویل بالینی بیماران تروما سر یا گردن بر اساس مدل ارتباطی ISBAR، رویدادهای ناخواسته، ۹ راه حل ایمنی بیمار و پیشگیری از رویدادهای ناخواسته بود که در قالب پاورپوینت و نمایش ویدئویی تهیه و به صورت سخنرانی و بحث گروهی و سناریوهای عملی و کاربردی ارائه داده شد. مطالب آموزشی بر اساس سنجه‌های ایمنی موجود در دستورالعمل استانداردهای جامع اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۷) و بر اساس منابع موجود تهیه شد. جهت روایی محتوای آموزشی از روش روایی محتوای کیفی استفاده شد. به این صورت که محتوا بر اساس آخرین منابع معتبر تهیه شده و جهت ارزیابی در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و صاحب نظران رشته پرستاری با مدرک دکترای تخصصی یا کارشناسی ارشد پرستاری قرار گرفت و نظرات اعمال گردید. برای اجرای مداخله، پس از هماهنگی و ارائه مجوز به رئیس بیمارستان‌ها، توسط پژوهشگر جلسه‌ای حضوری، جهت ارائه مطالب لازم در خصوص اجرای این پژوهش و بیان اهداف مطالعه برای پرستاران، تشکیل شد و از افراد شرکت کننده دعوت به همکاری گردید و پس از کسب اجازه، پرستاران بر اساس معیارهای ورود وارد مطالعه شدند. به این صورت که پرستاران بخش اورژانس در گروه آزمون و پرستاران بخش ویژه در گروه کنترل قرار گرفتند. قبل از مداخله پرسشنامه اطلاعات فردی و چک‌لیست عملکرد پرستاران اورژانس در تحویل بیمار ترومای سر یا گردن از طریق ارزیابی مشاهده‌ای پژوهشگر بر اساس نحوه عملکرد پرستاران در تحویل بالینی بیماران ترومای سر یا گردن در بخش‌های اورژانس و ویژه بر اساس مراحل پنج‌گانه (مشخصات، وضعیت، سوابق، ارزیابی و توصیه‌ها) مدل ارتباطی ISBAR، در دو گروه آزمون و کنترل به عنوان پیش آزمون ثبت شد. نحوه به‌کارگیری مدل ارتباطی ISBAR در بیماران با ترومای سر یا گردن بستری در بخش اورژانس، در ۵ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای (جدول ۲) آموزش داده شد (۲۴). جلسات با گروه‌های ۱۳ نفره (با اعمال محدودیت‌های کرونایی) و ارائه یک جزوه آموزشی مشتمل بر مباحث ارائه شده برگزار شد. جلسات آموزشی در گروه آزمون در سالن آموزش بیمارستان مورد نظر توسط پژوهشگر ارائه شد. در گروه کنترل پرستاران بخش ویژه‌ی تروما مورد بررسی قرار گرفت و هیچ مداخله آموزشی

توسط پژوهشگر صورت نگرفت. بعد از اتمام جلسات آموزشی مجدداً چک‌لیست عملکرد پرستاران اورژانس در تحویل بیمار ترومای سر یا گردن توسط پژوهشگر تکمیل شد. جهت رعایت اصول اخلاقی پس از انجام پس‌آزمون، یک جزوه حاوی موضوعات و محتویات آموزشی ارائه شده به گروه آزمون، به گروه کنترل نیز ارائه شد. فرایند انجام مطالعه در نمودار شماره یک نشان داده شده است. همان طور که در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است از مجموع ۹۰ پرستاری که وارد مطالعه شدند، در ارزیابی مرحله اول برای واجد شرایط بودن، ۷۸ پرستار وارد مطالعه شدند سایر افراد به علت (عدم شرکت در مطالعه و نداشتن معیارهای ورود) وارد مطالعه نشدند.

تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگرف اسمیرنوف (Kolmogorov Smirnov) استفاده شد. از آزمون‌های من ویتنی (Mann–Whitney)، جدول توافقی، آزمون دقیق فیشر (Fishers Exact Test)، آزمون کای دو (Chi- Square Tests)، آزمون تی مستقل و تی زوجی بهره برده شده است. سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آجا و با کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.۱۴۰۰,۲۳۱ مورد تائید قرار گرفت.

جدول۱ - محتوای جلسات آموزشی

جلسات	موضوع	زمان (دقیقه)	نحوه ارائه
جلسه ۱	معرفی و ایجاد رابطه، تعیین چارچوب‌ها و قوانین گروه، تشریح چگونگی انجام کار، آشنایی با گروه و مقررات حاکم، مزایای به‌کارگیری استانداردها در تحویل شیفت و نگاهی به مدل‌های ارتباطی، آشنایی با مدل ارتباطی ISBAR و تأثیر آن‌ها در کاهش خطاها و بهبود کیفیت مراقبت پرستاری	۹۰	سخنرانی و ارائه پاورپوینت
جلسه۲	مرور تکلیف (سناریو) جلسه اول، نحوه به‌کارگیری مشخصات (شناسایی هویت بیمار) نحوه به‌کارگیری وضعیت (وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت‌های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان و رژیم غذایی)، توصیه‌ها و آمادگی کامل پرستاران در تحویل بالینی بیماران تروما سر یا گردن بر اساس مدل ارتباطی ISBAR و ارائه سناریو بیمار دچار تروما سر و گردن، همچنین ارائه تکلیف برای جلسه آینده	۹۰	سخنرانی و ارائه پاورپوینت نمایش ویدئو
جلسه۳	مفهوم ایمنی بیمار و انواع رویدادهای ناخواسته که شامل انواع خطاهای پزشکی، خطاهای ۲۸ گانه، نحوه گزارش خطا توسط پرستاران و سناریوهای بالینی	۹۰	سخنرانی و ارائه پاورپوینت نمایش ویدئو
جلسه۴	اهمیت ۹ راه حل ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز رویدادهای ناخواسته شامل: توجه به دارویی با نام و تلفظ مشابه، شناسایی بیمار، ارتباط موتر در زمان تحویل بیمار، انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار، کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت، اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات، اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها، استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات، بهبود بهداشت دست به تفصیل بیان شد. و همچنین، ارائه تکلیف برای جلسات آینده	۹۰	سخنرانی و ارائه پاورپوینت نمایش ویدئو
جلسه۵	تکلیف (سناریو) جلسه قبلی، جمع‌بندی و گرفتن بازخورد از پرستاران، تقدیر و تشکر، انجام پس از آزمون	۹۰	سخنرانی و ارائه پاورپوینت نمایش ویدئو



نمودار ۱ - فرایند انجام مطالعه

یافته‌ها

در پژوهش حاضر به طور کلی از میان ۷۸ فرد مورد مطالعه ۵۷/۷ درصد مرد بودند. میانگین سن پرستاران مورد مطالعه ۳۱/۱۷ با انحراف معیار ۷/۵۰ سال بود. ۵۵/۱ درصد از کل واحدهای پژوهش متأهل بودند و ۹۲/۳ درصد آن‌ها مدرک تحصیلی کارشناسی و ۷/۷ درصد مدرک کارشناسی ارشد داشته‌اند. ۳۷/۲ درصد واحدهای پژوهش ۵ سال یا بیشتر و ۳۲/۱ درصد نیز ۱ تا ۲ سال سابقه فعالیت در اورژانس را داشته‌اند. همچنین شیفت کاری ۶۹/۲ درصد از پرستاران مورد مطالعه گردشی بود. پرستاران دو گروه آزمون و کنترل از نظر اطلاعات فردی اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند (جدول۲).

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه قبل از مداخله، اختلاف معنی‌داری از نظر سطح نمره کل عملکرد بالینی و زیر مقیاس‌های آن وجود نداشت و قبل از مداخله دو گروه از نظر سطح نمره کلی و زیرمقیاس‌های عملکرد بالینی پرستاران همگن بودند. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه بعد از مداخله، میانگین عملکرد بالینی پرستاران و زیرمقیاس های آن در گروه آزمون به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P=$ ۰/۰۰۱)، (جدول ۴).

جدول۲ - توزیع فراوانی متغیرهای فردی پرستاران مورد مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه		نوع آزمون، سطح معنی‌داری
	آزمون	کنترل	
	تعداد=۳۹	تعداد=۳۹	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
سن(سال)	۳۱/۶۷ (۷/۲۴)	۳۰/۶۷ (۷/۸۱)	P= ۰/۴۱۷ Z=-۰/۸۱۲ من ویتنی
جنس	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	P=۰/۸۱۹
مرد	۱۷ (۴۳/۶)	۱۶ (۴۱/۰)	X2 =۰/۰۵۳ df= ۱
زن	۲۲ (۵۶/۴)	۲۳ (۵۹/ ۰)	کای دو
وضعیت تأهل			P=۰/۴۹۵
مجرد	۱۹ (۴۸/۷)	۱۶ (۴۱/۰)	X2 =۰/۴۶۶ df= ۱
متأهل	۲۰ (۵۱/۳)	۲۳ (۵۹/ ۰)	کای دو
شیفت کاری			
صبح	۵ (۱۲/۸)	۳ (۷/۷)	P=۰/۴۸۸
عصر	۲ (۵/۱)	۱ (۲/۶)	Value=۲/۸۵۶
شب	۴ (۱۰/۳)	۹ (۲۳/۱)	دقیق فیشر
گردشی	۲۸ (۷۱/۸)	۲۶ (۶۶/۷)	
سطح تحصیلات			P=۰/۶۷۵
کارشناسی	۳۷ (۹۴/۹)	۳۵ (۸۹/۷)	Value=۰/۷۳۵
کارشناسی ارشد	۲ (۵/۱)	۴ (۱۰/۳)	دقیق فیشر

همچنین بر اســاس نتایج حاصل از ایــن مطالعه در گروه آزمون میانگین ثبت عملکرد بالینی و زیرمقیاس های آن بعد از مداخله به صورت معنی‌داری بیشــتر از قبل مداخله بوده اســت (۰/۰۰۱ =P). در گــروه کنترل میانگین عملکرد بالینی و زیرمقیاس های آن بعد از مداخله به صورت معنی‌داری بیشتر از قبل مداخله بوده است (۰/۰۰۱ =P)، (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره عملکرد بالینی و زیرمقیاس ها و نمره کل در گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از مداخله

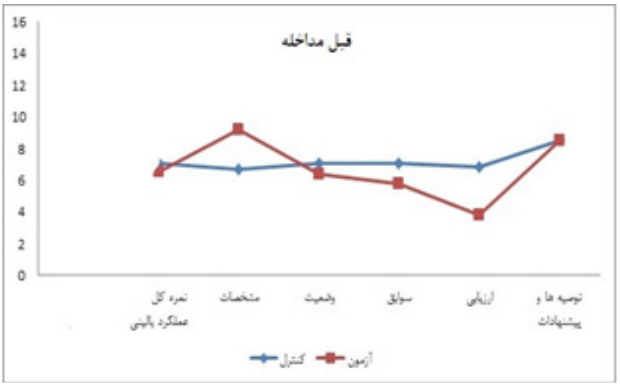
	مرحله	آزمون (۳۹ نفر)			کنترل (۳۹ نفر)			آزمون یو من ویتنی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	**آماره آزمون	P مقدار
مشخصات	قبل از مداخله	۹/۲۳	۱۱/۰۹	۴۱/۶۷	۶/۶۷	۹/۵۵	۳۷/۳۳	۶۷۶/۰۰	۰/۳۱۸
	بعد از مداخله	۹۷/۴۴	۶/۷۷	۵۸/۱۸	۴۵/۱۳	۲۱/۸۷	۲۰/۸۲	۳۲/۰۰	۰/۰۰۱
	*آزمــون درون گروهی	P=۰/۰۰۱ **۵/۵۷۳-	P=۰/۰۰۱ **۵/۲۴۵-						
وضعیت	قبل از مداخله	۶/۴۱	۱۱/۰۶	۳۹/۰۰	۷/۰۵	۱۱/۴۰	۴۰/۰۰	۷۴۱/۰۰	۰/۸۰۰
	بعد از مداخله	۹۶/۱۵	۹/۱۴	۵۷/۵۸	۴۲/۳۱	۲۸/۱۹	۲۱/۴۲	۵۵/۵۰	۰/۰۰۱
	*آزمــون درون گروهی	P=۰/۰۰۱ **۵/۶۳۵-			P=۰/۰۰۱ **۴/۷۷۰-				

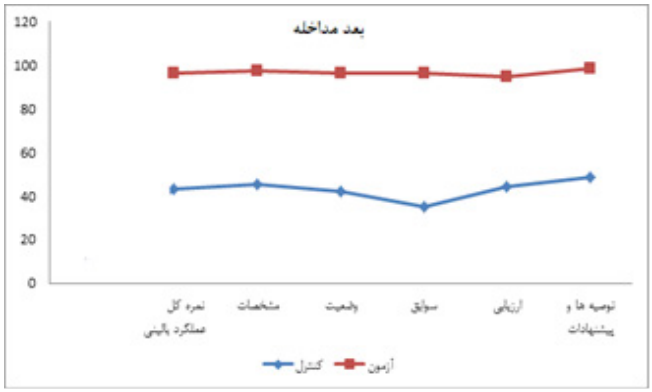
ادامه جدول ۳- مقایسه میانگین نمره عملکرد بالینی و زیرمقیاس ها و نمره کل در گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از مداخله

	مرحله	آزمون (۳۹ نفر)			کنترل (۳۹ نفر)			آزمون یو من ویتنی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	**آماره آزمون	P مقدار
زیر مقیاس های چک لیست عملکرد بالینی براساس ISBAR	سوابق	قبل از مداخله	۵/۷۷	۱۰/۶۷	۳۸/۸۸	۷/۰۵	۱۲/۷۶	۴۰/۱۲	۷۳۶/۵۰	۰/۷۴۸
		بعد از مداخله	۹۶/۱۵	۹/۱۴	۵۸/۳۸	۳۵/۲۶	۲۷/۳۴	۲۰/۶۲	۲۴/۰۰	۰/۰۰۱
		*آزمون درون گروهی	P=۰/۰۰۱ **۵/۶۶۴-			P=۰/۰۰۱ **۴/۶۴۰-				
	ارزیابی	قبل از مداخله	۳/۸۵	۷/۱۱	۳۶/۳۸	۶/۸۴	۹/۱۴	۴۲/۶۲	۶۳۹/۰۰	۰/۱۳۰
		بعد از مداخله	۹۴/۴۴	۸/۸۳	۵۸/۴۱	۴۴/۴۴	۲۲/۰۸	۲۰/۵۹	۲۳/۰۰	۰/۰۰۱
		*آزمون درون گروهی	P=۰/۰۰۱ **۵/۵۸۰-		P=۰/۰۰۱ **۵/۲۰۱-					
	توصیه‌ها و پیشنهادات	قبل از مداخله	۸/۵۵	۱۴/۷۵	۳۹/۵۰	۸/۵۵	۱۴/۷۵	۳۹/۵۰	۷۶۰/۵۰	۱/۰۰۰
		بعد از مداخله	۹۸/۲۹	۷/۴۵	۵۷/۰۱	۴۸/۷۲	۲۶/۳۲	۲۱/۹۹	۷۷/۵۰	۰/۰۰۱
		*آزمون درون گروهی	P=۰/۰۰۱ **۵/۷۱۵-		P=۰/۰۰۱ **۵/۱۸۲-					
	نمره کل عملکرد بالینی	قبل از مداخله	۶/۵۳	۵/۱۹	۳۸/۶۳	۷/۱۱	۵/۶۰	۴۰/۳۷	۷۲۶/۵۰	۰/۷۲۴
		بعد از مداخله	۹۶/۲۷	۴/۴۱	۵۹/۰۰	۴۳/۱۲	۱۴/۰۶	۲۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰۱
		*آزمون درون گروهی	P=۰/۰۰۱ **۵/۴۷۲-			P=۰/۰۰۱ **۵/۴۵۲-				

*آزمون آماری ویلکاکسون، **آماره آزمون

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، میانگین نمره کلی و زیرمقیاس‌های عملکرد بالینی پرستاران در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در نمودار خطی مقایسه‌ای گزارش شده است (نمودار۲).





نمودار۲- نمودار خطی مقایسه‌ای میانگین نمره کلی و زیرمقیاس‌های عملکرد بالینی پرستاران در دو گروه آزمون و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل ارتباطی ISBAR بر عملکرد پرستاران در تحویل بالینی بیماران با ترومای سر یا گردن در بیمارستان منتخب تهران انجام شد. یافته‌ها نشان

داد در گروه آزمون میانگین ثبت عملکرد بالینی پرستاران بعد از مداخله افزایش چشمگیر و معناداری نسبت به قبل از مداخله داشته است. همچنین بعد از مداخله میانگین عملکرد بالینی در گروه آزمون به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بوده است که این یافته مبین این است که به کارگیری مدل ارتباطی ISBAR می‌تواند میزان عملکرد بالینی پرستاران را در تحویل بالینی بیماران بهبود بخشد. از طرفی نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد در گروه آزمون میانگین تمامی زیر مقیاس‌های ثبت عملکرد بالینی بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش چشمگیر و معناداری داشته است. در این راستا مطالعه قونم و الحوسانی(Ghonem and El-Husany) با هدف بررسی تأثیر یک برنامه آموزشی گزارش دهی نوبت کاری با استفاده از مدل SBAR بر دانش و عملکرد پرستاران و درک آن‌ها از برقراری ارتباطات هنگام تحویل شیفت نشان داد استفاده از این مدل تأثیر معنی‌داری بر دانش، عملکرد و درک آن‌ها را از ارتباطات هنگام تحویل شیفت داشته است و بعد از اجرای مداخله منجر به بهبودی قابل توجهی در میزان دانش و عملکرد پرستاران شد و این امر در مرحله پیگیری شش ماهه نیز ادامه یافت (۲۸)، که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد با این تفاوت که مطالعه قونم از نوع شبه تجربی و بدون گروه کنترل می‌باشد و پرستاران اورژانس و بیماران با ترومای سرو گردن مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند و از طرفی این مداخله بر اساس SBAR انجام شده است که شامل ابعاد وضعیت، سوابق، ارزیابی و توصیه‌ها می‌باشد و بعد مشخصات مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین مشابه با این یافته‌ها، مطالعه‌ای دیگر نشان داد یک مداخله آموزشی بر اساس SBAR منجر به بهبود قابل توجهی در عملکرد پرستاران کانادایی در هنگام تحویل شیفت شده است، به طوری که با انجام این مداخله آموزشی، عملکرد پرستاران در مرحله قبل از مداخله از ۴ درصد به ۷۹ درصد بعد از مداخله رسیده است (۲۹). مطالعه اینانلو و همکاران با هدف بررسی تأثیر آموزش گزارش دهی نوبت کاری با استفاده از مدل SBAR بر عملکرد پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه پرداخت، نتایج نشانگر آن بود که قبل و بعد از آموزش، که عملکرد و تمامی حوزه‌های آن قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشته و پس از مداخله افزایش یافته است (۳۰)، که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. این شباهت از نظر اثربخشی آموزش گزارش تحویل شیفت کاری بر عملکرد پرستاران بود.

در این راستا نوروزی و همکاران مطالعه‌ای را با عنوان مقایسه تأثیر آموزش سخنرانی و آموزش چندرسانه‌ای بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران اورژانس در استفاده از مدل ارتباطی در ثبت و گزارش دهی در بیمارستان‌های منتخب نظامی انجام دادند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات دانش، نگرش و عملکرد پرستاران اورژانس در به کارگیری مدل ارتباطی SBAR در ثبت و گزارش نویسی پرستاری، یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری داشت. در هر دو روش آموزش چندرسانه ای و سخنرانی افزایش در نمرات دانش، نگرش و عملکرد پرستاران داشته است (۳۱)، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. با این تفاوت که در مطالعه نوروزی مداخله بر اساس SBAR انجام شده است که شامل ابعاد وضعیت، سوابق، ارزیابی و توصیه‌ها می‌باشد و بعد مشخصات مورد بررسی قرار نگرفته است. و همچنین مطالعه حاضر آموزش به صورت ترکیبی شامل آموزش به روش سخنرانی و ویدئویی جهت افزایش عملکرد بالینی پرستاران جهت پیشگیری از رویدادهای ناخواسته ارائه شده است. از طرفی هنوز روش سخنرانی به عنوان یک روش مناسب، آسان و متداول در بسیاری از زمینه ها، در آموزش پرستاری کاربرد دارد و چه بسا مورد علاقه افراد بسیاری نیز می باشد و همچنان جایگاه خود را حفظ کرده است (۳۲).

از طرفی دیگر مطالعه هدلند (Haddeland) و همکاران با هدف بررسی چگونگی تجربه پرستاران مراقبت‌های ویژه و متخصصان بیهوشی با استفاده از ابزار ISBAR در عمل بالینی نشان داد که پس از انجام مداخله و استفاده از ابزار ISBAR عملکرد بالینی پرستاران بهبود یافته است و به ارتباط خاص‌تر و مؤثرتر بین پرستاران کمک می‌کند (۳۳). همچنین نتایج مطالعه جئونگ و کیم (Jeong and Kim) نشان داد مدل ارتباطی SBAR می‌تواند به عنوان یک مداخله آموزشی امیدوارکننده برای بهبود گزارش دهی و مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری و همچنین بهبود پیشگیری و پاسخ به حوادث ایمنی بیمار مورد استفاده قرار گیرد (۳۴). همچنین مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۷ نشان داد پس از دریافت آموزش مدل ارتباطی SBAR، مهارت‌های ارتباط مؤثر و عملکرد پرستاران از ۳۴/۵ درصد به

۶۲/۰۷ درصد افزایش یافته اســـت که از نظر آماری معنی‌دار بود (۳۵).

علاوه بر این، مطالعات دیگر مشخص کرده‌اند که جریان ارتباط و تعامل در تیم درمان بهبود یافته است و شرکت کنندگان پس از استفاده از ابزار ISBAR در نقش خود احساس اطمینان بیشتری می‌کننـــد (۳۶-۳۸) و همچنیـــن در مطالعه چیـــو (Chiew) و همکاران به این نتیجه رسیدند که سیستم‌های انتقال الکترونیکی بـــا طراحـــی ISBAR می‌توانند منجر به انتقـــال اطلاعات مؤثر بین پرســـتاران برای تداوم مراقبت و پیشگیری از عوارض جانبی و ارتقـــا عملکرد پرســـتاران در مراقبت از بیمار شـــود (۳۹). در مطالعه مولر(Müller) و همکاران شواهدی مبنی بر اثربخشی به کارگیری SBAR بر نتایج بیمار و بهبود عملکرد پرستاران وجود دارد (۴۰).

نتایج دیگر مطالعه حاضر نشـــان می‌دهد میانگین عملکرد بالینی و زیرمقیـــاس های آن در گـــروه کنترل قبل و بعـــد از مداخله نیز افزایش معنی‌داری داشـــته اســـت اما ایـــن افزایش در گروه آزمون به صورت معنی‌داری بیشـــتر از گروه کنترل بوده است. از طرفی عملکرد بالینی پرســـتاران در گروه کنترل قبل از مداخله در وضعیت نامطلوب قرار داشـــته اســـت اما بعد از مداخله درصد پرســـتاران دارای عملکرد نامطلوب در زمینه ثبت عملکرد بالینی و زیر مقیاس‌های آن تقلیل یافته اســـت، کـــه از دلایل می‌تواند برگزاری جلســـات آموزشی در یک بیمارســـتان باشد که امکان افزایش آگاهی پرستاران در خصوص به‌کارگیری برنامه ISBAR بعد از مداخله در گروه کنترل باشد.

در این راســـتا نتایـــج مطالعه بیگ مرادی و همـــکاران با هدف ارزیابـــی مهارت تحویل بیمار در پرســـتاران با اســـتفاده از چک لیســـت وضعیت، ســـوابق، ارزیابی، توصیه‌ها و پیشـــنهادات در بخش‌های عمومی نشـــان داد عملکرد پرســـتاران در زمینه‌های وضعیت فعلی (۹۰ درصد)، پیشینه بالینی (۱۰ درصد) و ارزیابی سیســـتم‌های بیماران (۵۷/۵ درصد) گزارش شده است. بر اساس نتایج این مطالعه، توجه کمتری به ذکر پیشـــینه بالینی و ارزیابی سیستم‌های بیماران در حین تحویل بیمار توسط پرستاران شده اســـت. همچنین نتایج این مطالعه ارزیابی انتقال محتوا در حین تحویل بیمار توسط پرستار در بخش‌های عمومی، ضعف ارتباطی و ایمنی و همچنین خطاهایی در عملکرد پرســـتاران در ایران را در مقایسه با پرســـتاران سایر کشورها نشـــان داد. به طور کلی، پرستاران به جای رعایت استانداردها، به جنبه‌های روتین مراقبت از بیمار توجه بیشـــتری داشتند. علاوه بر این، آن‌ها اهمیت بیان پیشـــینه بالینی و ارزیابی وضعیت سیستم بیماران را در دو حوزه ارائه شده در چک لیست ISBAR توسط وزارت بهداشت نادیده گرفتند. بنابراین انتقال اطلاعات به صورت ناقص انجام شده است. که این امر مستلزم برگزاری دوره‌های آموزشی تحویل بیمار برای پرستاران جهت اطمینان از ایمنی بیمار می‌باشد (۲۴).

اگرچه ISBAR به طور منظم در دنیای غرب مورد استفاده قرار می‌گیرد و به مؤثر بودن آن پی برده شده است، اما استفاده از این تکنیک در بخش‌های اورژانس بـــا توجه به ازدحام بیماران مورد غفلت واقع می‌شـــود، اکنون زمان آن است که پرستاران اهمیت رویکرد استاندارد برای تحویل بیمار از یک شیفت به شیفت دیگر و یا از یک مراقب به مراقب دیگر را درک کرده و در روش بالینی خود بدان عمل کنند تا نتیجه مثبتی برای بیماران به وجود آورند و در نتیجـــه نقش مهمی در عملکرد بالینی پرســـتاران و ایمنی بیمار ایفا کنند. علاوه بر آن، اســـتفاده از ابزار ارتباطی ISBAR به آموزش علمی تمام کارکنان بالینی و تغییر فرهنگ برای تداوم کاربرد بالینی و حفظ چارچوب‌های ارتباطی ساختارمند از سوی تمام تأمین گران نیاز دارد. بنابراین مدیران پرســـتاری کشـــور با همکاری وزارت بهداشت، می‌توانند با برنامه‌ریزی صحیح و ایجاد شرایط مناسب در مراکز درمانی سطح کشور متناسب با هر بخش و گروه‌هـــای مختلف بیماران مانند بیماران ترومای ســـر و گردن این زمینه را فراهم ســـازند تا امکان ارائه ابزار ارتباطی ISBAR مختـــص آنان در اختیار پرســـتاران قـــرار بگیرد. لذا پیشـــنهاد می‌گردد اســـتفاده از این تکنیک به کلیه پرســـتاران و پزشکان آموزش داده شود و در مطالعات آینده اثربخشی سایر روش‌های نوین آموزشـــی بر دانش و عملکرد پرستاران و نقش به‌کارگیری مدل ارتباطی ISBAR در تحویل بیمار بین پزشکان و پرستاران و بررسی نتایج آن بر روی بیماران مورد بررسی قرار گیرد. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر انجام مطالعه در یک بیمارستان و در بخش‌هـــای مختلف و غیر همگن به علت عدم مراجعه بیماران ترومای سر و گردن به بیمارستان‌های نظامی دیگر، کم بودن بازه زمانی جهت پیگیری پرســـتاران و عدم بررسی ماندگاری آموزش در بازه‌های زمانی طولانی‌تر و مقایسه سایر روش‌های آموزشی به

دلیل محدود بودن زمان مطالعه بود.

به طور کلی پژوهش حاضر نشان داد که به‌کارگیری مدل ارتباطی ISBAR منجر به بهبود عملکرد پرستاران در تحویل بالینی بیماران ترومای سر یا گردن می‌شود. همچنین لازم به ذکر است که مزیت مطالعه حاضر در استفاده از مدل ISBAR برخلاف سایر مطالعات است. در این مدل حرف I که شامل شناسایی صحیح بیمار می‌باشد در جهت بهبود این مدل معرفی شده است که در مطالعات مطرح شده این قسمت از این مدل وجود نداشته است. همچنین در خصوص چک لیست عملکرد بالینی پرستاران، لازم به ذکر است که بعضی از آیتم‌های این چک لیست از ضریب همبستگی مناسبی برخوردار نبوده بنابراین در مطالعات بعدی باید مورد بررسی قرار گرفته و با ضریب همبستگی (کاپا) محاسبه شود. امید است نتایج این مطالعه بتواند به‌عنوان یک مطالعه مبتنی بر شواهد در زمینه مراقبت‌های پرستاری در جهت ارتقا و بهبود سطح عملکرد آنان در کمیته مدیریت صحیح بیماران ترومای سر یا گردن به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان مراقبت‌های حیطه پرستاری مورد استفاده قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی آجا در تاریخ ۱۴۰۰/۰۹/۲۹ با شماره ۵۱۴۰۰۷۹۹ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش، مدیران و مسئولین محترم بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران که در به ثمر رسیدن این پژوهش ما را یاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

بدین وسیله کلیه نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Montagna S, Croatti A, Ricci A, Agnoletti V, Albarello V, Gamberini E. Real-time tracking and documentation in trauma management. Health Informatics J. 2020; 26(1): 328-41. DOI:10.1177/1460458219825507 PMID: 30726161
2. Levine HB. Trauma, process and representation. Int J Psychoanal; 2021; 102(4):794-807. DOI:10.1080/00207578.2020.1841923 PMID: 34357847
3. Harvin JA, Maxim T, Inaba K , Martinez-Aguilar MA, King D R, Choudhry A J, et al. Mortality after emergent trauma laparotomy: A multicenter, retrospective study. J Trauma Acute Care Surg. 2017 Sep; 83(3): 464-68. DOI: 10.1097/TA.0000000000001619 PMID: 28598906 PMCID: PMC5573610
4. Girard E, Jegousso Q, Boussat B, François P, Ageron F X, Letoublon C, et al. Preventable deaths in a French regional trauma system: A six-year analysis of severe trauma mortality. J Visc Surg
. 2019; 156(1): 10-16. DOI:10.1016/j.jviscsurg.2018.05.002 PMID: 29807729
5. Cohen TN, Cabrera J S , Litzinger T L , Captain K A , Fabian M A , Miles S. G, et al. Proactive safety management in trauma care: Applying the human factors analysis and classification system. J Healthc Qual. 2018; 40(2): 89-96. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000094 PMID: 28671897
6. Gutowski P, Meier U , Rohde V, Lemcke J. Von der Brelie C . Clinical outcome of epidural hematoma treated surgically in the era of modern resuscitation and trauma care. World Neurosurgery. 2018; 118: 167e-74e. DOI:10.1016/j.wneu.2018.06.147 PMID: 29959068
7. Sonesson L, Boffard K , Lundberg L , Rydmark M, Karlgren K . The potential of blended learning in education and training for advanced civilian and military trauma care. . Injury. 2018; 49(1): 93-6. DOI:10.1016/j.injury.2017.11.003 PMID: 29126602
8. Havaei F, Dahinten V S , MacPhee M. Effect of nursing care delivery models on registered nurse outcomes. SAGE Open Nurs . 2019; 5: 2377960819869088. DOI:10.1177/2377960819869088 PMID: 33415250 PMCID: PMC7774368
9. Petrenko VA, Gillespie J W. Paradigm shift in bacteriophage-mediated delivery of anticancer drugs: from targeted 'magic bullets' to self-navigated 'magic missiles'. Expert Opin Drug Deliv. 2017; 14(3): 373-84. DOI: 10.1080/17425247.2016.1218463 PMID: 27466706 PMCID: PMC5544533
10. Herawati VD ND, Hartiti T, Dwiantoro L. The effectivenessof coaching using SBAR (situation, background,assessment, recommendation) communication tool on nursing shift handovers. . Belitung Nursing Journal. 2018; 4(2): 177-85. DOI:10.33546/bnj.464
11. Raeisi A RM, Soltani F. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. J Educ Health Promot. . 2019; 8: 173. DOI: 10.4103/jehp.jehp_460_18 PMID: 31867358 PMCID: PMC6796291
12. Schmidt T, Kocher D, Mahendran P, Denecke K.

23. Cho H-H, Nam K-h, Park J-S, Jeong H-E, Jung Y-J. The effect of simulation training applying SBAR for nursing students on communication clarity, self-confidence in communication, and clinical decision-making ability. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. 2020; 21(7): 73-81. DOI:10.5762/KAIS.2020.21.7.73

24. Beigmoradi S, Pourshirvani A, Pazokian M, Nasiri M. Evaluation of nursing handoff skill among nurses using situation-background-assessment-recommendation checklist in general wards. Evidence Based Care Journal. 2019; 9(3): 63-8. DOI: 10.22038/ebcj.2019.40897.2078

25. Moore L, Champion, H., Tardif, P. A., Kuimi, B. L., O'Reilly, G., Leppaniemi, A., et al Impact of trauma system structure on injury outcomes: A systematic review and meta-analysis. World Journal of Surgery.42(5):1327-39. DOI:10.1007/s00268-017-4292-0

26. Khaksar. A, Pashaii sabet F, Momenyan S, Abbasi M, Karimi Z. The Impact of SBAR Communication Model on Observance of Patient Safety Culture by Nurses of the Emergency Department of Shahid Beheshti Hospital in Qom in 2017. IJNR. 2020; 15(1): 49-58. (Persian) URL: http://ijnr.ir/article-1-2151-en.html

27. National accreditation standards of Iranian hospitals (the version referred to in the fifth round of national accreditation), supervision and accreditation office of the vice president of medicine, ministry of health, medical education. 2022. URL:https://accreditation.behdasht.gov.ir

28. Ghonem NME-S, El-Husany WA. SBAR shift report training program and its effect on nurses' knowledge and practice and their perception of shift handoff communication. SAGE Open Nurs. 2023; 9: 23779608231159340. DOI:10.1177/23779608231159340 PMID: 36861055 PMCID: PMC9969440

29. Abela-Dimech F, Vuksic O. Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. Arch Psychiatr Nurs. 2018; 32(5): 729-36. DOI:10.1016/j.apnu.2018.04.004 PMID: 30201201

30. Inanloo A, Mohammadi N, Haghani H. The effect of shift reporting training using the SBAR tool on the performance of nurses working in intensive care units. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2017; 3(1): 51-6. DOI:10.32598/jccnc.3.1.51

31. Norouzi. J, Jafari Golestan N, Pishgooie SAH. A Comparative Study on the Effect of lecture and multimedia Training of applying SBAR communication model on Emergency Nurses' Knowledge, attitude and performance of nursing documentation in Selected Military Hospitals. Military Caring Sciences. 2020;6(4):257-66. http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-325-en.html.

32. Linch GFdC, Lima AAA, Souza ENd, Nauderer TM, Paz AA, da Costa C. Impacto de una intervención educativa en la calidad de los anotaciones de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25. e2938. DOI: 10.1590/1518-8345.1986.2938

33. Haddeland K, Marthinsen GN, Söderhamn U, Flateland SM, Moi EM. Experiences of using the ISBAR tool after Dynamic Pocket Card for Implementing ISBAR in Shift Handover Communication. Stud Health Technol Inform. 2019 :267: 224-9. DOI: 10.3233/SHTI190831 PMID: 31483276

13. Young JQ, Irby D M , Barilla-LaBarca M L , Ten Cate O, O'Sullivan P S. Measuring cognitive load: Mixed results from a handover simulation for medical students. Perspect Med Educ. 2016; 5(1): 24-32. DOI:10.1007/s40037-015-0240-6 PMID: 26759306 PMCID: PMC4754212

14. Billings C, Cook R I, Woods D D, Miller C. Incident reporting systems in medicine and experience with the aviation safety reporting system. In 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.

15. Chiew L, Bakar, S. B. A., Ramakrishnan, S., Cheng, P. L. C., Karunagaran, Y., & Bunyaman, Z. B. Nurse's perception and compliance on identification, situation, background, assessment and recommendation (isbar) tools for handoff communication in tertiary hospital, dammam. Malaysian Journal of Medical Research (MJMR). 2019; 3(4): 26-32. DOI:10.31674/mjmr.2019.v03i04.004

16. Pakcheshm B, Bagheri I, Kalani Z. The impact of using "ISBAR" standard checklist on nursing clinical handoff in coronary care units. Nursing Practice Today. 2020; 7(4): 266-74. DOI:10.18502/npt.v7i4.4036

17. Shahid S TS. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care–a narrative review. Safety in Health. 2018;4(1):7. DOI: 10.1186/s40886-018-0073-1

18. Uhm JU, Young K; Suhee K. Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: A quasi-experimental study. Nurse Educ Today. 2019; 80: 78-84. DOI:10.1016/j.nedt.2019.05.034 PMID: 31280009

19. Chae M. The effect of simulation-based SBAR education programs for nursing students. International Journal of IT-based Public Health Management. 2019; 6(1): 53-8. DOI:10.21742/IJIPHM.2019.6.1.09

20. Xing C, Zhou Y, Li M, Wu Q, Zhou Q, Wang Q, et al . The effects of CPBL+ SBAR teaching mode among the nursing students. Nurse Educ Today. 2021;100: 104828. DOI:10.1016/j.nedt.2021.104828 PMID: 3366781

21. Kim YH, Choi Y S, Jun H Y, Kim M J . Effects of SBAR program on communication clarity, clinical competence and self-efficacy for nurses in cancer hospitals. . The Korean Journal of Rehabilitation Nursing. 2016; 19(1): 20-9. DOI:10.7587/kjrehn.2016.20

22. Kim HY, Jeong, Y. J., Kang, J., & Mun, H. S. The Effect of SBAR reports on communication clarity and nurse-physician collaborative relationships: A one group pretest-posttest design. Journal of Muscle and Joint Health,. 2016; 23(2): 105-13. DOI:HYPERLINK "http://dx.doi. org/10.5953/JMJH. 2016.23.2.105" \t "_blank" 10.5953/JMJH. 2016. 23.2.105

Nurse Educ Today. 2014; 34(6): e53-e7. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.10.007

38. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. J Multidiscip Healthc. 2015; 8: 33-7. DOI: 10.2147/JMDH.S72623 PMID: 25609978 PMCID: PMC4298312
39. Chiew L, Bakar SBA, Ramakrishnan S, Cheng PLC, Karunagaran Y, Bunyaman ZB. Nurse's perception and compliance on Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation (ISBAR) tools for handoff communication in tertiary hospital, Dammam. Malaysian Journal of Medical Research (MJMR). 2019; 3(4): 26-32. DOI: 10.31674/mjmr.2019 .v03i04.004
40. Müller M, Jürgens J, Redaèlli 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):e022202. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022202.
an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. Intensive Crit Care Nurs. 2022; 70: 103195. DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103195 PMID: 35094916
34. Jeong JH, Kim EJ. Development and evaluation of an SBAR-based fall simulation program for nursing students. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2020; 14(2): 114-21. DOI: 10.1016/j.anr.2020.04.004 PMID: 32335316
35. Diniyah K. Pengaruh Pelatihan SBAR Role-Play terhadap Skill Komunikasi Handover Mahasiswa Kebidanan. Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit. 2017;10:35-46. . DOI:10.18196/jmmr.6125
36. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. Resuscitation. 2013; 84(9): 1192-6. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016 PMID: 23537699
37. Foronda C, Gattamorta K, Snowden K, Bauman EB. Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: A pilot study.