

تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۳ سال ۱۳۹۳ صفحه ۴ - ۱

ارزیابی ابزار سنجش میزان رعایت استانداردهای تحویل نوبت کاری پرستاری در بخش های بالینی بیمارستان

جعفر صادق تبریزی^۱، سعدی امینی^{۲*}، شهریار مختاری^۳، کیسو علیزاده بی پناه^۴، سعید ملک پور^۴، فاطمه زریئی کاوگانی^۵، آمنه میرزایی^۶

چکیده

زمینه و اهداف: در مراکز سلامت، اطلاعات بالینی بیمار به طور مرتب بین کارکنان مراقبتی منتقل می شود. یکی از موارد رایج نقل و انتقال اطلاعات در زمان تحویل نوبت کاری پرستاران در بیمارستان است که انجام دادن صحیح آن به برنامه مراقبت بیمار، تأمین ایمنی و تسهیل انتقال دقیق اطلاعات کمک می کند. هدف از این مطالعه، بررسی روایی و پایایی چک لیست ارزیابی میزان رعایت استانداردهای تحویل نوبت کاری در بخش های بالینی می باشد.

مواد و روش ها: به منظور تعیین روایی چک لیست، دو جلسه پانل خبرگان با حضور ۱۰ نفر کارشناس خبره در حوزه بالینی برگزار گردید که طی آن، روایی به صورت کیفی و با بحث و اجماع شرکت کنندگان بررسی و اصلاح شد. پایایی چک لیست نیز با استفاده از مطالعه پایلوت در ۴ بخش از بیمارستان و محاسبه آلفای کرونباخ با تعداد ۲۸ مورد تحویل نوبت کاری در ۳ شیفت صبح، ظهر و شب محاسبه گردید.

یافته ها: در بررسی روایی، چک لیست اولیه به دو چک لیست تحویل بیمار و تحویل تجهیزات و بخش تقسیم شد که به ترتیب شامل ۲۷ و ۷۲ آیتم بود. پایایی چک لیست مربوط به تحویل بیمار با آلفای کرونباخ ۰/۹۱۵۵ و چک لیست مربوط به تحویل تجهیزات و بخش با آلفای کرونباخ ۰/۸۷۷۹ مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری: تأیید چک لیست توسط روش های علمی و آماری به کار رفته، حاکی از توانایی بالای ابزار بوده و می توان از آن به عنوان یک ابزار ارزیابی تحویل شیفت در بخش های بالینی عمومی، در راستای ارتقای کیفیت خدمات دریافتی توسط مشتریان نظام سلامت استفاده شود.

کلیدواژه ها: تحویل نوبت کاری پرستاری، روایی و پایایی

۱. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی / گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی تبریز

۲. دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات دانشجویی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

(Email: saadiamini25@gmail.com)

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. بخش گوش و حلق و بینی، مرکز آموزشی درمانی امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵. گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۶. واحد حاکمیت بالینی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

امروزه پیشگیری از خطاهای پزشکی قبل از اتفاق افتادن آن، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است و در مرحله بعدی تلاش می شود زمانی که خطایی اتفاق افتاد تا حد امکان از عوارض بعدی کاسته شود. اگر چه خطاهای پزشکی عمدتاً عمدی نیستند، ولی تلاش برای کاهش این اشتباهات و خطاهای پزشکی نه تنها سبب نجات جان افراد بسیاری می شود، بلکه بار هزینه هنگفت درمان عواقب این خطاها را نیز از دوش جامعه و سیستم های بهداشتی بر خواهد داشت (۱).

ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت های سلامت است (۲). خدمات نایمن علاوه بر داشتن عواقب ناخوشایند برای بیمار و خانواده وی، باعث وارد آمدن فشار روانی بر کارکنان سیستم سلامت و افراد جامعه می گردد (۳).

بر اساس شواهد موجود تخمین زده می شود که در کشورهای در حال توسعه از هر ده بیمار به یک نفر در حین دریافت خدمات بیمارستانی، آسیب و جراحت وارد می گردد. به طور قطع در مقایسه با سایر بخش های خدماتی و صنعتی، بخش سلامت یکی از پرخطرترین بخش هاست (۴و۵).

یکی از اجزای کلیدی در ارتقای ایمنی بیمار، استمرار و تداوم در امر مراقبت از بیمار است. تحویل شیفت یا نوبت کاری، انتقال مسئولیت مراقبت بیمار از یک ارائه دهنده خدمات سلامت به دیگری و در حال حاضر یک اقدام جهانی برای ارتقای تداوم در امر مراقبت می باشد (۶). انتقال اطلاعات ضروری و مسئولیت مراقبت بیمار از یک ارائه دهنده خدمت به دیگری یکی از اجزای جدایی ناپذیر ارتباطات در نظام سلامت است. این نقطه حساس انتقال به عنوان تحویل شیفت یا HO (Hand Over) شناخته شده است (۷-۹). به منظور کاهش خطر اشتباهات پزشکی، تغییر و تحول بین شیفت های کاری در بیمارستان به یک عملکرد ضروری کارکنان تبدیل شده است (۱۰). در طول مدتی که بیمار در بیمارستان حضور دارد، با چندین انتقال از بخش های مختلف تشخیصی و سطوح مراقبت مواجه می شود که در هرگام از فرآیند انتقال، باید اطلاعات بیمار بین پرسنل بیمارستان در همان شیفت و در طول تغییر شیفت انتقال داده شود (۱۱).

اتفاقات ناخواسته و ریسک های مربوط به ایمنی بیمار می تواند یکی از آثار HO غیر موثر باشد. انستیتو پزشکی آمریکا گزارش می دهد که به دلیل HO ناقص، ایمنی بیمار در مرحله اول با شکست مواجه می شود (۱۲). روش های مختلفی برای فرآیند HO وجود دارد؛ از جمله می توان به گزارش های شفاهی، استفاده از دست نوشته، به صورت بالینی، تلفنی، استفاده از ضبط صوت، به صورت کتبی، گزارش های الکترونیکی و نسخه های چاپی اشاره کرد. در بین این روش ها نقطه قوت

HO به صورت بالینی تمرکز بر روی بیمار در گزارش تحویل می باشد (۱۱).

بررسی متون توسط مک کنا (Mc Kenna) در سال ۱۹۹۷ نشان داد که نمی توان روش خاصی را از میان روش های مختلف HO به عنوان روش برتر معرفی کرد؛ اما پیشنهاد کرد که تدوین چارچوب های نوشتاری برای فرایند HO می تواند باعث ایجاد ثبات و پایداری در عملکرد و افزایش کیفیت گزارش تعویض شیفت شود (۱۳) بالدوین (Baldwin) و مک گینیس (Mc Ginnis) با تغییر تحویل شیفت شفاهی از حالت ساختار نیافته به یک حالت ساختار یافته، همراه با تدوین دستورالعمل مربوطه و ارائه آن به کارکنان بخش در ارتباط با نحوه تحویل شیفت تا حدی توانستند بر مشکلات بخش غلبه کنند (۱۴).

با توجه به فقدان یک ابزار جامع و دقیق جهت سنجش میزان رعایت استانداردهای HO پرستاری، مطالعه حاضر با هدف بررسی روایی و پایایی چک لیست ارزیابی میزان رعایت استانداردهای تحویل شیفت انجام گردید.

مواد و روش ها

در ابتدا چک لیستی متشکل از ۱۳۵ آیتم، با استفاده از استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی شد که شامل استانداردهایی برای تحویل بیمار، تجهیزات و بخش بود. برای تعیین روایی چک لیست، دو جلسه پانل خبرگان (Expert Panel) با حضور ۱۰ نفر کارشناس خبره در زمینه بالینی برگزار گردید (جدول ۱). طی جلسات فوق، بررسی روایی چک لیست به صورت کیفی و با روش دلفی حضوری انجام گرفت. فن دلفی رویکرد یا روشی سیستماتیک در تحقیق برای استخراج نظرات از یک گروه از متخصصان در مورد یک موضوع یا یک سؤال است (۱۵).

روش کار به این شکل بود که طی جلسه اول، چک لیست بین ۱۰ نفر از صاحب نظران توزیع شد و نحوه امتیاز دهی به آیتم های آن به اعضای پانل توضیح داده شد. به نحوی که به هر یک از آیتم های چک لیست از لحاظ قابلیت اجرایی، اهمیت و ضرورت از صفر تا نه امتیاز داده می شد. سپس چک لیست ها بعد از دو روز جمع آوری و میانه امتیازاتی که به هر آیتم تعلق گرفته بود، محاسبه گردید. در طی جلسه دوم مواردی که میانه امتیازات آن ها کمتر از سه بود حذف شده و مواردی که میانه امتیازات آن ها بیشتر از هفت بود پذیرفته شدند، همچنین مواردی که میانه امتیازات آنها سه تا هفت بود، طی جلسه مورد بحث و بررسی بیشتر قرار گرفتند و در مورد اصلاح، تأیید و یا حذف آن ها تصمیم گیری شد.

به منظور بررسی پایایی چک لیست، از بین بیمارستان های خصوصی و دانشگاهی شهر تبریز ۴ بیمارستان امام رضا (ع)،

قرار گرفت. همچنین روش جمع آوری داده ها به این ترتیب بود که پس از ارائه معرفی نامه کتبی و گرفتن مجوز و هماهنگی با مسئولان بیمارستان ها و پس از توضیح اهداف مطالعه، محققین در زمان تحویل HO در بخش حضور پیدا کرده و با مشاهده فرایند تحویل، چک لیست را بدون ذکر مشخصات فردی پرسنل برای هر فرآیند HO تکمیل می نمودند. جهت پی بردن به پایایی چک لیست آلفای کرونباخ به عنوان شاخص سازگاری درونی محاسبه شد. آلفای کرونباخ یکی از متداول ترین روش های اندازه گیری اعتماد پذیری و یا پایایی پرسشنامه ها می باشد.

شهیدمدنی (آموزشی و درمانی)، شمس (خصوصی) و ۲۹ بهمن (تأمین اجتماعی) با روش نمونه گیری آسان (از لحاظ مسافت و همکاری) انتخاب شدند. از بیمارستان امام رضا (ع) بخش توراکس و از بیمارستان های دیگر بخش جراحی مردان به روش نمونه گیری آسان جهت جمع آوری داده انتخاب گردیدند. تعداد نوبت های کاری جهت بررسی چک لیست در هر بخش تا رسیدن به اشباع داده ها (تکراری شدن نحوه ی HO) ادامه یافت. به طوری که بررسی HO در سه شیفت با بررسی هفت مورد HO ادامه یافته و با تکرار داده ها روند متوقف شد که در مجموع ۲۸ مورد تحویل شیفت مورد بررسی

جدول ۱. اعضای Expert Panel

ردیف	سمت	فراوانی
۱	دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	۱
۲	رئیس دفتر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز	۱
۳	کارشناس معاونت درمان	۲
۴	کارشناس حاکمیت بالینی	۱
۵	مترون	۱
۶	سرپرستار	۴
جمع		۱۰

یافته ها

در بررسی روایی، با توافق صاحب نظران چک لیست به دو بخش "تحویل بیمار" و "تحویل تجهیزات و بخش" تقسیم شد. سپس در قسمت تحویل بیمار با حذف ۴ مورد که میانه امتیاز آن ها کمتر از سه بود و ادغام ۴ مورد دیگر که میانه امتیاز آن ها بین سه تا هفت بود، تعداد موارد آن از ۳۵ به ۲۷ کاهش پیدا کرد که به صورت کلی شامل کنترل وضعیت بیمار، سرم ها و انفوزیون خون، کنترل کاتترها، پانسمان ها و کلیه اقدامات درمانی انجام شده برای بیمار می باشد. در قسمت تحویل تجهیزات و بخش نیز، با حذف ۱۷ مورد که میانه امتیازات آن ها کمتر از سه بود و ادغام ۱۱ مورد دیگر که میانه امتیاز آن ها بین سه تا هفت بود، تعداد موارد آن از ۱۰۰ به ۷۲ کاهش یافت که شامل کنترل تجهیزات بخش، ترالی احیا، داروها و لوازم مصرفی، دفاتر بخش، وسایل اتاق بیمار، یخچال دارویی و نظافت بخش می باشد. چک لیست نهایی با ۲۷ مورد در قسمت "تحویل بیمار" و ۷۲ مورد در قسمت "تحویل تجهیزات و بخش" مورد تأیید صاحب نظران قرار گرفت. برای تعیین پایایی چک لیست نیز قسمت تحویل بیمار و تحویل تجهیزات و بخش به صورت جدا از هم بررسی شدند. چک لیست مربوط به تحویل بیمار با آلفای کرونباخ ۰/۹۱۵۵ و چک لیست مربوط به تحویل تجهیزات و بخش با آلفای کرونباخ ۰/۸۷۷۹ مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

هدف از مطالعه حاضر، بررسی روایی و پایایی چک لیست ارزیابی میزان رعایت استانداردهای HO بود. با توجه به بالا بودن آمار خطاهای پزشکی و غیر قابل جبران بودن برخی از آن ها تدوین یک چارچوب HO استاندارد ضروری به نظر می رسد. در یک ارزیابی تجربی از عمل HO مهابارا (Mhabhara) و همکارانش (۲۰۰۸) نشان دادند که تنها ۳۳ درصد اطلاعات با استفاده از تحویل شفاهی انتقال داده می شود؛ در حالی که تحویل شفاهی همراه با یادداشت باعث بهبود انتقال اطلاعات تا ۹۲ درصد می شود (۱۱). در مطالعه ای دیگر بابر (Bhabra) و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهش خود درباره ی HO به این نتیجه رسیدند که تنها ۲/۵ درصد از اطلاعات بیماران با روش تحویل شیفت شفاهی (verbal-only)، ۸۵/۵ درصد با روش تحویل شفاهی همراه با نوشته (verbal with note taking) و ۹۹ درصد از اطلاعات بیماران در صورت استفاده از پرینت کلیه اطلاعات بیمار (printed handout) انتقال پیدا می کند (۱۶).

مطالعه آقای نیکولاس (Nicholas) و همکارانش (۲۰۰۸) در ولز نشان داد که هیچ گونه استاندارد برای عمل تحویل شیفت وجود ندارد و تنها ۲ مورد از ۱۷ بیمارستان مورد بررسی، از چک لیست استاندارد شده HO استفاده می کردند. در ۱۳ مورد از ۱۷ بیمارستان مذکور از کاردکسی که لیست بیماران روی آن نوشته شده است استفاده می شد. تحویل شفاهی،

پزشکی احتمالی استفاده نمود. چک لیست تدوین شده در نگاه اول چک لیست نسبتاً طولانی به نظر می رسد؛ اما در صورت استفاده در بخش ها و با نظر کارشناسان و خبرگان امر از سراسر ایران می تواند کوتاه تر و ساده تر گردد؛ به شرط اینکه لطمه ای به دقت و جامعیت آن وارد نشود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از اعضای محترم پانل خبرگان، معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کلیه مسئولان، سرپرستاران و پرستاران بیمارستان های امام رضا (ع)، شهید مدنی، شمس و ۲۹ بهمن که در این پژوهش نهایت همکاری را داشته اند کمال تشکر را به عمل آورند.

مستعد از دست رفتن داده ها و تأثیر گذاری روی کیفیت مراقبت می باشد. لذا انجمن پزشکی بریتانیا در راهنمای HO خود تحت عنوان " تحویل ایمن بیمار ایمن" استفاده از پیش طرح استاندارد شده و فناوری اطلاعات مرتبط با HO را توصیه می کند (۱۰). با توجه به این که در حال حاضر در کشور ما غالباً گزارش تحویل نوبت کاری به صورت شفاهی و با استفاده از کاردکس و بدون پیروی از یک دستورالعمل واحد صورت می گیرد و بیشتر پرستاران با اتکا به پرونده و کاردکس از زیر بار انجام HO شانه خالی می کنند (۱۷) و با در نظر گرفتن این موضوع که روایی و پایایی چک لیست تهیه شده مورد تأیید قرار گرفته است، می توان از آن به عنوان ابزاری ارزشمند جهت ارزیابی میزان رعایت استانداردهای تحویل شیفت در بخش های عمومی به منظور کاستن از خطاهای

منابع

1. دشمنگیر لیلا. اکبری ساری، علی. نگاهی به میزان ماهیت و علل اتفاقات ناخواسته در ایران و جهان. فصلنامه بیمارستان، ۸۷؛ ۸(۳): ۴۵-۴۸
2. Nash D, Goldfarb N. The Quality Solution: The Stakeholders Guide to Improving Health Care. 1st Edition, Jones & Bartlett Publishers: UK, 2006
3. Medical errors: the scope of the problem (an epidemic of errors). [Cited 2008 Nov 17]. Available from: www.ahrq.gov/qual/errback.htm
4. 10 facts on patient safety. [Cited 2008 Nov 20]. Available from: www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.html
5. Essen EK. Establishing patient safety culture. Nursing & Allied Health Source 2002; 5: 13-19
6. اعتضادی جمع، تکتم، ملک زاده، جواد، مظلوم، سیدرضا، سعیری، علیرضا. راهنمای مدون تحویل نوبت کاری پرستاری: روشی برای اطمینان از عملکرد ایمن پرستاران در بخش های مراقبت ویژه، فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد، ۱۳۹۱؛ ۲(۲): ۷-۱۷
7. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Clinical handover and patient safety literature review report. 2005. Available at: <http://www.safetyandquality.org/index.cfm?page=Publications#clinhovrlit>. Accessed January 5, 2006.
8. Patterson ES, Roth EM, Woods DD, et al. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: Lessons for health care operations. Int J Qual Health Care 2004;16(2):125-132.
9. Solet D, Norvell JM, Rutan GH, et al. Lost in translation: Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. Acad Med 2005;80:1094-1099.
10. A Ferran N, J Metcalfe A, O'Doherty D. Standardised proformas improve patient handover: Audit of trauma handover practice. US National Library of Medicine National Institutes of Health 2008 September 2:24
11. Ronda G. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Chapter 34. Handoffs: Implications for Nurses . Agency for Healthcare Research and Quality : 2008: 815-862
12. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
13. McKenna L. Improving the nursing handover report. Professional Nurse. 1997; 12 (9) 637-639.
14. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handover: do we really need them. Journal of nursing management 2003 june 12(37-42)
15. احمدی، نسیمه. معرفی و نقد روش دلفی. نشریه علوم اجتماعی، ۱۳۸۸؛ ۱۰۰: ۲۲-۱۰۸
16. Gevdeep B, Samuel M, Pedro M, David D. An experimental comparison of handover methods. Ann R Coll Surg Engl 2007;89:298-300
17. حنیفی، نسرین. محمدی، عیسی. بررسی علل عدم گزارش نویسی صحیح پرستاران. فصلنامه حیات، ۱۳۸۲؛ ۱۰(۲): ۳۹-۴۶