

ارتقاء سطح معیارهای اخلاقی در فرآیند تحویل شیفت پرستاران بر اساس یک مطالعه اقدام پژوهی

راحله ثابت سروستانی^{۱*}، زهرا هادیان شیرازی^۲

۱- استادیار دانشگاه نجم الدین اربکان، کونیا، ترکیه

۲- زهرا هادیان شیرازی، استادیار، مرکز مراقبت‌های روان جامعه‌نگر، بخش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.10, No.3&4, Fall & Winter 2022

چکیده:

مقدمه: فرآیند تحویل شیفت، یک قسمت حیاتی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته محسوب می‌گردد. رعایت اصول اخلاقی در این فرآیند توسط پرستاران الزامی است. بنابراین ارتقاء آگاهی پرستاران در زمینه اصول اخلاقی و تحویل شیفت ضروری به نظر می‌رسد. این تحقیق، با هدف ارتقاء سطح معیارهای اخلاقی، در زمان تحویل شیفت پرستاری، انجام گردید.

روش کار: این بررسی با روش باهم‌پژوهی، در یک دوره ۱۹ ماهه، در بخش داخلی کودکان بیمارستان نمازی شیراز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در استان فارس (۱۳۹۱-۱۳۹۲) به اجرا درآمد. شرکت‌کنندگان شامل ۱۲ پرستار، ۲ بهیار، سرپرستار بخش و یک پژوهشگر به عنوان تسهیل‌گر بودند. ابتدا تنگنای تحویل شیفت پرستاری در بستر مطالعه، توسط مشارکت‌کنندگان و تسهیل‌گر با روش مصاحبه و مشاهده و ضبط صداها کشف شد. سپس در دو جلسه بازاندیشی گروهی، برنامه عملیاتی طراحی، اولویت‌بندی برنامه‌ها مشخص و توانمندسازی مشارکت‌کنندگان انجام شد. اجرای برنامه عملیاتی و غوطه‌وری در عمل، به مدت ۴ ماه طول کشید. در پایان چرخه اول، ارزشیابی اولیه، با کمک مشارکت‌کنندگان انجام گردید. چرخه دوم، با بازاندیشی بر نتایج و درس‌های آموخته شده در مرحله قبل آغاز و جلسه‌های بازاندیشی گروهی، انجام شد. سپس برنامه عملیاتی جدید طراحی و در مرحله غوطه‌وری در عمل به اجرا درآمد. در نهایت تسهیل‌گر و مشارکت‌کنندگان به ارزشیابی نتایج نهایی پرداختند. داده‌های جمع‌آوری شده به روش تلفیق‌سازی، با روش تحلیل محتوایی - استقرایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین قضاوت‌ها درباره بیمار قبل از بررسی ۱۳ درصد، در چرخه اول، ۷ درصد، و در چرخه دوم، ۳ درصد، بود. قضاوت‌ها درباره مراقبت از بیمار، قبل از مطالعه ۶/۹ درصد، در چرخه اول و دوم قضاوتی شنیده نشد. قضاوت درباره وضعیت روانی - شخصیتی بیماران قبل از تحقیق ۹/۶ درصد بود. در حالی که در چرخه اول و دوم به صفر رسیده بود. قضاوت درباره همکاری‌ها نیز قبل از پژوهش ۲۱/۵ درصد، در حالی که در چرخه اول و دوم به صفر رسیده بود. تفاوت در تمامی ابعاد از نظر آماری معنادار بود ($p \leq 0/001$). در کل تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در کل به استخراج ۱۳۵۱ کد اولیه منجر شد. دسته‌بندی کدها به کشف دو طبقه اصلی منتهی گردید که تنگنای تحویل شیفت پرستاری را نشان می‌دادند. یکی از محدودیت‌های تحویل شیفت، کم توجهی به ملزومات اخلاقی و قانونی بود.

نتیجه‌گیری: تحویل شیفت پرستاری، با مسائل اخلاقی و قانونی ارتباط تنگاتنگی دارد و آشنایی با آن‌ها برای پرستاران مهم و لازم می‌باشد. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که کدهای اخلاقی در زمان تحویل شیفت پرستاری، به پرستاران و دانشجویان پرستاری آموزش داده شود.

واژگان کلیدی: معیارهای اخلاقی، تحویل شیفت، اقدام پژوهی

J Educ Ethics Nurs 2022;10(3&4):68-78

مقدمه

هدف آن انتقال اطلاعات اساسی برای مراقبت ایمن و همه‌جانبه از بیماران است [۱،۲]. این فرآیند در بیمارستان‌های مختلف، به روش‌های متفاوتی از جمله؛ گزارش کلامی چهره به چهره در

فرآیند تحویل شیفت، یک قسمت حیاتی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته، محسوب می‌گردد. این فرآیند، نظامی از ارتباط میان پرستاران است که در بین تغییر شیفت انجام می‌گردد و

*نویسنده مسئول، نشانی: استادیار دانشگاه نجم الدین اربکان، کونیا، ترکیه.

پست الکترونیک: Rahelehabet88@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۳۱۲۲۶۳۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲۲

توانایی تخریب ارتباطها و اعتمادها را دارند[۴]. منفی‌گرایی ناخودآگاه، فرافکنی، اصول تأیید نشده، اعتقادات و پیش‌فرض‌ها پایه‌ای برای ارائه مراقبت شده و منجر به تحلیل بردن روابط و ارزش‌های اخلاقی خواهد شد. این صحبت‌ها، قضاوت‌های اخلاقی درباره صحت تصمیم گرفته شده است و می‌تواند منجر به شعله‌ور کردن و عمیق تر کردن تضادها و قربانی کردن احتمالی همکاران گردد. گاهی با بیان جملاتی از قبیل «این جراح به ندرت اطلاعات صحیحی در مورد عمل جراحی به بیمار می‌دهد» شخصیت یک پزشک زیر سؤال می‌رود، که بدون تأیید و واضح‌سازی، این اعتقادات اشتباه، قضاوتی و منحرف‌کننده تبدیل به داستان‌هایی حقیقی خواهند شد که از یک شیفت به شیفت بعدی منتقل خواهد شد. محتوای این پیش‌فرض‌ها و نتایج می‌تواند در گزارش‌های بیمار، کیفیت، محتوا و نیت روابط نیز، منعکس گردد. این موارد منفی ساختگی که شیفت به شیفت دست به دست می‌شود منجر به اختلال در روابط، همکاری‌ها، کار گروهی و شکسته شدن اعتمادها خواهد شد. از آنجایی که گزارش شیفت پرستاری برای تبادل اطلاعات، ارزش‌ها و اصول است، آگاهی از اصول اخلاقی در زمان تحویل شیفت به پرستاران در مورد مسئولیت‌های خود جهت تقویت و حمایت از استانداردهای اخلاقی، در تمامی جنبه‌های کار خود از قبیل گزارش شیفت پرستاری، کمک می‌نماید [۱۰]. بنابراین ارتقاء آگاهی پرستاران در زمینه اصول اخلاقی تحویل شیفت، ضروری به نظر می‌رسد. تجربه‌های پژوهشگر و سایر تحقیق‌ها نشان می‌داد که این فرآیند در ایران، با مشکلاتی همراه است و نیاز به ارتقای آن، کاملاً احساس می‌گردد [۱۱]. به دلیل پیچیدگی ماهیت این فرآیند، وابستگی زیاد آن به زمینه و بافت فرهنگی خاص، انجام بررسی‌های بیشتر در این حیطه لازم است؛ به طوری که بر اساس دانش فعلی نمی‌توانیم تغییرات لازم برای بهینه‌سازی نظام‌های ارائه خدمات بهداشتی را ایجاد نماییم. بنابراین انجام پژوهش‌های کیفی، که در محیط طبیعی انجام گرفته و راهکارهای عملی را بیازماید ضروری است. از آنجایی که تشریح تلاش‌ها و خلاقیت برای رسیدن به این هدف، یک ضرورت انکارناپذیر است به نظر می‌رسد چنین کوششی به ویژه در قالب یک پژوهش، تنها از طریق اقدام پژوهی (Action research)، میسر می‌باشد. در اقدام پژوهی همه افراد شاغل در محیط پژوهش برای طراحی، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل، ارزشیابی و انتشار نتایج آن حضور دارند که به این ترتیب معیارهای توانمندسازی و استقلال را تأمین می‌سازد. اقدام پژوهی، روش مفیدی برای تغییرات سازمانی و حرفه‌ای بوده و به طور فزاینده‌ای در محیط‌های حرفه‌ای و سازمانی به کار گرفته می‌شود [۱۲]. بنابراین این تحقیق، با هدف

اتاق کنفرانس یا در کنار تخت بیمار، تا ضبط صدا و گزارش کتبی صورت می‌پذیرد [۳]. محتوای فرآیند تحویل شیفت پرستاری، باید به طور متعادل دربرگیرنده اطلاعات پزشکی، پرستاری، روانی اجتماعی، معنوی و دیگر عوامل زمینه‌ای باشد و همه این اطلاعات را به طور یکسان داشته باشد. توجه بیش از حد به جنبه‌های پزشکی مانع ارائه مراقبت کل نگر خواهد شد [۴، ۵]. گزارش‌های پرستاری باید به اندازه کافی وسیع باشد تا بتواند مراقبت کل نگر و اهداف طولانی مدت را در نظر بگیرد و از طرفی به اندازه کافی اختصاصی باشد تا اهداف کوتاه مدت را در نظر گرفته و به تفاوت‌های فردی توجه نماید [۶]. پژوهش‌ها نشان داده است که فرآیند تحویل شیفت، زمانی است که اطلاعات متعددی در رابطه با خانواده‌ها و نحوه سازگاری آن‌ها مبادله می‌شود. این فرآیند فرصتی برای برچسب زدن به خانواده‌ها و تبعیض گذاشتن بین آن‌ها می‌باشد. کلمات و لحنی که برای بیان این اطلاعات استفاده می‌شود بر روی ادراکات پرستاران مراقبت‌کننده شیفت بعد، بسیار تأثیر گذار بوده و می‌تواند منجر به ایجاد برخی پیش‌فرض‌ها و کوتاهی در امر مراقبت از کودک و کناره‌گیری از خانواده آن‌ها گردد. زمانی که استرس یا روش‌های سازگاری والدین توسط پرستاران، به معنای دیگری تعبیر شود و این برداشت‌ها و قضاوت‌ها در زمان تحویل شیفت مبادله گردد؛ مراقبت خانواده محور خدشه‌دار خواهد شد [۷-۹]. روستان (Rushton)، بیان کرده است که گزارش‌های پایان شیفت می‌تواند فرصتی برای غیبت کردن، سرزنش کردن و شکل‌گیری پیش‌فرض‌های نامناسب نسبت به بیماران و عدم اعتماد و قضاوت‌های غیراخلاقی و اشتباه گردد. حتی فرصتی برای غیبت کردن در مورد سایر همکاران در گروه درمانی است که می‌تواند باعث ایجاد تضادهای گوناگون و عدم اعتماد در بین افراد تیم درمانی گردد [۴].

در گذشته، گزارش شیفت پرستاری به عنوان روشی برای ارائه اطلاعات مربوط به گروه پرستاری جهت هدایت اعمال پرستاری، ارائه پیشرفت بیمار، اهداف درمان و برنامه‌های مراقبتی و تعیین اولویت‌های روزانه طراحی شده بود. این گزارش‌ها محکمه‌ای برای تبادل واقعیت‌های رسمی و غیررسمی پزشکی، روانی اجتماعی، معنوی، حل مسأله، رد و بدل کردن حمایت، ساخت روابط و مدیریت تضاد است. همچنین فرصتی برای تبادل ارزش‌ها، عقاید، ادراکات و قضاوت‌ها به حساب می‌آید. وقتی که گزارش‌های پرستاری با روش‌های اخلاقی ارائه گردد خواه ناخواه کیفیت و امنیت مراقبت از بیمار ارتقا یافته و همچنین ارتباطها تقویت شده و کارآمدی تیم و عملکردها تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. در حالی که، گزارش شیفت پرستاری می‌تواند فرصتی برای غیبت کردن، روابط توهین‌آمیز و سرزنش‌ها شود که همگی

ارتقاء معیارهای اخلاقی در پرستاران در زمان تحویل شیفت با روش اقدام پژوهی انجام گردید.

روش کار

این پژوهش با روش با هم پژوهی، در یک دوره ۱۹ ماهه، در بخش داخلی کودکان بیمارستان نمازی شیراز، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در استان فارس (۱۳۹۲-۱۳۹۱) به اجرا در آمد. شرکت کنندگان شامل؛ ۱۲ پرستار بالینی، ۲ بهیار، سرپرستار بخش و یک پژوهشگر دانشگاهی به عنوان تسهیل گر طی دو چرخه متوالی شامل؛ هشت مرحله به بازاندیشی و عمل برای تغییر پرداختند. محقق دانشجوی دکتری پرستاری بود و سابقه کار در این بخش را به مدت ۲ سال داشت. در ابتدا مجوز اجرای طرح از کمیته اخلاق دانشگاه اخذ شد. ورود به عرصه و تولید داده‌ها پس از گرفتن مجوزهای رسمی انجام گردید. نمونه گیری مشارکت کنندگان بر اساس نمونه گیری آسان بود و کل پرسنل بخش در صورت رضایت در مطالعه مشارکت کردند. در دو جلسه توجیهی که در زمان‌های مختلف برگزار شد توضیح‌های لازم در مورد اهمیت و اهداف تحقیق به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و به سؤال‌های آن‌ها پاسخ داده شد. در پایان جلسه، برگه رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که در صورت تمایل به شرکت در تحقیق تا پنج روز بعد، رضایت‌نامه امضاء شده را به سرپرستار بخش تحویل دهند. همه پرستاران بخش رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. در مرحله اول، تسهیل کننده به همراه مشارکت کنندگان محدودیت‌های تحویل شیفت پرستاری در بستر مطالعه را کشف کردند. مرحله دوم، مشارکت کنندگان در دو جلسه بازاندیشی گروهی، به طراحی برنامه عملیاتی و اولویت بندی برنامه‌ها پرداختند. در همین مرحله تلاش برای توانمند سازی مشارکت کنندگان صورت گرفت. با توجه به تنگناها، دو جلسه کارگاه آموزشی، درباره اصول اخلاقی و قانونی تحویل شیفت برای پرستاران برگزار گردید. در مرحله سوم، برنامه عملیاتی با توجه به اولویت‌ها اجرا گردید و غوطه‌وری در عمل به مدت ۴ ماه ادامه یافت. این برنامه شامل؛ اجرای تحویل شیفت با توجه به استانداردها، پیروی از پروتکل‌ها و چک لیست‌های ایجاد شده در جلسه‌های بازاندیشی و به کارگیری آموخته‌ها در جلسه‌های آموزشی اصول اخلاقی و قانونی، تحویل شیفت بود. در پایان چرخه اول (مرحله چهارم)، ارزشیابی اولیه با کمک مشارکت کنندگان انجام گردید. چرخه دوم، با بازاندیشی بر نتایج و درس‌های آموخته شده در مرحله قبل آغاز گردید و مشارکت کنندگان در جلسه‌های بازاندیشی گروهی شرکت کردند. در مرحله ششم و هفتم، برنامه عملیاتی جدید، طراحی و در مرحله

غوطه‌وری در عمل، به اجرا در آمد. در مرحله هشتم، تسهیل گر با کمک مشارکت کنندگان به ارزشیابی نتایج نهایی پرداختند. مراحل و گام‌های اقدام پژوهی، در جعبه شماره ۱ خلاصه شده است.

جمع‌آوری داده‌ها، به روش تلفیق‌سازی هم‌زمان صورت گرفت که شامل؛ مشاهده، مصاحبه و ضبط صداهای تحویل شیفت پرستاری بود. یکی از اهداف ما، مشخص کردن کمیت محتوای روابط کلامی، در زمان، تحویل شیفت پرستاری در مراحل مختلف مطالعه بود. برای رسیدن به این هدف، از روش تحلیل محتوای کمی، که به شمارش کلمات در متن می‌پردازد استفاده شد [۱۳، ۱۴]. بنابراین در این زمینه، مرحله اول، بررسی صداهای مربوط به ۹ جلسه فرآیند تحویل شیفت پرستاری (در شیفت‌های مختلف) توسط یک دستگاه ضبط گردید. در این ۹ جلسه، تحویل شیفت پرستاری گزارش ۱۳۰ بیمار ارائه شده بود. ضبط صداها با آگاهی کامل افراد و کسب اجازه از آن‌ها انجام گردید. بلافاصله پس از ضبط، صداها کلمه به کلمه بازنویسی و تایپ شدند و مورد تجزیه و تحلیل کمی و کیفی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل صداها، تسهیل گر با مروری بر متون یک چک لیست تهیه و در یک جلسه با حضور ۵ نفر از اعضای با سابقه بخش محتوای روابط کلامی، در زمان تحویل شیفت پرستاری، در این بخش مشخص گردید و کمیت روابط کلامی بر اساس این فرم در مراحل مختلف ارزیابی گردید [۱۵]. بازنویسی و تجزیه و تحلیل صداها با مشارکت ۳ نفر از اعضای گروه انجام گردید. داده‌های کمی مطالعه شامل فراوانی کلمات به کار رفته در زمان تحویل شیفت بود که با استفاده از آزمون کای اسکور و آزمون آنالیز واریانس با نرم افزار آماری SPSS تحلیل شدند. داده‌های کیفی به صورت مصاحبه، مشاهده و جلسه‌های بحث گروه متمرکز، جمع‌آوری شدند و با به کارگیری روش تحلیل محتوای کیفی و کمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از نرم افزار Maxq10 استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج چرخه اول

نتایج صداهای ضبط شده و تجزیه و تحلیل محتوایی کمی آن‌ها قبل از تحقیق و در چرخه اول، نشان داد که گزارش‌های تحویل شیفت پرستاری جامع نبود. اطلاعات فیزیکی و پزشکی بیشترین درصد را داشتند (بیشتر از ۱۰٪) و اطلاعات روحی، روانی و موارد مربوط به خانواده درصد بسیار کمی داشتند (کمتر از ۵٪) و قسمت عمده‌ای از صحبت‌ها، مربوط به قضاوت‌ها بود که فراوانی آن‌ها قبل و بعد از پژوهش مقایسه شده اند (جدول ۱).

مشاهده شماره ۱۲: «پرستاران در حال ارائه گزارش در ایستگاه پرستاری بودند. شروع صحبت‌ها با رفتار نامناسب زردنت بخش با بیمار بود.»

همچنین مرحله سوم، منجر به طراحی یک راهنما برای تحویل شیفت پرستاری بر بالین بیمار گردید (شکل ۱).

نتایج چرخه دوم

در چرخه دوم، فقط صداهای ضبط شده در زمان تحویل شیفت بررسی شدند. نتایج تجزیه و تحلیل محتوای کمی صداهای ضبط شده هنگام تحویل شیفت در چرخه دوم، نشان داد که گزارش‌های پرستاری در پایان چرخه دوم، جامع‌تر شده بود. تقریباً قضاوت‌ها شنیده نمی‌شد، در حالی که تأکید گزارش‌ها بر مراقبت‌های پرستاری بود و به تمامی جنبه‌های بیمار (فیزیکی، روحی، روانی و خانواده) تأکید می‌شد (جدول ۱). قضاوت‌های بیان‌شده در گزارش‌های پرستاری در طول تحقیق با استفاده از آزمون کای اسکور مقایسه شده‌اند. میانگین قضاوت‌ها درباره بیمار قبل از مطالعه ۱۳ درصد، در چرخه اول ۷ درصد، و در چرخه دوم ۳ درصد بود. قضاوت‌ها درباره مراقبت از بیمار قبل از بررسی ۶/۹ درصد، در چرخه اول و دوم، قضاوتی شنیده نشد. قضاوت درباره وضعیت روانی-شخصیتی بیماران قبل از پژوهش ۹/۶ درصد، در حالی که در چرخه اول و دوم به صفر رسیده بود. قضاوت درباره همکاری نیز قبل از مطالعه ۲۱/۵ درصد، در حالی که در چرخه اول و دوم، به صفر رسیده بود. تفاوت در تمامی ابعاد از نظر آماری معنادار بود ($p \leq 0.01$) (نمودار ۱).

نمونه ای از بازاندیشی یک پرستار در پایان چرخه دوم: بازاندیشی پرستار شماره ۴

- با این روش زمان را بهتر می‌توان مدیریت کرد.
- برنامه ریزی جهت ارائه خدمات به بیماران راحت‌تر شده است.
- همکاری به روش بهتر بین کارکنان انجام می‌گیرد.
- حس احساس مسئولیت بهتر شده است.
- رازداری در مورد بیماران و مسائل خانوادگی آن‌ها را بهتر می‌توانیم انجام دهیم.
- کارها سریع‌تر پیش می‌رود.
- جهت روند بهتر کارها و مدیریت زمان از حاشیه‌گویی پرهیز شود.

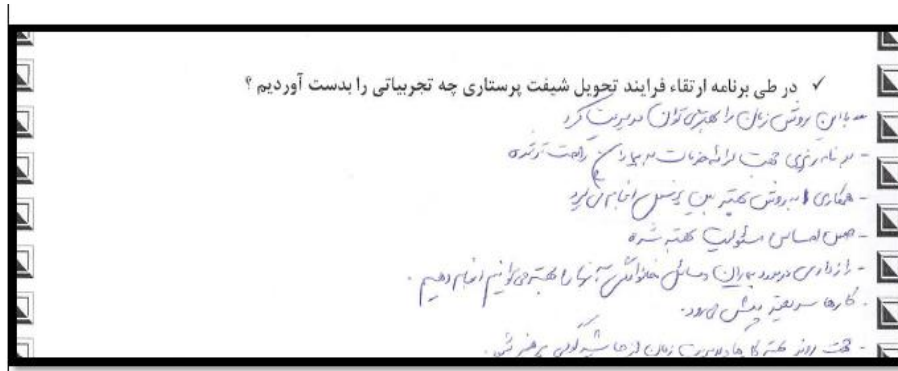
همچنین در چرخه اول، محدودیت‌های تحویل شیفت، با روش‌های مصاحبه، مشاهده و ضبط صدا بررسی شد. در کل تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در کل به استخراج ۱۳۵۱ کد اولیه منجر شد. دسته‌بندی کدها به کشف دو طبقه اصلی (رویکرد غیر جامع و مدیریت ضعیف) و طبقات فرعی (محتوای جامع بدون ساختار، مشارکت اخلاقی و عملی کم پرستاران و رویکرد غیر بیمار محور) منتهی گردید که تنگنای تحویل شیفت پرستاری را نشان می‌دادند (جدول ۲). که در این مقاله تنها به طبقه کم توجهی به ملزومات اخلاقی و قانونی پرداخته می‌شود. یکی از محدودیت‌های تحویل شیفت، کم توجهی به ملزومات اخلاقی و قانونی است. رعایت اصول اخلاقی توسط پرستاران در زمان تحویل شیفت به خصوص در بخش‌های کودکان، باعث ارتقای کیفیت مراقبت خواهد شد با این وجود پژوهش حاضر کم توجهی پرستاران به ملزومات اخلاقی را نشان داد. جمله‌های زیر مثال‌هایی از این طبقه هستند.

پرستار شماره ۵ این موضوع را چنین بیان می‌کند: «برخی پرستاران در زمان ارائه گزارشات در مورد بیماران و همراهان، حرف‌هایی می‌زنند که این صحبت‌ها کاملاً بر ذهن من به عنوان یک پرستار تازه‌کار و نحوه مراقبت از بیمار تأثیر دارد، مثلاً وقتی می‌گن که فلان بازدیدکننده مشکل داده دیگر به اتاق او کمتر می‌رم یا خیلی با او حرف نمی‌زنم.»

صدای شماره ۱ مربوط به گزارش صبح: «فلان بیمار می‌گما تو رو خدا یه فکری به حال این بکنین + چکارش کنیم؟ اول که یه خورده مشکل اخلاقی جنسی داره!!!»

صدای شماره ۲ مربوط به گزارش شب: «فلانی هم ویزیتورش یه بند رو nerve هست یه بند هر نیم ساعت یه بار میاد سوال می‌پرسه...»
صدای شماره ۶ مربوط به گزارش عصر: «فلان دکتر هم هیچ چیز نمی‌دونه هر چی بهش می‌گیم، میگه خوبه بعد میگه من نگفتم.»

مشاهده شماره ۷: «در حال تحویل شیفت بر بالین بیمار شماره ۸ هستیم. پرستار در حال ارائه توضیحات به سایرین درباره مشکلات خانوادگی و مالی بیمار هست در حالی که ۳ بیمار دیگر در اتاق هست و همراهان آن‌ها هم گوش می‌دهند.»



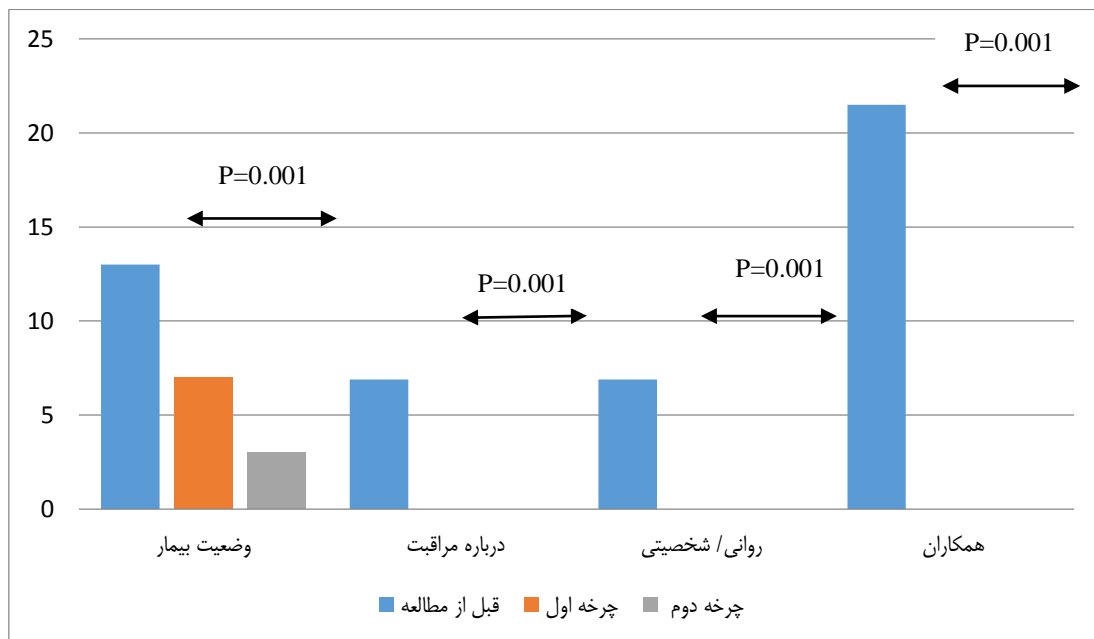
جدول ۱: فراوانی اطلاعات ارائه شده در زمان تحویل شیفت پرستاری در چرخه اول و دوم

متغیر	چرخه اول		چرخه دوم		متغیر	چرخه اول		چرخه دوم	
اطلاعات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	اطلاعات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اطلاعات عمومی									
اسم	۱۳۰	۱۰۰	۲۵	۱۹/۲	مشاوره‌ها	۱۰۰	۱۰۰	۲۵	۲۰
سن	۲۵	۱۹/۲	۷۲	۵۵/۳	داروها	۷۵	۷۵	۵۰	۲۹
تشخیص	۵۴	۴۱/۵	۸	۶/۱	مداخله‌های جراحی	۱۰۰	۱۰۰	۸	۸
اطلاعات زمینه‌ای	۲۱	۱۶/۱	۵۷	۴۳/۸	آزمایش‌ها	۲۵	۲۵	۲۵	۲۴
تاریخ بستری	۱۱	۸/۴	۴۶	۳۵/۳	برنامه مراقبتی	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵
تاریخچه پزشکی	۲۹	۲۲/۳	۱۶	۱۲/۳	دستورهای پزشکی	۳۵	۳۵	۱۰	۱۰
وضعیت فیزیکی									
عملکرد تنفسی	۱۰	۷/۶	۱۷	۱۳	وضعیت بیمار	۲۰	۲۵	۷	۳
هوشیاری	۷	۵/۳	۹	۶/۹	درباره مراقبت	۲۰	۲۵	۰	۰
بی‌قراری	۱۱	۸/۴	۹	۶/۹	وضعیت روانی بیمار	۲۵	۳۰	۰	۰
وضعیت ادرار	۱۶	۱۲/۳	۲۸	۲۱/۵	درباره همکاری‌ها	۲۵	۳۰	۰	۰
رژیم غذایی	۳۷	۲۸/۴	-	-	-	۴۰	۴۵	-	-
استفراغ	۱۰	۷/۶	-	-	-	۱۵	۲۰	-	-
اندازه‌های فیزیکی									
فشارخون	۲۲	۱۶/۹	۱۲	۹/۲	انتقال بیمار	۴۵	۵۰	۳	۰
درجه حرارت	۳۳	۲۵/۳	۳	۲/۳	بستری	۶۰	۶۶	۰	۰
وزن	۱۶۱	۱۲/۳	۳۰	۲۳	مشکلات کلی	۲۵	۳۵	۵	۰
ورود و خروج مایعات	۳۲	۲۴/۶	۱۷۱	۳	مرخص شدن	۶۰	۷۰	۵	۰
مداخله‌های پرستاری									
مراقبت پرستاری	۳۷	۵۲	۳	۲/۳	اجتماعی	۸۵	۹۰	۲۸	۲۸
برنامه پرستاری	۲۸/۴	۴۰	۳	۲/۳	وضعیت روانی	۸۵	۹۰	۲۵	۲۸
نیازهای مراقبتی	۱۵	۱۱/۵	۵	۳/۸	وضعیت عملکردی	۵۵	۶۰	۳۵	۴۰
-	-	-	۱	۰/۷۱	معنوی روحانی	-	-	۱	۵
-	-	-	۸	۶/۱	درک و فهم	-	-	۲۵	۲۵

جدول ۲: محدودیت‌های تحویل شیفت پرستاری

زیر طبقات	طبقات
محتوای فاقد ساختار تحویل شیفت پرستاری. محتوای غیر جامع تحویل شیفت پرستاری. مشارکت محدود پرستاران. کم توجهی پرستاران به ملزومات اخلاقی. مشارکت محدود خانواده.	رویکرد غیر جامع
مدیریت محدود فضا و مکان. مدیریت محدود وظایف.	مدیریت منفعل

نمودار ۱: مقایسه فراوانی کلمات به کار برده شده (قضاوت‌ها) در چرخه اول و دوم



جعبه ۱: چرخه های باهم پژوهی و مدت زمان آن ها در این پژوهش

چرخه	نام مرحله	مدت زمان
چرخه اول (۱۲ ماه)		
مرحله اول	شناخت وضعیت موجود: جمع آوری اطلاعات مربوط به فرآیند تحویل شیفت با استفاده از مصاحبه، مشاهده و ضبط صداها در زمان تحویل شیفت شروع شد.	۴ ماه
مرحله دوم	برنامه ریزی برای تغییر: بعد از شناسایی تنگناها، چند جلسه بازاندیشی برای برنامه ریزی و پیدا کردن راهکارها منطبق با محیط و امکانات برگزار گردید.	۴ ماه
مرحله سوم	غوطه وری در عمل: با کمک تمامی تیم راهکارهای پیشنهادی به اجرا در آمد. از قبیل آموزش و برگزاری جلسه‌های متعدد بازاندیشی، تهیه استانداردها و پروتکل ها و ...	۲ ماه
مرحله چهارم	ارزشیابی اولیه: بعد از اجرای مداخله‌ها، مجددا فرآیند تحویل شیفت با استفاده از روش‌های مشاهده و ضبط صداها مورد ارزیابی قرار گرفت.	۲ ماه
چرخه دوم (۶ ماه)		
مرحله اول	بازاندیشی گروهی: بعد از ۲ ماه، مجددا برای بررسی وضعیت موجود چند جلسه بازاندیشی، برای شناسایی مشکلات فعلی برگزار گردید.	۱ ماه
مرحله دوم	برنامه برای تغییر مجدد: در پایان جلسه‌های بازاندیشی یک برنامه جدید برای تحویل شیفت طراحی شد.	۱ ماه
مرحله سوم	غوطه ور شدن در عمل: این برنامه برای مدت ۳ ماه به اجرا در آمد.	۳ ماه
مرحله چهارم	ارزشیابی نهایی: بعد از اجرای مداخله‌ها، مجددا فرآیند تحویل شیفت با استفاده از روش‌های مشاهده و ضبط صداها مورد ارزیابی قرار گرفت.	۱ ماه

۱- آمادگی

- بیان بخش نا مه ها یا قوانین جدید یا تغییرات احتمالی در جریان مراقبت‌ها.
- بیان نکته آموزشی جدید مربوط به بخش.
- رعایت موارد اسپتیک قبل از رفتن به بالین بیماران.
- آماده کردن مقدمات تحویل شیفت بر بالین.
- مطلع کردن بیماران در مورد اینکه شیفت کاری پرستاران تمام شده و باید برای تغییر شیفت آماده باشند.
- هدایت کردن همراهان اضافی به خارج از اتاق و آماده شدن جهت بیان تاریخچه بیمار و نیازهایشان.
- بیان آمار بخش، بیماران با دو اسم مشابه.
- تقسیم وظایف توسط سرپرستار.

۲- معرفی

- برقراری ارتباط با بیمار و همراهان در بدو ورود به اتاق (نحوه ایستادن دور تخت بیمار مهم است).
- معرفی پرستاران جدید و بیان تخصص آن‌ها توسط سرپرستار.
- خداحافظی کردن پرستاران قبلی و تشکر از پرستاران.
- 3- تبادل اطلاعات
- تبادل اطلاعات بین پرستاران قبلی و پرستاران جدید با زبان ساده.
- مراقبت‌هایی که انجام شده از قبیل: داروها، سرم‌ها، مراقبت‌های پرستاری، تست‌ها و پیگیری‌ها.
- مراقبت‌هایی که در شیفت بعد قرار است انجام شود از قبیل: انجام تست‌ها یا پیگیری‌ها و...
- فراهم کردن فرصت جهت پرسیدن سؤال و رفع ابهام توسط پرستاران.

مروری بر سیستم‌ها

- عصبی.
- ریوی
- قلبی عروقی.
- گوارش.
- ادراری تناسلی.
- پوست و زخم.
- وضعیت روانی، اجتماعی و معنوی.
- خانواده.

۴- مشارکت بیمار

- به بیمار و همراهان او فرصت دهید که سؤال بپرسند یا مطلبی اضافه نمایند.
- به بیمار اجازه دهید که مطالب را تأیید نمایید.

۵- ارزیابی بیمار با روش (A,B,C,I&O,P,S)

- (A) راه هوایی: مطمئن شوید که راه هوایی بیمار باز است و مشکلی ندارد.
- (B) تنفس کردن: تعداد و عمق تنفس را بررسی نمایید.
- (C) جریان خون: خون‌رسانی بافتی را با نبض، دمای پوست و رنگ انتهاها بررسی نمایید.
- (I) درون دادها: هر ماده‌ای که وارد بدن می‌شود را بررسی نمایید (لوله‌ها، باتل‌ها، دستگاه‌های الکتریکی متصل) و صحت برق آن‌ها است. بافت اطراف آن ناحیه را نیز بررسی نمایید. مطمئن شوید که بر سر راه لوله و اتصالات پیچ خوردگی و انسدادی وجود ندارد.
- (O) برون دادها: چه موادی از بدن خارج می‌شوند، میزان آنها چقدر است و ویژگی‌های آن‌ها چیست؟ پانسمان‌ها، درن‌ها، ابزارها و وسایلی که به بیمار وصل هستند را به دقت چک کنید. آیا نیاز به خالی شدن، تغییر مکان و یا تقویت شدن دارند؟ تمامی برگه‌های بالای تخت مریض را بررسی نمایید.
- (P) بررسی درد و سطح راحتی بیمار
- از بیمار در مورد میزان درد احتمالی یا واقعی سؤال بپرسید. آیا عواملی هستند که موجب افزایش یا کاهش درد او شوند؟ میزان راحتی بیمار را در مورد پوزیشن، درجه حرارت، اضطراب و استرس او جویا شوید
- (S) ارزیابی ایمنی بیمار و محیط اطراف او
- آیا سیستم‌های ساکنین و اکسیژن سالم هستند؟ آیا تخت سالم است و در موقعیت مناسب قرار دارد؟ آیا محدودکننده بر اساس قوانین استفاده شده‌اند؟ آیا زنگ خطر در دسترس است؟

شکل ۱: «راهنمای تحویل شیفت بر بالین بیماران»

بحث

در کل، پژوهش حاضر نشان داد که فرآیند تحویل شیفت می‌تواند فرصتی برای غیبت کردن، برچسب زدن به سایر افراد، تخریب روابط، اعتماد در بین پرستاران و سایر همکاران باشد. در ابتدای تحقیق، میزان قضاوت‌ها و پیش‌فرض‌ها دربارهٔ بیماران و مراقبت از آن‌ها، وضعیت روانی-اجتماعی بیماران و غیبت دربارهٔ همکاران بالا بود. بنابراین یکی از اهداف این تحقیق ارتقای کمیت و کیفیت محتوای گزارش‌های کلامی از نظر تعادل در کلمات به کار برده شده از نظر توجه به تمامی ابعاد فیزیکی، روحی-روانی، اجتماعی و معنوی بیماران، توجه هم‌زمان به ابعاد پزشکی و پرستاری و خانواده آن‌ها شد. با توانمندسازی کارکنان و تهیهٔ چارچوب راهنما جهت تحویل شیفت پرستاری با نظر مشارکت‌کنندگان این هدف محقق گردید. همان‌طور که داده‌ها در مراحل مختلف بررسی نشان می‌دهد در بیشتر ابعاد تفاوت آماری معناداری، بین فراوانی کلمات به کار برده شده هنگام فرآیند تحویل شیفت پرستاری وجود داشت. محتوای گزارش‌ها جامع و کامل شده بود و به تمامی ابعاد بیمار و خانواده توجه می‌شد. گزارش‌های پرستاری، محور و فاقد حاشیه‌هایی از قبیل؛ قضاوت‌ها، برچسب‌ها و پیش‌فرض‌ها شده بود. تقریباً تمامی متون به اهمیت تهیه یک چارچوب راهنما جهت ارائهٔ گزارش‌ها به صورت منظم، ساختارمند و جامع اشاره کرده‌اند و در این تحقیق نیز این چارچوب با همکاری و مشارکت پرستاران تهیه و در کارگاه‌های آموزشی تمرین‌های لازم در زمینهٔ به‌کارگیری آن به صورت مناسب ارائه گردید. پژوهش‌های مختلف به اهمیت استفاده از یک چارچوب منظم در جهت ارتقاء تحویل شیفت پرستاری و بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری، همواره اشاره کرده‌اند. در این زمینه مطالعه‌ای در ایران توسط اعتضادی جمع و همکاران (۱۳۹۱)، در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام گردید که هدف آن بررسی تأثیر استفاده از یک راهنمای مدون تحویل شیفت پرستاری بر عملکرد ایمن پرستاران، در حیطهٔ مراقبت‌های قلبی-تنفسی، مراقبتی-وریدی و دادن داروها بود. در کل نتایج این تحقیق نشان داد که استفاده از یک راهنمای مدون، می‌تواند باعث بهبود عملکرد مراقبتی ایمن پرستاران در زمینهٔ قلبی-تنفسی، کاهش بروز خطاهای دارویی و بهبود مراقبت از وریدها گردد [۱۷، ۱۶]. نتیجهٔ تحقیق حاضر هم‌راستا با نتایج پاین (Payn) و همکاران (۲۰۰۰)، بود که نشان داد، قضاوت کردن در زمان تحویل شیفت شایع است [۱۸]. کلماتی که پرستاران در توصیف خانواده‌ها در طی تحویل شیفت استفاده می‌کنند می‌تواند به صورت کامل بر نحوهٔ مراقبت سایر پرستاران اثرگذار باشد. اگر چه هدف گزارش‌ها، ضمن تحویل شیفت پرستاری تبادل اطلاعات عینی است، این گزارش‌ها معمولاً به همراه قضاوت‌های ارزشی و

بر چسب‌ها می‌باشد. این صحبت‌ها می‌تواند فرصت خانواده‌ها جهت یادگیری مهارت‌های لازم جهت مدیریت مشکلات فرزندشان را محدود نماید و باعث می‌شود که آن‌ها نتوانند نیازهای ضروری‌شان را بر طرف سازند و مشارکت آن‌ها را در مراقبت کاهش می‌دهد. بنابراین ارائه گزارش‌های عاری از این برچسب‌ها و قضاوت‌ها به خصوص در بخش‌های کودکان، ضروری است [۱۹]. کدهای اخلاقی پرستاران در ایران (۱۳۸۹)، به ثبت رسیده‌اند؛ اما لازم است که کدهای اخلاقی، در تمامی عملکردهای پرستاری و در تمامی سطوح مثل تحویل شیفت پرستاری تعریف شوند و این اصول اخلاقی را به پرستاران آموزش داد. انجمن پرستاران آمریکا، در زمینهٔ راهنمایی برای اصول اخلاقی تحویل شیفت پرستاری، کدهای اخلاقی ارائه کرده‌اند [۲۰]، اما از آنجایی که ایران یک کشور اسلامی است و غیبت کردن، برچسب زدن و پیش‌قضاوت‌ها بر اساس اصول دینی و مذهبی نوعی گناه محسوب می‌شوند، بدون شک لازم است که کدهای اخلاقی را بر اساس آیین‌های مذهبی و فرهنگی کشور خودمان تعریف نماییم. پرستاری در ایران یک شغل مقدس و احترام‌پذیر است و اصول اسلامی راهنمای بسیار با ارزشی دربارهٔ کدهای اخلاقی پرستاران، با توجه به فرهنگ و مذهب ایرانیان فراهم می‌نماید [۲۱]. در جوامع، به منظور برآورده شدن نیازهای قانونی افراد و حفاظت از حقوق آن‌ها، قوانین به طور دائم در حال تغییر هستند. هم‌زمان با پیشرفت تکنولوژی، نقش‌های پرستار نیز گسترش یافته و در این میان مشکلات اخلاقی و قانونی در ارتباط با مراقبت از مددجو در حال افزایش است. افراد جامعهٔ کنونی، بیشتر به حقوق خود واقف هستند و نسبت به زمان گذشته حقوق درمانی خویش را بهتر می‌شناسند و همان‌طور که مراقبت‌های سلامتی در جامعهٔ ما تکامل یافته، مفاهیم قانونی در مورد این مراقبت‌ها نیز گسترش یافته است. در این شرایط هم‌زمان و به طور مکرر، عملکرد پرستاران تحت نظارت منابع متعدد و قوانین بهداشتی قرار می‌گیرد و آشنایی پرستاران با قوانین سبب ارتقای توانایی آن‌ها از حمایت از بیماران خواهد شد. اولین قدم در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و پیشگیری از مسائل قانونی، آموزش استانداردهای حرفه‌ای در دوران دانشگاه و برگزاری کلاس‌های آموزش ضمن خدمت برای پرستاران است. پرستاران باید در مورد استانداردهای عملکرد، به طور کامل آشنایی داشته باشند و آن‌ها را در عمل اجرا کنند تا از ایجاد مشکلات قانونی اجتناب گردد. تحویل شیفت پرستاری دارای قسمت‌های مختلفی است که با مسائل قانونی ارتباط تنگاتنگی دارند و آشنایی با آن‌ها برای پرستاران ضروری است [۲۲، ۲۳].

محدودیت این تحقیق زمان بود؛ چرا که به علت پایان نامه دکتری، امکان ادامه این تغییرات و نظارت آن‌ها وجود نداشت. بنابراین محقق تصمیم گرفت که در یک نقطه به این چرخه‌ها خاتمه دهد.

نتیجه‌گیری

به طور جامع، پژوهش حاضر نشان داد که فرآیند تحویل شیفت می‌تواند فرصتی برای غیبت کردن، برچسب زدن به سایر افراد، تخریب روابط، اعتماد در بین پرستاران و سایر همکاران باشد. تحویل شیفت پرستاری دارای قسمت‌های مختلفی است که با مسائل اخلاقی و قانونی ارتباط تنگاتنگی دارند و آشنایی با آن‌ها برای پرستاران ضروری است. از آنجایی که ایران یک کشور اسلامی است و غیبت کردن، برچسب زدن و پیش قضاوت‌ها بر اساس اصول دینی و مذهبی نوعی گناه محسوب می‌شوند، بنابراین لازم است که کدهای اخلاقی، در زمان تحویل شیفت پرستاری، بر اساس آیین‌های مذهبی و فرهنگی کشور خودمان، برای پرستاران تعریف و به آن‌ها آموزش داده شود. نتایج این تحقیق، می‌تواند مبنایی برای ارتقای کیفیت خدمات، نه تنها در محل اجرای پژوهش بلکه در سایر بخش‌ها و به دست آوردن شناخت، نسبت به عوامل زمینه‌ای و فاکتورهای اساسی در روابط پرستاران، در فرآیند تحویل شیفت گردد. همچنین یافته‌های این بررسی می‌تواند زمینه‌ساز آموزش دانشجویان پرستاری و آموزش مداوم کارکنان شود. علاوه بر این، رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها، سوپروایزرها و سرپرستاران می‌توانند از نتایج پژوهش حاضر در به دست آورد شناخت عمیق‌تر نسبت به فرآیند تحویل شیفت، شرایط و مشکلات آن‌ها و بهبود عملکرد پرستاران هنگام تحویل شیفت استفاده کنند و در نهایت نتایج این پژوهش می‌تواند مبنایی برای انجام تحقیقات کمی و کیفی مختلف در آینده گردد.

در این تحقیق باهم پژوهی، تسهیل‌گر به همراه مشارکت‌کنندگان با توجه به شناختی که از بستر به دست آورده بودند برنامه عملیاتی را طراحی کردند. در طراحی برنامه عملیاتی، به آخرین توصیه‌های تحقیق‌های سایر کشورها و متون، توجه خاص مبذول شد؛ اما اجرای این روش‌ها مستلزم ظرفیت، امکانات بخش و پذیرش مشارکت‌کنندگان بود. هدف بررسی‌های اقدام پژوهی، پیچیدن نسخه آماده مطابق سایر کشورها و پژوهش‌ها نیست بلکه هدف طراحی برنامه‌ای است که با توجه به امکانات و ظرفیت‌های محیط بوده و مورد پذیرش افراد درگیر قرار گیرد تا آن تغییر نهادینه گردد و نتایج آن پایدار بماند [۲۴]. بنابراین در این تحقیق باهم پژوهی، سعی شد که تمامی برنامه‌ها و مداخله‌ها بر این اساس، شکل گیرد. از دیگر نقاط قوت این مطالعه، طراحی برنامه توانمندسازی کارکنان، با توجه به مشکلات شناخته‌شده در بستر و مشارکت فعال افراد در این آموزش‌ها بود. این مطالب با استفاده از روش‌های نوین تدریس، از جمله ایفای نقش، بارش افکار، بحث و کار گروهی، سخنرانی کوتاه به مشارکت‌کنندگان آموزش داده شد. نقش فعال مشارکت‌کنندگان، در طراحی و اجرای این برنامه‌های توانمندسازی در یادگیری آن‌ها نقش به‌سزایی داشت. در این تحقیق باهم پژوهی، افراد با به دست آوردن تجربه و بازاندیشی در آن‌ها، در مراحل مختلف تعمیم‌پذیری را ایجاد نمودند. چنانچه یک نفر از مشارکت‌کنندگان که در کلاس‌های توانمندسازی شرکت کرده بود اما ناچار به ترک گروه شد و در بیمارستانی دیگر مشغول به کار شده بود، اعلام کرد که در حال پیاده‌سازی فرآیند تحویل شیفت جدید در آن بخش است. به علاوه، در این گزارش تفصیلی، سعی شده است تا با توصیف کامل محیط پژوهش، شرکت‌کنندگان و همچنین روشن ساختن شرایط، امکان تصمیم‌گیری درباره مشابهت بستر پژوهش با سایر بسترها و در نتیجه قضاوت درباره قابلیت انتقال یافته‌ها به سایر موقعیت‌های بالینی برای خوانندگان گزارش فراهم شود [۲۵].

References:

1. Sabetsarvestani R, Moattari M, Nasrabadi AN. Nursing handover First ed. Tehran: Jamenegar 2020.
2. Hada A, Coyer F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes—Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nursing & Health Sciences* 2021.
3. Athwal P, Fields W, Wagnell E. Standardization of change-of-shift report. *Journal of nursing care quality* 2009; 24(2):143-7.
4. Rushton CH. Ethics of nursing shift report. *AACN advanced critical care* 2010; 21(4):380-4.
5. Kerr MP. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of advanced nursing* 2002; 37(2):125-34.
6. Anderson CD, Mangino RR. Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient? *Nursing administration quarterly* 2006; 30(2):112-22.
7. Griffin T. Bringing change-of-shift report to the bedside: a patient-and family-centered approach. *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 2010; 24(4):348-53.
8. Hutchfield K. Family-centred care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing* 1999; 29(5):1178-87.
9. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian* 2011; 18(1):19-26.
10. Hunt G, Marsden R, O'connor N. Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2012; 19(4):310-8.

11. Sabet Sarvestani R, Moattari M, Nikbakht Nasrabadi A, Momennasab M, Yektatalab S. Nursing handover: Are its principles taught in universities during bachelor's degree? Iranian journal of nursing and midwifery research 2014; 19(6):679.
12. Sarvestani RS, Moattari M, Nasrabadi AN, Momennasab M, Yektatalab S, Jafari A. Empowering nurses through action research for developing a new nursing handover program in a pediatric ward in Iran. Action Research 2017; 15(2):214-35.
13. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research 2005; 15(9):1277-88.
14. Sabet Sarvestani R, Moattari M, Nasrabadi AN, Momennasab M, Yektatalab S. Challenges of nursing handover: A qualitative study. Clinical nursing research 2015; 24(3):234-52.
15. Lamond D. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. Journal of advanced nursing 2000; 31(4):794-804.
16. Etezadi T, Malekzadeh J, Mazlom SR, Tasseeri A. Nursing handover written guideline implementation: A way to improve safe performance of nurses in intensive care units. Evidence Based Care 2012; 2(2):7-18.
17. Malekzadeh J, T Jam E, Mazlom S, Taseiri A. A STANDARDIZED SHIFT HANDOVER PROTOCOL: IMPROVING NURSES' SAFE PRACTICE IN THE AREA OF MEDICATION AND INTRAVENOUS LINE IN INTENSIVE CARE UNITS. Nursing And Midwifery Journal 2013; 11(6):0-.
18. Payne S, Hardey M, Coleman P. Interactions between nurses during handovers in elderly care. Journal of advanced nursing 2000; 32(2):277-85.
19. Ryan E, Steinmiller E. Modeling Family-Centered Pediatric Nursing Care: Strategies for Shift Report. Journal for Specialists in Pediatric Nursing 2004; 9(4):123-34.
20. Association AN. Code of ethics for nurses with interpretive statements: Nursesbooks.org; 2001.
21. Larijani B, Zahedi F, Malek Afzali H. Medical ethics in the Islamic Republic of Iran. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal 2005; 11(5-6): 1061-1072.
22. Mirzabeigi G, Salemi S, Sanjari M. Professional nursing standards Nursing association of Iran 2020 [Available from: <http://vlib.kmu.ac.ir/kmu/handle/kmu/66184>].
23. Noughani F, Sardari P. Legals issues in nursing First ed. Ghom: Sepehr; 2003.
24. Brydon-Miller M, Greenwood D, Maguire P. Why action research? : Sage publications; 2003.
25. Sabetsarvestani R, Moattari M, Nikbakhtnasrabadi A. Action research guideline First ed: Jameenegar 2020.

Improving ethics in nursing handover process in pediatric wards: an action research

Raheleh Sabetsarvestani^{1*}, Zahra Hadian Shirazi²

Received: 2021/07/15

Revised: 2021/11/2

Accepted: 2021/11/5

1. Assistant professor of nursing, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

2. Assistant professor, Community Based Psychiatric Care Research Center, Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.10, No.3&4, Fall & Winter 2022

J Educ Ethics Nurs 2022;10(3&4):68-78

Abstract:

Introduction:

The shift delivery process is a vital part of providing advanced health care. It is mandatory for nurses to observe ethical principles in this process. Therefore, raising the awareness of nurses in the field of ethics and shift delivery seems necessary. This study was conducted with the aim of improving the level of ethical criteria at the time of delivery of the nursing shift.

Methods & Materials:

This study was performed by co-research method, in a period of 19 months, in the pediatric ward of Shiraz Namazi Hospital affiliated to Shiraz University of Medical Sciences in Fars Province (2012-2013). Participants included 12 nurses, 2 nurses' aid, a ward nurse, and a researcher as facilitator. First, the bottlenecks of nursing shift delivery in the study context were discovered by the participants and the facilitator through interviews and observation and recording of voices. Then, in two group rethinking sessions, an action plan was designed, program prioritization was determined, and empowerment of participants was done. The implementation of the action plan and immersion in action took 4 months. At the end of the first cycle, the initial evaluation was performed with the help of the participants. The second cycle began with a rethinking of the results and lessons learned in the previous stage and group rethinking sessions was done. Then a new action plan was designed and implemented in the immersion phase. Finally, the facilitator and the participants evaluated the final results. The collected data were analyzed by combined method with content-inductive analysis.

Results:

Judgment on patients' psycho-personality status was 9.6% before the study. While in the first and second cycle it had reached zero. Judgment of colleagues before the study was 5.21%, while in the first and second cycle it was zero. The difference in all dimensions was statistically significant ($p \leq 0.001$). In general, the analysis of qualitative data led to the extraction of 1351 primary codes. The classification of codes led to the discovery of two main classes that showed the nursing shift delivery bottlenecks. One of the limitations of shift delivery was the lack of attention to ethical and legal requirements.

Conclusion:

Nursing shift delivery is closely related to ethical and legal issues and familiarity with them is important and necessary for nurses. Therefore, it seems necessary to teach ethical codes to nurses and nursing students at the time of delivery of the nursing shift.

Keywords: Ethical Criteria, Shift Delivery, Action Research

* Corresponding author Email: Rahelehsabet88@gmail.com