

عنوان سند: تحویل شیفت با استفاده از روش SBAR

کد سند: NO-WI-270

مقدمه

تحویل شیفت (Handover/Hand-off) یکی از حساس‌ترین فرآیندهای مراقبت از بیمار است که طی آن مسئولیت و پاسخگویی مراقبت از یک یا چند بیمار از یک عضو تیم درمان به عضو دیگر منتقل می‌شود. هدف اصلی تحویل شیفت، انتقال کامل، دقیق، به‌موقع و استاندارد اطلاعات برای حفظ تداوم مراقبت و پیشگیری از خطاهای پزشکی است. شکست در ارتباطات، به‌ویژه در زمان تحویل شیفت، از مهم‌ترین علل بروز خطاهای درمانی، حوادث ناخواسته و آسیب به بیمار محسوب می‌شود. به همین دلیل، استفاده از ابزارهای ساختاریافته مانند **SBAR** توسط منابع معتبر بین‌المللی توصیه شده است.

اهداف یادگیری

در پایان این آموزش انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

- اهمیت تحویل شیفت ایمن را توضیح دهد.
- اجزای مدل SBAR را بیان کند.
- اطلاعات ضروری هر بخش از SBAR را شناسایی نماید.
- یک تحویل شیفت استاندارد ارائه دهد.
- خطاهای رایج در تحویل شیفت را تشخیص داده و از آنها پیشگیری کند.

اهمیت تحویل شیفت ایمن

تحویل شیفت استاندارد باعث می‌شود:

- تداوم مراقبت حفظ شود .
- اطلاعات مهم بیمار از دست نرود .
- خطاهای دارویی کاهش یابد .
- تصمیم‌گیری بالینی تسهیل شود .
- همکاری بین اعضای تیم درمان افزایش یابد .
- ایمنی بیمار ارتقا پیدا کند .

SBAR چیست؟

SBAR یک ابزار استاندارد برای انتقال اطلاعات بالینی است که ارتباط بین اعضای تیم درمان را ساختارمند، مختصر و هدفمند می‌کند.

SBAR از چهار بخش تشکیل شده است:

S = Situation (وضعیت فعلی)

B = Background (سابقه و اطلاعات زمینه‌ای)

A = Assessment (ارزیابی)

R = Recommendation (توصیه یا درخواست)

بخش اول وضعیت فعلی یا Situation :

در این قسمت مهم‌ترین مشکل فعلی بیمار در چند جمله کوتاه بیان می‌شود.

اطلاعات ضروری:

- معرفی بیمار
- علت بستری
- مشکل اصلی فعلی

نمونه

خانم احمدی، ۶۵ ساله، در بخش داخلی بستری است. طی یک ساعت گذشته دچار افت فشار خون و کاهش سطح هوشیاری شده است.

ویژگی‌های یک گزارش خوب در مورد **Situation** بیمار:

- کوتاه
- واضح
- بدون اطلاعات غیرضروری
- بیان‌کننده علت اصلی ارتباط

بخش دوم اطلاعات زمینه‌ای یا **Background** :

در این بخش اطلاعاتی ارائه می‌شود که برای درک وضعیت فعلی بیمار ضروری است.

موارد مهم شامل:

- تشخیص پزشکی
- بیماری‌های زمینه‌ای
- سابقه جراحی
- آلرژی

- داروهای مهم
- نتایج مهم آزمایش‌ها
- اقدامات درمانی انجام‌شده

نمونه

- پنومونی
- دیابت نوع دو
- دریافت سفتریاکسون
- آلرژی به پنی‌سیلین
- دریافت اکسیژن ۳ لیتر در دقیقه

بخش سوم ارزیابی یا Assessment :

این قسمت مهم‌ترین بخش SBAR است.

پرستار فقط اطلاعات را منتقل نمی‌کند؛ بلکه ارزیابی حرفه‌ای خود را نیز بیان می‌کند.

موارد قابل گزارش

- علائم حیاتی
- سطح هوشیاری
- درد
- وضعیت تنفس
- وضعیت همودینامیک
- تغییرات ایجاد شده

- نگرانی بالینی

نمونه

فشار خون بیمار ۸۵ روی ۵۰ است، تعداد تنفس ۳۰، اشباع اکسیژن ۸۹ درصد و به نظر می‌رسد بیمار وارد شوک سپتیک شده باشد.

ارزیابی باید بر اساس یافته‌های واقعی و قضاوت بالینی باشد، نه حدس یا گمان .

بخش چهارم توصیه یا Recommendation:

در این قسمت مشخص می‌شود که چه اقدامی مورد انتظار است.

نمونه درخواست‌ها

- ویزیت فوری بیمار

- درخواست آزمایش

- انتقال به ICU

- تجویز دارو

- ادامه پایش

نمونه

پیشنهاد می‌کنم بیمار توسط پزشک ویزیت شود و برای انتقال به ICU ارزیابی گردد.

اصول یک تحویل شیفت استاندارد

یک تحویل شیفت ایمن باید:

- حضوری و در کنار تخت بیمار (در صورت امکان) انجام شود .

- کوتاه و هدفمند باشد .
- بر اطلاعات ضروری تمرکز کند .
- فرصت پرسش و پاسخ ایجاد کند .
- مسئولیت مراقبت را به صورت شفاف منتقل نماید .
- بدون وقفه و عوامل حواس پرتی انجام شود .

اطلاعات ضروری در تحویل شیفت پرستاری

در پایان هر گزارش SBAR، این موارد نیز باید مرور شوند:

- هویت بیمار
- تشخیص
- سطح هوشیاری
- وضعیت تنفس و اکسیژن
- علائم حیاتی
- درد
- آلرژی
- مسیرهای وریدی
- سرم‌ها
- داروهای پرخطر
- درن‌ها و کاتترها
- وضعیت پوست و زخم

- خطر سقوط
- خطر زخم فشاری
- ایزولاسیون
- رژیم غذایی
- نتایج آزمایش‌های غیرطبیعی
- اقدامات باقیمانده شیفت بعد
- برنامه درمانی

خطاهای رایج در تحویل شیفت

- انتقال اطلاعات ناقص
- ارائه اطلاعات غیرمرتبط
- استفاده از اصطلاحات مبهم
- نداشتن ترتیب مشخص
- انجام تحویل شیفت در محیط پر سر و صدا
- ندادن فرصت سؤال
- اتکا به حافظه
- عدم ثبت تغییرات مهم
- عدم بیان نگرانی‌های بالینی

نقش پرستار در تحویل شیفت ایمن

پرستار موظف است:

- اطلاعات را قبل از تحویل مرور کند .
- اطلاعات بحرانی را در اولویت قرار دهد .
- از حدس و تفسیر شخصی اجتناب کند .
- مسئولیت مراقبت را به‌طور شفاف منتقل نماید .
- اطمینان حاصل کند که دریافت‌کننده اطلاعات را به‌درستی فهمیده است .

سناریوی آموزشی

Situation

آقای رضایی، ۷۲ ساله، در بخش داخلی بستری است. طی نیم ساعت گذشته دچار افت فشار خون شده است

Background

بیمار با تشخیص سپسیس بستری است. سابقه دیابت و نارسایی کلیه دارد. امروز سفپیم دریافت کرده و آلرژی شناخته‌شده‌ای ندارد

Assessment

فشار خون ۵۰/۸۰، نبض ۱۲۵، اشباع اکسیژن ۸۸٪ با ماسک ساده، برون‌ده ادراری کاهش یافته و بیمار خواب‌آلود است

Recommendation

لطفاً بیمار فوراً توسط پزشک ارزیابی شود، برای انتقال به ICU آماده گردد و مایع‌درمانی و آزمایش لاکتات انجام شود

منابع

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *TeamSTEPPS® 3.0: SBAR Communication Tool*.
2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *PSNet: Handoffs and Signouts*.
3. AHRQ. *Making Healthcare Safer IV: Use of Structured Handoff Protocols for Intrahospital Transitions*. 2024.
4. Potter & Perry. *Fundamentals of Nursing*. Latest Edition.
5. Taylor's *Fundamentals of Nursing*. Latest Edition.
6. TeamSTEPPS® Communication Guidelines.