



Original Article

Auditing Compliance with Handoff Standards of Trauma Patients Admitted to the Emergency Ward of the Hospital in a Northeastern City in 2023

Mahdi Bagheri¹ , Sima Hejazi² , Sedigheh Rastaghi³ , Mostafa Rad^{4*}

¹ MSc Nursing Student, Student Research and Technology Committee, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, Bojnurd School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

³ Ph.D Candidate, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iranian Research Center of Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

*Corresponding author: Mostafa Rad, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iranian Research Center of Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. E-mail: mostafarad633@yahoo.com.

DOI: [10.32592/nkums.17.1.101](https://doi.org/10.32592/nkums.17.1.101)

How to Cite this Article:

Bagheri M, Hejazi S, Rastaghi S, Rad M. Auditing Compliance with Handoff Standards of Trauma Patients Admitted to the Emergency Ward of the Hospital in a Northeastern City in 2023. J North Khorasan Univ Med Sci. 2024;17(1).101-108 DOI: [10.32592/nkums.17.1.101](https://doi.org/10.32592/nkums.17.1.101)

Received: 17 Jun 2024

Accepted: 07 Sep 2024

Keywords:

Audit

Emergency medical services,

Emergency medical

technician

Emergency ward

Patient handoff

Trauma

Abstract

Introduction: Transferring a patient from one care team to another is called handoff, which has a crucial role in care quality and patient safety. This study aimed to audit compliance with handoff standards of trauma patients admitted to the hospital by emergency medical service personnel.

Method: This descriptive cross-sectional study, which focused on trauma patients, was carried out in a northeastern city during the first half of 2023. The sampling process was observational and event-based. The instrument of research was a researcher-designed checklist covering various dimensions of patient handoff standards. The validity was assessed by using qualitative face and content validity methods, while reliability was evaluated through inter-rater agreement. The data were analyzed through SPSS software version 24.

Results: A total of 361 trauma patients were analyzed. The findings showed that the average score achieved by emergency medical personnel was 13.48, which was lower than the maximum achievable score of the tool. Among the nine key dimensions, the highest average score belonged to the explanation of the process (4.73), while the lowest was related to the mechanism of injury (0.27).

Conclusion: The findings revealed that the score for compliance with handoff standards of patients was significantly lower than the average achievable score in most areas. Therefore, developing standard protocols and auditing compliance with handoff standards and their effect on the quality of patient care can be a crucial step toward enhancing patient safety.



حسابرسی میزان رعایت استانداردهای تحویل بیماران دچار تروما به بخش اورژانس بیمارستان توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی در یکی از شهرهای شمال شرق کشور در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲

مهدی باقری^۱ ID، سیما حجازی^۲ ID، صدیقه رستاقی^۳ ID، مصطفی راد^۴ * ID

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ایران
^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۳ دانشجوی دکتری، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
^۴ استاد، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ایران
* نویسنده مسئول: مصطفی راد، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ایران. ایمیل: mostafarad633@yahoo.com

DOI: 10.32592/nkums.17.1.101

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۸	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۷	مقدمه: انتقال بیمار از یک تیم مراقبتی به تیم مراقبتی دیگر که در اصطلاح تحویل نامیده می‌شود، نقش مهمی در کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار دارد. این مطالعه با هدف حسابرسی میزان رعایت استانداردهای تحویل بیماران دچار تروما به بیمارستان توسط پرسنل فوریت پزشکی انجام شده است.
واژگان کلیدی:	روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ در یکی از شهرهای شمال شرق کشور بر روی بیماران دچار تروما انجام شد. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری مشاهده‌ای و از رویداد بود. ابزار پژوهش چک‌لیستی پژوهشگر ساخته مشتمل بر ابعاد مختلف استانداردهای تحویل بیمار بود. روایی ابزار به شیوه روایی صوری کیفی و محتوایی و پایایی به شیوه ارزیابی توافق ارزیابان بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.
تحویل بیمار	یافته‌ها: در مجموع، ۳۶۱ مأموریت ترومایی مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان دادند که میانگین نمره کلی کسب‌شده توسط پرسنل فوریت پزشکی ۱۳/۴۸ بوده است که پایین‌تر از حد اکثر نمره قابل کسب در ابزار به‌شمار می‌آید. بالاترین میانگین را در بین ابعاد نه‌گانه اصلی بعد توضیح فرایند با ۴/۷۳ و کمترین میانگین را نحوه آسیب با ۰/۲۷ به خود اختصاص دادند.
حسابرسی	نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که نمره رعایت استانداردهای تحویل بیمار در اکثر حوزه‌ها خیلی پایین‌تر از میانگین نمره قابل کسب در ابزار بوده است. تدوین پروتکل‌های استاندارد و بررسی میزان رعایت و تأثیر آن‌ها بر کیفیت مراقبت از بیمار می‌تواند گامی مهم در ارتقای ایمنی بیمار باشد.
تروما	
تکنسین فوریت‌های پزشکی	
بخش اورژانس	
سرویس فوریت پزشکی	

مقدمه

تروما عبارت است از هر نوع زخم یا آسیب نافذ یا غیرنافذی که بر اثر عوامل خارجی به‌طور عمدی یا غیرعمدی رخ داده است و شامل تروماهای ناشی از حوادث ترافیکی، مسمومیت، سقوط و غیره می‌شود. تروما چهارمین عامل مرگ افراد در جهان [۱] و یکی از علل مهم ناتوانی و معلولیت در جوامع مدرن محسوب می‌شود [۲]. طبق آمارهای موجود در ایران، تروما دومین علت مرگ‌ومیر در کشور ما و بیش‌ترین عامل هدر رفتن سال‌های فعال عمر به‌شمار می‌رود [۳]. ایران یکی از بالاترین آمارهای تروما را در جهان دارد [۴].

در فرایند مراقبت سلامت، انتقال بیمار از یک تیم مراقبتی به تیم مراقبتی دیگر که در اصطلاح تحویل (Handover) نامیده می‌شود، نقش

مهمی در کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار دارد [۵]. تحویل به عمل انتقال اطلاعات بالینی بیمار به دیگر متخصصان حوزه سلامت در طول تعویض شیفت کاری یا انتقال بیمار اشاره دارد. علاوه بر تبادل اطلاعات بالینی، تحویل به معنای انتقال مسئولیت سلامت بیمار بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی است [۶]. بنابراین، تحویل یک رویداد حیاتی و ضروری در شیوه‌های رایج مراقبت‌های بهداشتی به‌حساب می‌آید [۷].

جزء کلیدی در کیفیت مراقبت و ایمنی بیماران، ارتباط دقیق در هنگام تحویل و تحول عنوان شده است [۹]. این فرایند ممکن است به‌طور خاصی در ارتباط بین مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی آسیب‌پذیرتر باشد [۱۰، ۱۱]. خدمات فوریت‌های پزشکی (EMS-

هنوز مطالعات کافی برای هدایت شیوه‌های تحویل بیمار مبتنی بر شواهد و چگونگی انتقال مؤثر داده‌ها از امدادگران اورژانس به پرسنل بخش اورژانس وجود ندارد [۹، ۲۱]. از آنجایی که مطالعات داخل کشور با موضوع بررسی میزان رعایت استانداردهای تحویل بیمار بین اورژانس پیش‌بیمارستانی و اورژانس بیمارستان محدود بوده و به نظر می‌رسد تاکنون از راهبرد IMIST-AMBO در مطالعات داخلی استفاده نشده است، با توجه به اهمیت حیاتی تحویل و تحوّل در امر مراقبت و درمان بیماران و ضرورت استفاده از روشی استاندارد برای تحویل بیماران بین اورژانس پیش‌بیمارستانی و اورژانس بیمارستان، نبود اطلاعاتی در این زمینه و از طرفی آمار بالای مأموریت‌های ترومایی در ایران و استان خراسان شمالی، این مطالعه با هدف حسابرسی میزان رعایت استانداردهای تحویل بیماران دچار تروما توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی به بیمارستان تروما یکی از شهرهای شمال شرق کشور صورت گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی است که در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه مأموریت‌های مربوط به انتقال بیماران ترومایی شامل تصادفات (اعمّ از وسایل نقلیه موتوری و غیرموتوری و عابرین پیاده)، سقوط، نزاع، حوادث شغلی و برخورد با اشیاء بود که توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی (دارای حداقل ۲ سال سابقه بالینی) به بخش اورژانس یکی از شهرهای شمال شرق کشور تحویل داده شده بودند. مأموریت‌های مربوط به انتقال بیماران با شرایط زیر از مطالعه حذف شدند: مادران باردار، نوزادان، شیرخواران، نوجوانان و نیز مصدومین دچار برق‌گرفتگی، سوختگی و یا غرق‌شدگی.

حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با توجه به مطالعه بیداری و همکاران (۱۳۸۶) محاسبه گردید [۲۲]. تعداد نمونه موردنیاز جهت انجام پژوهش با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۰/۸۵ درصد، ۳۲۷ مأموریت محاسبه شد که با در نظر گرفتن ده درصد ریزش نمونه، تعداد نمونه‌های نهایی ۳۶۰ نمونه محاسبه گردید. جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت مشاهده‌ای و از رویداد (مأموریت‌های منتقل‌شده توسط پرسنل اورژانس به بخش اورژانس تروما) در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲ انجام شد.

ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه دموگرافیک (سن، سابقه کار، مدرک تحصیلی و وضعیت تأهل پرسنل، سن و جنسیت بیمار، نوع تروما) و چک‌لیستی پژوهشگر ساخته (مبتنی بر IMIST-AMBO) دارای ۱۹ گویه در ۹ بُعد اصلی شامل شناسایی بیمار ۲ گویه، شکایت پزشکی ۲ گویه، آسیب‌ها یک گویه، علائم و نشانه‌ها (علائم حیاتی و سطح هوشیاری) ۶ گویه، روند درمان و پاسخ به آن ۲ گویه، آلرژی یا حساسیت‌ها یک گویه، داروها ۲ گویه، سوابق پزشکی قبلی بیمار ۲ گویه و سایر اطلاعات تکمیلی یک گویه بود [۱۸]. نمره‌دهی چک‌لیست براساس طیف لیکرت ۳ امتیازی با دامنه نمره‌ای از ۰ تا ۲ بود که حداقل و حداکثر میانگین نمره پرسش‌نامه به ترتیب صفر و ۳۸ بود و ابعاد مختلف استانداردهای تحویل بیمار را بررسی می‌کرد.

Emergency Medical Services) مسئول انجام مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی است که در ارتباط مستقیم با بخش اورژانس بیمارستانی (ED-Emergency Department) عمل می‌کند. تحویل و تحول درست یکی از موارد ایجادکننده ایمنی بیمار در مراحل اورژانسی است که وجود نقص در این مقاطع می‌تواند آغازگر مشکلات بعدی برای بیمار باشد. در تحویل و تحول بیمار اگر تمام اطلاعات منتقل نشود، به حوادث ناگواری منجر می‌شود [۱۲]. به‌همین دلیل، بهبود انتقال بیمار در حال حاضر به‌عنوان یک هدف ایمنی بیمار توسط «کمیسیون مشترک اعتباربخشی مراقبت‌های بهداشتی» از سال ۲۰۰۶ و یکی از پنج اولویت برتر سازمان بهداشت جهانی در نظر گرفته شده است [۱۳]. انتقال مراقبت بین تیم اورژانس پیش‌بیمارستانی و پرسنل بخش اورژانس شامل تحویل اطلاعاتی مانند مشخصات دموگرافیک، رویدادهای قبل از تماس، یافته‌های آن‌ها، درمان‌ها و جزئیات تاریخچه پزشکی بیمار است [۱۴، ۱۵]. امروزه، این تحویل اطلاعات بر مبنای اصول علمی و بالینی انجام می‌شود که دربرگیرنده تمام موارد موردنیاز و حیاتی بیمار است [۱۶]. ولیکن در حال حاضر در اورژانس ایران، انتقال و تحویل بیماران بین EMS و ED معمولاً به‌صورت شفاهی با استفاده از تجارب قبلی، مشاهده رفتار همتایان و سامانه آسایار انجام شده است و پروتکلی منسجم و استاندارد وجود ندارد.

حسابرسی، بخش مهم و کلیدی حاکمیت بالینی، به‌عنوان راهبردی جامع، جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات و رعایت بالاترین استاندارد ممکن در نظام سلامت است [۱۷].

یکی از ابزارهای مهم در تحویل بیمار IMIST-AMBO نام دارد که بر مبنای اطلاعات شناسایی بیمار (Identification)، مشکل پزشکی (Mechanism of injury/medical complaint)، آسیب‌ها/اطلاعات مربوط به مشکل (Injuries/information related to the complaint)، علائم و نشانه‌ها (Signs and symptoms including GCS and vital signs) (شامل علائم حیاتی و GCS)، درمان و روند/پاسخ به درمان (Treatment given and trends noted)، آلرژی‌ها (Allergies)، داروها (Medications)، سابقه (Background history) و سایر اطلاعات تکمیلی طراحی و استفاده می‌شود [۱۸]. مخفّف مدل IMIST-AMBO اولین بار توسط Young، یک پیراپزشک مراقبت‌های ویژه استرالیایی، طراحی شد تا به همکاری کمک کند که اطلاعات مربوط به بیمار را در حین تحویل بالینی به روشی دقیق و با ترتیبی خاص منتقل کنند [۱۹].

یگانه و همکاران (۲۰۱۷) مطالعه‌ای را با هدف ممیزی تحویل بالینی براساس ابزار شناسایی، وضعیت، پیشینه، ارزیابی و توصیه (Identify, Situation, Background, Assessment, and Recommendation- ISBAR) و بررسی تأثیر آموزش آن به دانشجویان و کارکنان فوریت‌های پزشکی بر بهبود وضعیت بالینی انجام دادند. نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که فرایند تحویل بیمار در اورژانس، از استاندارد ISBAR پیروی نمی‌کند [۲۰]. آخرین بررسی‌ها درمورد تحویل بیمار به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت مطالعات انجام‌شده درمورد این موضوع، ابتدایی و

اختصاص دادند و کمترین فراوانی مربوط به حوادث شغلی و برخورد با اشیا با ۳/۳ درصد بود. دامنه سنی بیماران ۸۷-۷ سال و میانگین سنی آن‌ها ۳۷/۱۸±۱۸/۴۹ سال بود. میانگین سنی پرسنل ۳۲/۵۸±۵/۷۱ سال و بیشترین فراوانی سنی آن‌ها با ۱۱/۴ درصد مربوط به ۲۹ سال و کمترین فراوانی با ۰/۳ درصد مربوط به سنین ۴۶ و ۴۸ سال بود. میانگین سابقه کار پرسنل ۹/۴۸±۵/۲۸ سال و بیشترین فراوانی سابقه کار پرسنل با ۴۹ نفر مربوط به سابقه کار ۶ سال و کمترین آن مربوط به سابقه کار ۲۳ سال با یک نفر بود. از نظر سطح تحصیلات پرسنل، بیشترین فراوانی با ۵۹/۶ درصد مربوط به مدرک کارشناسی و کمترین فراوانی با ۰/۳ درصد مربوط به مدرک دیپلم بود.

میانگین نمره کل گویه‌های چک‌لیست ۱۳/۴۸ به دست آمد که پایین‌تر از حداکثر نمره قابل کسب در ابزار بود. مطابق با اهداف اصلی پژوهش، میانگین با انحراف معیار کسب‌شده برحسب شناسایی بیمار ۱/۹۹±۱/۱۰، شکایت پزشکی بیمار ۱/۶۱±۱/۲۷، آسیب‌ها و تروماهای وارده ۰/۷۵±۰/۹۶، حساسیت بیمار ۰/۳۴±۰/۶۶، علائم و نشانه‌های بیمار ۴/۷۴±۳/۲۳، درمان و پاسخ به آن ۰/۲۷±۰/۷۱، داروهای مصرفی برای بیمار ۰/۴۵±۰/۷۵، سوابق پزشکی قبلی بیمار ۰/۰۰±۰/۰۰ و سایر اطلاعات تکمیلی مورد نیاز بیمار ۰/۱۹±۰/۴۶ بود که در تمام ابعاد با حداکثر نمره آن بعد، فاصله بسیار بود (جدول ۱). بیشترین (۳۶۱ مورد، ۱۰۰ درصد) موردی که گزارش نشده است، مربوط به گزارش آخرین وعده غذایی بوده است (جدول ۲).

مأموریت‌های حوادث شغلی بالاترین نمره میانگین رعایت استانداردها برحسب نوع تروما را با ۱۷/۸۳±۵/۹۶ و تصادفات کمترین میانگین رعایت استانداردها را با ۱۲/۶۰±۵/۷۴ کسب کردند. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت معنادار آماری در میانگین استانداردهای تحویل برحسب نوع تروما وجود دارد ($P=0/001$).

روایی ابزار به شیوه تعیین روایی صوری کیفی و روایی محتوای کمی و کیفی بررسی شد. جهت بررسی روایی صوری کیفی، ابزار در اختیار ده نفر از پرسنل با تجربه و خبره اورژانس پیش‌بیمارستانی و به‌منظور تعیین روایی محتوا، چک‌لیست در اختیار ده نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار که دارای تجربه و تخصص در حوزه اورژانس پیش‌بیمارستانی و ابزارسازی بودند، قرار داده شد و نظرات اصلاحی آن‌ها اخذ و اعمال شد. پایایی چک‌لیست به شیوه سنجش توافق ارزیابان بررسی شد و با توجه به اندازه‌گیری ضریب کاپای ۰/۸۶، پایایی ابزار تأیید گردید [۲۳]. میزان رعایت استانداردهای تحویل بیمار براساس مشاهده کیفیت و شیوه انتقال اطلاعات و تحویل بیمار به بخش اورژانس تروما و از رویداد، در شیفت‌های صبح و عصر و شب و در کل ایام هفته از طریق حضور پژوهشگر و تکمیل چک‌لیست بررسی شد. کلیه چک‌لیست‌ها بدون نام پرسنل فوریت پزشکی و بیمار ثبت شدند. پژوهشگر خود را به واحدهای پژوهش معرفی و برای استفاده از اطلاعات ثبت‌شده از تحویل آن‌ها در پژوهش خود، اجازه‌نامه کسب کرد.

از درصد و فراوانی برای توصیف متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرهای کمی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به توزیع نرمال داده‌ها از آزمون‌های تی-تست و آنالیز واریانس یک‌طرفه و برای بررسی ارتباط بین متغیرها از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده گردید. سطح معناداری آزمون‌های این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها

در مجموع، ۳۶۱ مأموریت مربوط به تروما در بازه زمانی شش‌ماهه ابتدای سال ۱۴۰۲ مورد حساس بررسی قرار گرفتند. از لحاظ نوع تروما، بیشترین فراوانی را تصادفات و حوادث ترافیکی با ۶۶/۵ درصد به خود

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ابعاد نه‌گانه اصلی رعایت استانداردهای تحویل بیمار

ابعاد نه‌گانه اصلی تحویل بیمار	انحراف معیار ± میانگین	حداکثر نمره ابزار
شناسایی بیمار	۱/۹۹±۱/۱۰	۴
شکایت پزشکی بیمار	۱/۶۱±۱/۲۷	۴
آسیب‌ها و تروماهای وارده	۰/۷۵±۰/۹۶	۲
علائم و نشانه‌های بیمار	۴/۷۴±۳/۲۳	۱۲
درمان و پاسخ به آن	۰/۲۷±۰/۷۱	۴
الرژی یا حساسیت بیمار	۰/۳۴±۰/۶۶	۲
داروهای مصرفی برای بیمار	۰/۴۵±۰/۷۵	۴
سوابق پزشکی قبلی بیمار	۰/۰۰±۰/۰۰	۴
سایر اطلاعات تکمیلی مورد نیاز بیمار	۰/۱۹±۰/۴۶	۲

جدول ۲. فراوانی رعایت استانداردهای تحویل بیمار

سؤال	ارائه شرح حال	(درصد) فراوانی
۱ آیا مشخصات دموگرافیک مصدوم (سن و جنس) وی ارائه شد؟	خیر	۲۶ (۷/۲)
	دارای نواقص است	۱۳۳ (۳۶/۸)
	بله	۲۰۲ (۵۶)
۲ آیا زمان وقوع آسیب یا تروما بیان شد؟	خیر	۲۴۵ (۶۷/۹)
	دارای نواقص است	۵۰ (۱۳/۹)
	بله	۶۶ (۱۸/۳)

ادامه جدول ۲			
۳	آیا نحوه مکانیسم تروما و دلیل آسیب به خوبی بیان شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۱۳ (۳/۶) ۱۵۷ (۴۳/۵) ۱۹۱ (۵۲/۹)
۴	آیا مشکل اصلی مصدوم توسط پرسنل توضیح داده شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۱۷ (۴/۷) ۶۴ (۱۷/۷) ۲۸۰ (۷۷/۶)
۵	آیا درمورد نوع، شدت آسیب و سایر شکایات مصدوم توضیح داده شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۳۰ (۸/۳) ۱۱۷ (۳۲/۴) ۲۱۴ (۵۹/۳)
۶	وضعیت سطح هوشیاری براساس معیار GCS/AVPU	خیر دارای نواقص است بله	۲۲۳ (۶۱/۸) ۵ (۱/۴) ۱۳۳ (۳۶/۸)
۷	فشارخون (BP)	خیر دارای نواقص است بله	۱۶۷ (۴۶/۳) ۶ (۱/۷) ۱۸۸ (۵۲/۱)
۸	تعداد ضربان قلب (HR)	خیر دارای نواقص است بله	۲۲۵ (۶۲/۳) ۴ (۱/۱) ۱۳۲ (۳۶/۶)
۹	تعداد تنفس RR	خیر دارای نواقص است بله	۳۳۷ (۹۳/۴) ۵ (۱/۴) ۱۹ (۵/۳)
۱۰	میزان اشباع هموگلوبین از اکسیژن (SPO2)	خیر دارای نواقص است بله	۳۴۹ (۹۶/۷) ۱ (۰/۳) ۱۱ (۳)
۱۱	آیا علائم و نشانه‌های آسیب مصدوم بیان شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۵۹ (۱۶/۳) ۱۲۱ (۳۳/۵) ۱۸۱ (۵۰/۱)
۱۲	آیا اقدامات درمانی صورت گرفته (گرفتن خط وریدی، سرم درمانی، ثابت سازی ستون فقرات و سر و گردن، آتل گیری، پانسمان و کنترل خونریزی، لوله گذاری داخل تراشه، احیای قلبی و ریوی و دادن شوک) به اطلاع تحویل گیرنده رسید؟	خیر دارای نواقص است بله	۷۰ (۱۹/۴) ۱۷۶ (۴۸/۸) ۱۱۴ (۳۱/۶)
۱۳	آیا پاسخ به اقدامات و درمان‌های انجام شده توسط پرسنل اطلاع داده شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۲۹۱ (۸۰/۶) ۴۲ (۱۱/۶) ۲۸ (۷/۸)
۱۴	آیا سابقه وجود یا عدم وجود حساسیت دارویی و غذایی مصدوم گزارش داده شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۳۲۶ (۹۰/۳) ۱۴ (۳/۹) ۲۱ (۵/۸)
۱۵	آیا لیست داروهای داده شده به بیمار و مقدار آن بیان شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۳۳۵ (۹۲/۸) ۸ (۲/۲) ۱۸ (۵)
۱۶	آیا لیست داروی‌های خاصی که بیمار در منزل مصرف می‌کند یا نمی‌کند، گزارش شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۲۷۷ (۷۶/۷) ۴۵ (۱۲/۵) ۳۹ (۱۰/۸)
۱۷	آیا اطلاعات وجود یا عدم وجود بیماری زمینه‌ای در مصدوم گزارش داده شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۲۵۴ (۷۰/۴) ۴۸ (۱۳/۳) ۵۹ (۱۶/۳)
۱۸	آیا آخرین وعده غذایی که مصدوم خورده بود، گزارش شد؟	خیر	۳۶۱ (۱۰۰)
۱۹	آیا سایر اطلاعات تکمیلی موردنیازی که در بالا ذکر نشده (مانند اطلاع رسانی درمورد وضعیت صحنه، وضعیت اجتماعی، خانوادگی، ارزش‌ها و دستورالعمل‌های پیشرفته) ولی ضروری‌اند، گفته شد؟	خیر دارای نواقص است بله	۳۰۳ (۸۳/۹) ۴۷ (۱۳) ۱۱ (۳)

کمترین نمره میانگین مربوط به دیپلم با 3 ± 0 بود. ضمناً نتایج تفاوت معناداری در نمره میانگین استانداردهای تحویل برحسب سطح تحصیلات و وضعیت تأهل در بین پرسنل نشان داد ($P=0/0001$) (جدول ۳). نتایج بررسی ضریب هم‌بستگی پیرسون، بین میانگین نمره رعایت استانداردهای تحویل بیمار با سن پرسنل ($r=0/310$) و سن بیمار

از نظر فراوانی، ۲۳۶ بیمار مرد و ۱۲۵ بیمار زن در این مطالعه حضور داشتند که میانگین نمره رعایت استانداردها برای بیماران مرد $6/08 \pm$ و برای بیماران زن $5/96 \pm$ بود. آزمون تی تست تفاوت معنی‌داری را در جنسیت بیماران نشان نداد ($P=0/883$). از لحاظ سطح تحصیلات، بالاترین نمره میانگین مربوط به لیسانس با $5/85 \pm$ و

($r=0/356$) و سابقه کار پرسنل ($r=0/303$)، نشان‌دهنده هم‌بستگی مثبت و از نظر آماری معنادار بود (جدول ۴).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره رعایت استانداردهای تحویل بیماران دچار تروما به بیمارستان توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی براساس متغیرهای دموگرافیک کیفی

نوع متغیر	فراوانی	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آزمون
تصادف	۲۴۰	$12/60 \pm 5/74$	
سقوط	۶۰	$15/08 \pm 6/63$	$F=4/729$
نزاع	۳۷	$14/59 \pm 5/58$	$df=4$
حوادث شغلی	۱۲	$17/83 \pm 5/96$	$P=0/001^*$
برخورد با اشیا	۱۲	$15/50 \pm 6/52$	
زن	۱۲۵	$13/55 \pm 5/96$	$T=-0/147$
مرد	۲۳۶	$13/45 \pm 6/08$	$df=359$
			$P=0/883^{**}$
دیپلم	۱	3 ± 0	$F=13/028$
کاردانی	۱۳۷	$11/20 \pm 5/58$	$df=3$
کارشناسی	۲۱۵	$14/95 \pm 5/86$	$P=0/001^*$
کارشناسی ارشد	۸	$14/37 \pm 5/60$	
مجرد	۱۱۹	$11/29 \pm 5/80$	$T=4/881$
متاهل	۲۴۲	$14/50 \pm 5/92$	$df=357$
			$P=0/0001^{**}$

* آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه

** آزمون تی‌مستقل

جدول ۴. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون بررسی ارتباط نمره کل رعایت استانداردهای تحویل بیمار با سن بیمار، سن پرسنل و سابقه کار پرسنل

نوع متغیر	ضریب هم‌بستگی پیرسون	P-value
سن بیمار (سال)	۰/۳۵۶	۰/۰۰۰۱
سن پرسنل (سال)	۰/۳۱۰	۰/۰۰۰۱
سابقه کار پرسنل (سال)	۰/۳۰۳	۰/۰۰۰۱

بحث

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که به‌طور کلی میزان رعایت استانداردهای تحویل بیمار در پرسنل فوریت‌های پزشکی وضعیت قابل‌قبولی نداشت و در تحویل بیماران ترومایی تقریباً در اکثر موارد پروتکل‌های تحویل بیمار رعایت نمی‌شدند. صالحی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود تحت‌عنوان مشکلات تحویل و تحول بیمار نشان دادند که ۱۰۰ درصد شرکت‌کنندگان در پروتکل تحویل دادن بیمار در حدّ زیاد مشکل داشتند [۹]. در مطالعه داداش‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) نیز از دیدگاه پرسنل فوریت پزشکی، وضعیت کلی تحویل بیماران به بخش اورژانس در وضعیت متوسطی بوده و با شرایط مطلوب فاصله بسیاری داشت [۲۴]. همچنین، یگانه و همکارانش (۲۰۱۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در تحویل بیماران ترومایی در اورژانس در ابتدا از دستورالعمل استاندارد ISBAR پیروی نمی‌شده که پس از ارائه آموزش به‌صورت جزوه و سخنرانی به کارکنان EMS و دستیاران فوریت‌های پزشکی، درصد بالایی از تحویل بیمار مطابق با دستورالعمل ISBAR انجام شده است [۲۰]. لوبین و شاه (۲۰۲۲) نیز در بررسی خود برای ارزیابی تطابق بین سوابق پیش‌بیمارستانی ارائه‌شده در هنگام انتقال و گزارش مراقبتی نهایی موجود در پرونده پزشکی بیمار، با بررسی ۲۰۰ مورد متوجه شدند که تفاوت معنی‌داری بین اطلاعات انتقال‌یافته به بخش اورژانس از طریق فرم انتقال در مقایسه با آنچه در

گزارش مراقبتی نهایی ثبت شده است، وجود داشت [۲۵].

در این پژوهش، از ابزاری پژوهشگر ساخته مبتنی بر پروتکل IMIST-AMBO) به‌عنوان یک ابزار استاندارد و برتر برای تحویل و تحول بیماران ترومایی استفاده شد. ایدما و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که IMIST-AMBO) پروتکل برتر برای تحویل بیماران بدون تروما و تروماست [۱۸]. همان‌طور که شاه و همکاران (۲۰۱۶) در مقاله مروری خود پس از بررسی و ارزیابی تمام جوانب دو ابزار تحویل، SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) و IMIST-AMBO که هر دو جهت استاندارد کردن روند تحویل و تحول در ارتباط با پیراپزشکان و پرسنل اورژانس استفاده شده بودند، در نهایت به این نتیجه رسیدند که راهبرد IMIST-AMBO یک ساختار صریح و روشن برای تحویل ارائه می‌کند که مختصر، کامل، متناسب با روابط پیراپزشکان و پرسنل اورژانس است و با انتظارات اطلاعاتی عمومی کارکنان اورژانس همسو می‌شود [۲۶].

الیوت و همکارانش (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای تحت‌عنوان امکان‌سنجی ابزار تحویل IMIST-AMBO و به‌کارگیری آن که در مرکز تروما انجام شد، به این نتیجه رسیدند که از ۱۴۰ ویدیوی ضبط‌شده ۸۰ مورد از آن‌ها از ابزار IMIST-AMBO استفاده کردند (انطباق حدود ۵۰ درصد). ضمناً، پیراپزشکان با پایبندی به ساختار تحویل در ۷۰/۴ درصد از موارد، پایبندی بیشتری (۸۲/۲٪) به IMIST در مقایسه با بخش

AMBO (۴۷/۱٪) نشان دادند [۲۷].

به شیوه مشاهده‌ای بود؛ چون حضور پژوهشگر می‌توانست سبب تغییر رفتار پرسنل فوریت‌های پزشکی شود.

نتایج پژوهش حاضر به ایجاد دورنمایی درخصوص وضعیت رعایت استانداردها در تحویل بیمار توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی به تیم مراقبت درمان در بخش اورژانس کمک می‌کند و می‌تواند در کنار یافته‌های سایر پژوهش‌ها در این حوزه، به ترسیم وضعیت موجود رعایت استانداردهای تحویل بیمار در ایران بینجامد. براساس نتایج پژوهش‌هایی همچون پژوهش حاضر، می‌توان به برنامه‌ریزی‌های مدیریتی و آموزشی درخصوص ارتقای دانش پرسنل فوریت‌های پزشکی و تدوین پروتکل‌های روشن و استاندارد درخصوص تحویل بیمار پرداخت.

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره کلی کسب‌شده رعایت استانداردهای تحویل بیمار توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی موردبررسی، پایین است. ضمن اینکه میانگین نمرات رعایت استانداردهای تحویل بیمار در اکثر گویه‌ها و ابعاد نه‌گانه اصلی ابزار توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی، بسیار پایین‌تر از میانگین نمره قابل کسب از ابزار به دست آمد. در پژوهش‌های بعدی، تدوین، ارائه و آموزش راهبردهایی مانند IMIST-AMBO و ارزیابی اثربخشی آن در بهبود رعایت استانداردهای تحویل بیمار توصیه می‌شود.

سیاسگذاری

پژوهش حاضر از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستاری اورژانس که پیشنهادیه آن در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار مطرح و با کد اخلاق ۱۴۰۱.۰۹۷ IR.MEDSAB.REC مصوب شده، استخراج گردیده است. پژوهشگران از مدیریت و کلیه کارکنان سازمان اورژانس و مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان مقاله وجود نداشته است.

نتایج تجزیه و تحلیل پژوهش حاضر نشان داد که در مواردی همچون روند درمان و پاسخ به آن، داروها، گزارش علائم حیاتی مانند تعداد تنفس، سابقه آلرژی یا حساسیت، پیش‌زمینه بیماری قبلی و یا اطلاع زمان دقیق حادثه، ارائه شرح حال توسط تکنسین‌ها انجام نشده بود که با مطالعه جاویدان و همکاران وی در سال ۲۰۲۰ همسو بود که در مطالعه خود با ارزیابی تعداد محدودی از موارد تحویل و تحوّل از EMS به تیم تروما و بررسی نتایج ۷۹ تحویل شفاهی رسمی مشاهده کردند که اغلب اطلاعات مربوط به راه هوایی (۲۲٪)، تنفس (۵۴٪)، داروها (۵۹٪) و آلرژی (۵۴٪) وجود نداشته است [۲۸].

فقدان یک پروتکل مدون و استاندارد می‌تواند دلیلی بر عدم رعایت استانداردهای تحویل در مطالعه حاضر باشد. ترویر و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه مروری خود بر موانع انتقال اطلاعات از پرسنل EMS به بخش اورژانس در هنگام تحویل بیمار پرداخته و از عوامل آموزشی، فرهنگی و شناختی یاد کرده‌اند [۲۹]. ریای و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه مروری دیگر به تحویل بیمار از پرسنل EMS به پرستاران بخش اورژانس پرداخته و در بررسی متون به جمع‌بندی عوامل مؤثر بر تحویل بیمار، به حوزه‌هایی چون لنزهای حرفه‌ای (Professional Lenses) مختلف، محدودیت‌های عملیاتی، روابط حرفه‌ای، اطلاعات، اجزای فرایند انتقال و درنهایت بیمار و ویژگی‌های او اشاره کرده‌اند [۱۴]. داوسون و همکاران (۲۰۲۱) نیز در یک مطالعه کیفی به بررسی تحویل بیمار بین تیم آمبولانس و پرسنل اورژانس پرداختند و به موضوعاتی چون مشخص‌نبودن مسئول بیمار و زمان انتقال مسئولیت بین مراقبان بهداشتی، ارتباط بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قبل و پس از ورود به اورژانس، گزارش کتبی بیمار، شایستگی‌های حرفه‌ای و آموزش و نگرش نسبت به سایر حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی و بیماران، همکاری و محیط یادگیری مثبت اشاره داشتند [۳۰].

براساس جست‌وجوی پژوهشگر، به نظر می‌رسد مطالعه حاضر، تنها مطالعه صورت‌گرفته درخصوص حسابرسی تحویل بیمار در فوریت‌های پزشکی در منطقه جغرافیایی خود بوده است. به‌طورکلی، مطالعات صورت‌گرفته درخصوص حسابرسی استانداردهای تحویل در ایران بسیار محدود است. از محدودیت‌های این پژوهش، روش جمع‌آوری یافته‌ها

References

1. Amani F, Habibzadeh S, Rostami K. Specifications of Traumatized Patients Referring to Fatemi Hospital of Ardabil, 2007-8. JAUMS. 2009;9(1):13-22. [Link]
2. Norouzinia R, Ahmadi M, Seidabadi M. Knowledge and clinical competence of medical emergencies students in facing trauma. Iran J Emerg Med. 2016;3(2):73-77. [DOI: 10.22037/ijem.v3i2.10641]
3. Azami-Aghdash S, Sadeghi-Bazargani H, Shabaninejad H, Gorji HA. Injury epidemiology in Iran: a systematic review. J Inj Violence Res. 2017;9(1):27. [DOI: 10.5249/jivr.v9i1.852] [PMID: 28039683]
4. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. ICCN. 2011;27(5):273-80. [DOI: 10.1016/j.iccn.2011.08.001] [PMID: 21868223]
5. Cheah LP, Amott DH, Pollard J, Watters DA. Electronic medical handover: towards safer medical care. Med J Aust. 2005;183(7):369-72. [DOI: 10.5694/j.1326-5377.2005.tb07086.x]
6. Young JQ, van Dijk SM, O'Sullivan PS, Custers EJ, Irby DM, Ten Cate O. Influence of learner knowledge and case complexity on handover accuracy and cognitive load:

- results from a simulation study. *Med Educ*. 2016;50(9):969-78. [DOI: 10.1111/medu.13107] [PMID: 27562896]
7. Wood K, Crouch R, Rowland E, Pope C. Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. *Emerg Med J*. 2015; 32(7): 577-584. [DOI: 10.1136/emermed-2013-203165] [PMID: 25178977]
 8. Siemsen IMD, MADSeN MD, Pedersen LF, Michaelsen L, Pedersen AV, Andersen HB, et al. Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scand J Public Health*. 2012;40(5):439-48. [DOI: 10.1177/1403494812453889] [PMID: 22798283]
 9. Salehi S ZK, Mohammadi AA. Patient handover process problems between emergency medical service personnel and emergency department nurses. *Iran J Emerg Med*. 2017;4(1):27-34. [DOI: 10.1177/1403494812453889] [PMID: 22798283]
 10. Bost N, Crilly J, Patterson E, Chaboyer W. Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2012; 20(3):133-41. [DOI: 10.1016/j.ienj.2011.10.002] [PMID: 22726945]
 11. De Lange S, Van Eeden I, Heyns T. Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'. *Int Emerg Nurs*. 2018;36:46-50. [DOI: 10.1016/j.ienj.2017.09.009] [PMID: 29050835]
 12. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? *J Nurs Manag*. 2004;12(1):37-42. [DOI: 10.1111/j.1365-2834.2004.00415.x] [PMID: 15101454]
 13. Jensen S, Lippert A, Østergaard D. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013;57(8):964-70. [DOI: 10.1111/aas.12125] [PMID: 23639134]
 14. Reay G, Norris JM, Nowell L, Hayden KA, Yokom K, Lang ES, et al. Transition in Care from EMS Providers to Emergency Department Nurses: A Systematic Review. *Prehosp Emerg Care*. 2020;24(3):421-33. [DOI: 10.1080/10903127.2019.1632999] [PMID: 31210572]
 15. Evans SM, Murray A, Patrick I, Fitzgerald M, Smith S, Cameron P. Clinical handover in the trauma setting: a qualitative study of paramedics and trauma team members. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e57-e. [DOI: 10.1136/qshc.2009.039073] [PMID: 20702445]
 16. Baghaei R PS, Khalkhali H. The effect of using the SBAR model in handing over nurses' work shifts, on the communication dimension of the quality of nursing care from the patients' point of view. *NMJ*. 2016;14(6):562-70. [Link]
 17. Najafi Anari H, Rassouli M, Atashzadeh Shourideh F, Namdari M. Auditing preterm neonatal nutrition nursing care. *Quart J Nurs Manage*. 2014;2(4):29-37. [Link]
 18. Iedema R, Ball C, Daly B, Young J, Green T, Middleton PM, et al. Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(8):627-33. [DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000766]
 19. Iedema R, Ball C. NSW Ambulance/Emergency Department Handover Project Report. 2010. [Link]
 20. Yegane SAF, Shahrami A, Hatamabadi HR, Hosseini-Zijoud S-M. Clinical information transfer between EMS staff and Emergency Medicine Assistants during handover of trauma patients. *Prehosp Disaster Med*. 2017;32(5):541-7. [DOI: 10.1017/S1049023X17006562] [PMID: 28606198]
 21. Owen C, Hemmings L, Brown T. Lost in translation: maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2009;21(2): 102-7. [DOI: 10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x] [PMID: 19422406]
 22. Bidari A, Abbasi S, Farsi D, Saeedi H, Mofidi M, Radmehr M, et al. Quality Assessment of Prehospital Care Service in Patients Transported to Hazrat-e- Rasoul Akram Hospital. *Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services*. 2007; 29(3): 43-6. [Link]
 23. Sharif Nia H, Zareiyan A, Ebadi A. Test Development Process in Health Sciences; Designing and Psychometric properties. Tehran: Jame-e-negar. 2022. [Book in Persian]
 24. Dadashzadeh A, Dehghannezhad J, Heydarpoor Z, Gilani N, Fathollahzadeh A, Rahmani A. Investigating the patient handover process in the emergency department from the perspective of pre-hospital emergency personnel. *Nursing Midwifery Journal*. 2022;20(6):459-68. [DOI: 10.52547/unmf.20.6.459]
 25. Lubin JS, Shah A. An Incomplete Medical Record: Transfer of Care From Emergency Medical Services to the Emergency Department. *Cureus*. 2022;14(2):e22446. [DOI: 10.7759/cureus.22446] [PMID: 35345754]
 26. Shah Y, Alinier G, Pillay Y. Clinical handover between paramedics and emergency department staff: SBAR and IMIST-AMBO acronyms. *Int Paramed Pract*. 2016;6(2):37-44. [DOI: 10.12968/ippr.2016.6.2.37]
 27. Elliott CG, Notario L, Wong BM, Javidan AP, Pannell D, Nathens AB, et al. Implementing the IMIST-AMBO tool for paramedic to trauma team handovers: a video review analysis. *CJEM*. 2023;25:421-8. [DOI: 10.1007/s43678-023-00503-4] [PMID: 37087711]
 28. Javidan AP, Nathens AB, Tien HC-N, da Luz LT. Clinical handover from emergency medical services to the trauma team: A gap analysis. *CJEM*. 2020;22 S2:S21-S9. [DOI: 10.1017/cem.2019.438] [PMID: 33084560]
 29. Troyer L BW. Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: a systematic review. *Am J Emerg Med*. 2020;38(7):1494-503. [DOI: 10.1016/j.ajem.2020.04.036] [PMID: 32321683]
 30. Dúason S, Gunnarsson B, Svavarsdóttir MH. Patient handover between ambulance crew and healthcare professionals in Icelandic emergency departments: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021;29(1):21. [DOI: 10.1186/s13049-021-00829-x] [PMID: 33509266]