

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH SBAR TRONG BÀN GIAO CA TRỰC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH CƠ SỞ 2

*Nguyễn Thị Kim Quyên¹, Trần Anh Tuấn¹, Phan Thị Tâm Đan¹,
Trương Ngọc Lâm Tuyền¹, Võ Thị Thanh Giúp¹,
Nguyễn Thị Xuân Hồng¹, Trần Thụy Khánh Linh²*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành bàn giao ca trực theo công cụ SBAR của điều dưỡng (ĐD) và hộ sinh (HS) tại Bệnh viện (BV) Đại học Y Dược TP.HCM - Cơ sở 2.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 68 cơ hội bàn giao từ 34 ĐD và HS trực tiếp chăm sóc người bệnh (CSNB) nội trú tại các khoa lâm sàng.

Kết quả: Điểm trung bình kiến thức của ĐD và HS về SBAR trong bàn giao ca trực tại giường dao động từ 3,7/5 đến 3,8/5. Điểm trung bình thái độ SBAR của ĐD và HS trong bàn giao ca trực tại giường dao động từ 3,5/5 đến 4,1/5. Điểm trung bình thực hành SBAR là 8,8/12.

Kết luận: Kiến thức và thái độ về SBAR trong bàn giao ca trực tại giường của ĐD và HS ở mức độ khá. Trong các bước thực hành SBAR, điểm thực hành tốt lần lượt là bước đánh giá (A); tình huống (S); bệnh cảnh nền (B); kiến nghị (R). Điểm trung bình chung kiến thức, thái độ SBAR trong bàn giao ca trực của ĐD cao hơn HS; của Khoa Ngoại tổng hợp cao nhất và thấp nhất là khoa Phụ sản.

Từ khóa: bàn giao ca trực, SBAR.

MEDICAL STAFFS' KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF APPLYING SBAR HANDOVER TOOL AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER OF HO CHI MINH CITY- BRANCH 2

¹ Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM-cơ sở 2; ²Đại học Y Dược TP.HCM

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Thị Kim Quyên (nguyenthikimquyen86@gmail.com)

Ngày nhận bài: 02/3/2022, ngày phản biện: 07/3/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/3/2022

ABSTRACT

Objectives: Survey on nurses' and midwives' knowledge, attitude and practice of applying SBAR handover tool at University Medical Center of Ho Chi Minh City - Branch 2.

Subject and Method: A cross-sectional study included 34 nurses and midwives who directly take care of patients in clinical departments of the hospital; each was observed for two chances of handover.

Results: The average score of SBAR knowledge in shift-to-shift bedside handover ranged from 3.7/5 to 3.8/5. The average of SBAR attitude score in shift-to-shift bedside handover of medical staffs ranged from 3.5/5 to 4.1/5. The average SBAR practice score is 8.8/12

Conclusion: Nurses and midwives have a good knowledge and positive attitude on applying SBAR handover tool. Among the steps of SBAR practice, the good practice score was respectively high on Assessment (A); situation (S); background (B); recommendation (R). The average score of midwives' knowledge and attitude of nurses was higher than of midwives; the highest score is from Department of General Surgery and the lowest is from Department of Obstetrics and Gynecology.

Keyword: Shift to shift bedside handover, SBAR.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn giao ca trực tại giường là một trong những nhiệm vụ không thể thiếu của ĐD và HS trong công tác CSNB làm việc theo mô hình đội, nhóm. Là quá trình chuyển giao thông tin, trách nhiệm về NB từ người chăm sóc (CS) này sang người CS khác giúp đảm bảo tính liên tục và an toàn trong CSNB.

Theo thống kê của Ủy ban liên hợp quốc tế về An toàn bệnh nhân, các sự cố xảy ra trong trao đổi thông tin chiếm đến 65% của tất cả sự cố [2]. Cho thấy, việc trao đổi thông tin đầy đủ và chính xác

sẽ cải thiện chất lượng CS an toàn NB.

Tại BV Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 2, công tác bàn giao ca trực tại giường theo công cụ SBAR đã được triển khai để trao đổi thông tin NB giữa ĐD và HS. Trên thực tế, qua khảo sát tại các khoa của BV Đại học Y Dược cơ sở 2 công tác bàn giao ca trực tại giường vẫn còn một số sơ sót. Do đó, nghiên cứu (NC) này tiến hành nhằm đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ SBAR trong bàn giao ca trực tại giường từ đó xây dựng những chương trình can thiệp phù hợp để tăng cường chất lượng CS và điều trị cho NB

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành SBAR trong bàn giao ca trực của ĐD và HS tại BV Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 2.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

34 điều dưỡng và học sinh trực tiếp chăm sóc người bệnh nội trú khoa lâm sàng trong Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM cơ sở 2.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp tiếp cận: Sử dụng bộ câu hỏi KA- SBAR của Denise Cooper [6] năm 2020 để đánh giá kiến thức, thái độ của ĐD và HS khi sử dụng SBAR là phương tiện bàn giao. Người NC có chỉnh sửa bổ sung phần khảo sát đặc điểm cá nhân của đối tượng NC cho phù hợp với địa điểm NC. Bộ câu hỏi gồm 2 phần; Phần I: Khảo sát đặc điểm ĐD và HS gồm 8 câu; Phần II: Bảng câu hỏi gồm 12 câu chia thành 2 phần nhỏ và được đo theo Thang đo Likert 5 mức độ từ 1 đến 5 điểm (Phần A khảo sát kiến thức của ĐD và HS về 4 bước bàn giao SBAR (tình huống, bệnh cảnh nền,

đánh giá và kiến nghị) gồm 4 câu, phạm vi 0- 20 điểm; Phần B đánh giá thái độ tự nhận thức của ĐD và HS về việc sử dụng công cụ SBAR trong thực hành lâm sàng gồm 8 câu hỏi, phạm vi 0- 40 điểm).

Bảng khảo sát phát cho ĐD và HS hoàn thành trong 15 phút. Để khảo sát thực hành chúng tôi sử dụng bảng kiểm bàn giao NB được xây dựng dựa trên: Quy trình sử dụng SBAR trong báo cáo tình trạng NB cho BS của BV Đại học Y Dược Tp.HCM và bộ câu hỏi để thu thập số liệu. Bảng kiểm bàn giao NB được dịch từ công cụ “SBAR” gồm các phần: tình huống; bệnh cảnh nền; đánh giá; đề nghị. Bảng kiểm khảo sát gồm 16 bước đánh giá, mỗi bước đánh giá được tính điểm theo 4 giá trị sau: thực hiện đúng (3 điểm), thực hiện đầy đủ (2 điểm), thực hiện nhưng không đầy đủ (1 điểm), không thực hiện (0 điểm), mỗi ĐD và HS được quan sát 2 cơ hội bàn giao NB.

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong NV Y sinh học (IRB) Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh phê duyệt số 642/ HĐĐĐ-ĐHYD ngày 06 tháng 10 năm 2020.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu.

Nội dung	Yếu tố	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	34	100
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	14	41,2
	30 – 40 tuổi	16	47,1
	41 – 50 tuổi	3	8,8
	Trên 50 tuổi	1	2,9
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	15	41,2
	5 – 10 năm	1	47,1
	11 – 15 năm	13	8,8
	16 – 20 năm	5	2,9
Chức danh nghề nghiệp	Điều dưỡng	21	61,8
	Nữ hộ sinh	13	38,2
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	12	35,3
	Đại học	22	64,7
Khoa làm việc	Tai mũi họng	10	29,4
	Ngoại tổng hợp	8	23,5
	Phụ sản	13	38,2
	Chấn thương chỉnh hình	3	8,8
Số lượng NB điều trị chăm sóc trong ca làm việc	1 – 2	13	38,2
	3 – 5	13	38,2
	6 – 8	8	23,5
Cảm nhận người được bàn giao	Rất không hài lòng	1	2,9
	Không hài lòng	0	0
	Không ý kiến	3	8,8
	Hài lòng	16	47,1
	Rất hài lòng	14	41,2

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bảng 2. Kiến thức của ĐD và HS về bàn giao ca trực tại giường theo SBAR (n=34)

Nội dung	Trung bình	Khá	Giỏi	Xuất sắc	Trung bình	Độ lệch chuẩn
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Tôi có khả năng báo cáo rõ ràng về tình hình của NB	2 (5,9)	11 (32,4)	14 (41,2)	7 (20,6)	3,8	0,9
Tôi có khả năng báo cáo rõ ràng thông tin cơ bản liên quan đến tình huống của NB	3 (8,8)	10 (29,4)	13 (38,2)	8 (23,5)	3,8	0,9
Tôi có khả năng báo cáo rõ ràng về đánh giá tình hình hiện tại của NB	3 (8,8)	10 (29,4)	15 (44,1)	6 (17,6)	3,7	0,9
Tôi có khả năng báo cáo rõ ràng về đề nghị hoặc yêu cầu	3 (8,8)	11 (32,4)	14 (41,2)	6 (17,6)	3,7	0,9

Đa số ĐD và HS tự đánh giá kiến thức của bản thân ở mức độ giỏi và xuất sắc về khả năng báo cáo rõ ràng về tình hình hiện tại của NB chiếm tỷ lệ cao nhất 61,8%; Điểm trung bình (TB) kiến thức dao động từ 3,7- 3,8.

Bảng 3. Thái độ của ĐD và HS sau khi áp dụng công cụ SBAR trong bàn giao ca trực tại giường (n=34)

Nội dung	Hoàn toàn không đồng ý	Không đồng ý	Không ý kiến	Đồng ý	Hoàn toàn đồng ý	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Sử dụng SBAR giúp tôi cải thiện kỹ năng giao tiếp khi tương tác với các NVYT khác	0	1 (2,9)	7 (20,6)	16 (47,1)	10 (29,4)	4	0,8
Sử dụng SBAR giúp tôi cải thiện kỹ năng giao tiếp với BS và người CS ban đầu khác	0	1 (2,9)	5 (14,7)	18 (52,9)	10 (29,4)	4,1	0,8

Sử dụng SBAR nâng cao kỹ năng tư duy trong quá trình tiếp xúc với NB	0	1 (2,9)	9 (26,5)	15 (44,1)	9 (26,5)	3,9	0,8
Sử dụng SBAR nâng cao chất lượng và an toàn trong CSNB	0	0	7 (20,6)	17 (50)	10 (29,4)	4,1	0,7
Sử dụng SBAR để giao tiếp tiết kiệm thời gian của tôi	0	4 (11,8)	13 (38,2)	12 (35,3)	5 (14,7)	3,5	0,9
SBAR có thể ứng dụng được trong công việc thực hành lâm sàng của tôi	0	1 (2,9)	9 (26,5)	14 (41,2)	10 (29,4)	4	0,8
SBAR dễ thực hiện	0	2 (5,9)	10 (29,4)	15 (44,1)	7 (20,6)	3,8	0,8
Tôi sẽ sử dụng SBAR trong suốt quá trình thực hành lâm sàng của mình	0	1 (2,9)	10 (29,4)	13 (38,2)	10 (29,4)	3,9	0,8

Đa số ĐD và HS đồng ý và hoàn toàn đồng ý: SBAR giúp họ cải thiện kỹ năng giao tiếp với BS và người CS ban đầu khác là 83,2%; Chỉ có 50% ĐD và HS đồng ý và hoàn toàn đồng ý rằng SBAR giúp tiết kiệm thời gian. Điểm TB thái độ SBAR trong bàn giao ca trực tại giường dao động từ 3,5 - 4,1.

Bảng 4. Thực hành SBAR trong bàn giao ca trực tại giường (n=68)

Nội dung		Không thực hiện (0)	Thực hiện không đầy đủ (1)	Thực hiện đầy đủ (2)	Thực hiện đúng (3)
S- Situation (Tình huống)		2,7 ± 0,4 (1,5 – 3) ^a			
S1	Nhân viên tự giới thiệu tên, chức danh với NB và NN	1 (1,5)	8 (11,8)	0	59 (86,8)
S2	Nhận dạng NB: Họ tên, năm sinh, địa chỉ, mã số ID	0	9 (13,2)	16 (23,5)	43 (63,2)
S3	Vấn đề cần bàn giao	3 (4,4)	2 (2,9)	1 (1,5)	62 (91,2)

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Nội dung		Không thực hiện (0)	Thực hiện không đầy đủ (1)	Thực hiện đầy đủ (2)	Thực hiện đúng (3)
B- Background (bệnh cảnh nền)		2,3 ±0,6 (1,2 – 3) ^a			
B1	Ngày, lý do nhập viện, chẩn đoán	3 (4,4)	5 (7,4)	3 (4,4)	57 (83,8)
B2	Thuốc, dịch truyền đang sử dụng	10 (14,7)	2 (2,9)	1(1,5)	55(80,9)
B3	Tình trạng dị ứng thuốc, thức ăn	15 (22,1)	0	2 (2,9)	51(75,0)
B4	Tri giác, dấu sinh hiệu gần nhất	14(20,6)	9(13,2)	9 (13,2)	36(52,9)
B5	Kết quả cận lâm sàng mới nhất	22(32,4)	2 (2,9)	4 (5,9)	40(58,8)
B6	Phẫu thuật/thủ thuật/kỹ thuật có liên quan	8(11,8)	0	4 (5,9)	56(82,4)
B7	Bệnh lý kèm theo	18(26,5)	0	3(4,4)	47(69,1)
A- Assessment (Đánh giá)		2,7 ± 0,5 (1,5 – 3) ^a			
A1	Đưa ra vấn đề chính về tình trạng NB	5 (7,4)	0	1(1,5)	62(91,2)
R- Recommendation (Kiến nghị)		1,1 ± 0,6 (0,1 – 2) ^a			
R1	Thuốc	29(42,6)	2(2,9)	1(1,5)	36(52,9)
R2	Xét nghiệm	36(52,9)	0	0	32(47,1)
R3	BS thăm khám	42(61,8)	0	0	26(38,2)
R4	Chuyên khoa/xuất viện (nếu có)	55(80,9)	0	1 (1,5)	12(17,6)
R5	Khác...	45(66,2)	1(1,5)	1(1,5)	21(30,9)

^a Trung bình ± Độ lệch chuẩn (phạm vi)

Điểm trung bình (TB) tuân thủ thực hành SBAR là 8,8 ± 1,5, phạm vi 5,4 – 11.

Bảng 5. Mối liên hệ giữa đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu và kiến thức SBAR trong bàn giao ca trực tại giường

Nội dung	Điểm trung bình chung kiến thức (4 câu)			
	Phạm vi	TB	Độ lệch chuẩn	P
Chức danh nghề nghiệp				
Điều dưỡng (21)	12 - 20	16,4	2,4	<0,001
Nữ hộ sinh (13)	8 - 20	12,5	3,5	
Khoa làm việc				

Tai mũi họng (10)	12 - 20	15,2	2,4	0,001
Ngoại tổng hợp (8)	15 - 20*	17,6	1,9	
Phụ sản (13)	8 - 20*	12,5	3,5	
Chấn thương chỉnh hình (3)	16 - 20	17,3	2,3	

Phép kiểm *Independent - Samples T test, One - Way ANOVA, Tukey HSD*

ĐD và HS có điểm kiến thức khác nhau từ 8 - 20 điểm; ĐD có điểm TB kiến thức $16,4 \pm 2,4$ cao hơn HS $12,5 \pm 3,5$; Mọi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức về SBAR trong bàn giao ca trực tại giường của ĐD và HS với chức danh nghề nghiệp, khoa làm việc; $p < 0,001$ (*Independent*

- Samples T test). Có sự khác biệt điểm kiến thức giữa khoa PS và khoa Ngoại TH. Khoa Ngoại TH có điểm TB kiến thức cao nhất $17,6 \pm 1,9$; khoa PS có điểm thấp nhất $12,5 \pm 3,5$ với $p = 0,001$. (*One - Way ANOVA, Tukey HSD*)

Bảng 6. Mối liên hệ giữa đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu và thực hành SBAR trong bàn giao ca trực tại giường

Nội dung	Điểm trung bình chung thực hành (16 bước)			
	Phạm vi	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Chức danh nghề nghiệp				
Điều dưỡng (21)	5,4 - 10,6	9,6	1,2	<0,001
Nữ hộ sinh (13)	6,1 - 11	7,7	1,4	
Khoa làm việc				
Tai mũi họng (10)	8,6 - 11*	10,1	0,8	<0,001
Ngoại TH (8)	6,3 - 10,7	9	1,6	
Phụ sản (13)	5,4 - 9,4*	7,7	1,4	
Chấn thương chỉnh hình (3)	8,9 - 10,5*	9,8	0,9	
Số NB được CS tại thời điểm bàn giao				
1 - 2	5,4 - 10,8*	9,4	1,5	0,022
3 - 5	6,2 - 11	9,2	1,3	
6 - 8	6,1 - 10*	7,5	1,4	

Phép kiểm *Independent - Samples T test, One - Way ANOVA*

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành về SBAR trong bàn giao ca trực tại giường của ĐD và HS với nghề nghiệp, khoa làm việc, số NB được CS tại

thời điểm bàn giao. ĐD và HS có điểm thực hành khác nhau từ 8 - 20 điểm; ĐD có điểm TB thực hành $9,6 \pm 1,2$ cao hơn HS $7,7 \pm 1,4$ với $p < 0,001$ (Independent - Samples T test). ĐD và HS giữa các khoa khác nhau có điểm thực hành khác nhau từ 8 - 20 điểm, $p = 0,001$. Khoa Ngoại TH có điểm TB chung thực hành cao nhất $36,6 \pm 3,1$; khoa PS thấp nhất $29,2 \pm 6,2$ với $p = 0,018$. (One - Way ANOVA, Tukey HSD). ĐD và HS chăm sóc 1 - 3 NB tại thời điểm bàn giao có điểm TB thực hành cao nhất $9,4 \pm 1,5$ thấp nhất là ĐD và HS chăm sóc 6 - 8 NB có điểm TB thực hành $7,5 \pm 1,4$ với $p = 0,022$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về bàn giao ca trực tại giường theo SBAR của đối tượng NC

Đa số ĐD và HS tự đánh giá kiến thức của bản thân ở mức độ giỏi và xuất sắc về khả năng báo cáo rõ ràng về tình hình hiện tại của NB chiếm tỷ lệ cao nhất 61,8%; Điểm trung bình chung kiến thức đạt $14,9 \pm 3,4$ với phạm vi 8 - 20 điểm. Kết quả này thấp hơn NC của Wang và cộng sự tại Trung Quốc [4] với điểm kiến thức sau tập huấn là $16,56 \pm 2,22$, phạm vi 12-20 điểm. Điều này có thể lý giải vì NC của Wang khảo sát kiến thức của NVYT sau khi tập huấn nên điểm kiến thức cao hơn.

Sau khi được hướng dẫn công cụ

bàn giao SBAR và áp dụng tại BV. Đối tượng nghiên cứu tự đánh giá kiến thức của họ ở mức độ giỏi và xuất sắc là 61,8% về khả năng báo cáo rõ ràng về tình trạng của NB, 51,7% về thông tin cơ bản liên quan đến tình huống của NB, 61,7% về đánh giá tình hình hiện tại của NB, 58,8% về đề nghị hoặc yêu cầu. Điểm tổng cộng về kiến thức của NVYT là 8 - 20 điểm. NVYT đạt 16 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 29,4%; đạt 12 điểm chiếm 26,5%; đạt 20 điểm chiếm 14,7%. Điểm trung bình chung kiến thức đạt $14,9 \pm 3,4$ với phạm vi 8 - 20 điểm. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Denise Cooper năm 2020 [6] ở nhóm NVYT thực hành lâm sàng ($n = 19$) có điểm kiến thức là $16,37 \pm 1,92$ và thấp hơn nghiên cứu của Wang và cộng sự tại Trung Quốc [4] với điểm kiến thức sau tập huấn là $16,56 \pm 2,22$, phạm vi 12-20 điểm. Điều này có thể lý giải vì nghiên cứu của Wang khảo sát kiến thức của NVYT sau khi tập huấn nên điểm kiến thức cao hơn.

4.2. Thái độ đối tượng NC sau khi áp dụng SBAR vào bàn giao ca trực tại giường

Điểm thái độ của ĐD và HS sau khi áp dụng công cụ SBAR bàn giao ca trực tại giường đạt $31,4 \pm 5,7$ phạm vi 21 - 40 điểm. Kết quả này thấp hơn kết quả NC của Cooper năm 2020 [6] với điểm thái độ là $35,58 \pm 4,07$.

Sau khi sử dụng công cụ SBAR

trong bàn giao ca trực tại giường giúp 76,5% ĐD và HS đồng ý và hoàn toàn đồng ý cải thiện kỹ năng giao tiếp với NVYT khác, 82,3% với BS và với người CS ban đầu. Kết quả này tương đương với kết quả NC của Clark [3] 80% cảm thấy tự tin hơn khi giao tiếp với BS, 72% đồng ý rằng họ giao tiếp hiệu quả hơn và 62% NVYT đồng ý rằng công cụ SBAR giúp họ biết họ nên nói gì khi giao tiếp với BS.

Ngoài ra, SBAR giúp 70,6% NVYT nâng cao kỹ năng tư duy trong quá trình tiếp xúc với NB. Trong NC của Renz [8], một số ĐD trả lời rằng việc sử dụng SBAR đã giúp họ “sắp xếp tư duy” và “cảm thấy tự tin hơn trong giao tiếp.

Sử dụng SBAR giúp 79,4 % NVYT nâng cao chất lượng và an toàn trong chăm sóc NB. Kết quả này cao hơn NC của Meera S. Achrekar [5] với 63% NVYT cho rằng SBAR giúp cải thiện sự an toàn cho NB. Điều này cho thấy ĐD và HS thấy được tầm quan trọng của việc sử dụng công cụ có cấu trúc như SBAR vào bàn giao NB tại giường.

50% ĐD và HS tiết kiệm được thời gian so với trước áp dụng SABR. Kết quả này tương đồng với NC của YuMi [11] khi ĐD cho biết báo cáo ca trực tại giường mất ít thời gian hơn so với phương pháp báo cáo cũ và nó không ảnh hưởng đến khả năng hoàn thành nhiệm vụ trong ca trực của họ. Bên cạnh đó 50 % NVYT không đồng ý và không ý kiến SBAR giúp

tiết kiệm thời gian. Kết quả này cao hơn NC của Meera S. Achrekar [5] là 21% cho rằng tốn nhiều thời gian để điền vào biểu mẫu SBAR, theo kết quả của Renz và cộng sự [8] 28% NVYT cho rằng mất nhiều thời gian.

64,7% ĐD và HS cho rằng SBAR dễ thực hiện. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Meera S. Achrekar [5] là 53% cho rằng SBAR đánh giá dễ dàng.

70,6% ĐD và HS có thể ứng dụng SBAR trong công việc thực hành lâm sàng. Kết quả này cao hơn NC của Meera S. Achrekar [5] là 32% cho rằng thông tin liên quan đến NB được ghi nhận trong bàn giao SBAR; 79% NVYT cảm thấy thoải mái khi bàn giao bằng SBAR; cao hơn NC của Cairns và cộng sự [7] là 50% NVYT cho biết tinh thần đồng đội và trách nhiệm được cải thiện sau khi thực hiện báo cáo ca trực tại giường.

57,6% ĐD và HS đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý sẽ sử dụng SBAR trong suốt quá trình thực hành lâm sàng của mình. Kết quả này thấp hơn NC của Weiwen Wang [4] với 93,8% NVYT tham gia hội thảo SBAR đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý sử dụng SBAR để giao tiếp trong quá trình thực hành lâm sàng.

4.3. Thực hành SBAR trong bàn giao ca trực tại giường của NVYT

Mức độ tuân thủ SBAR đúng trong bàn giao ca trực tại giường tương đối cao

với điểm trung bình (TB) lần lượt là: Bước S - Tình huống: $2,7 \pm 0,4$ phạm vi 1,5 – 3; Bước B - Bệnh cảnh nền: $2,3 \pm 0,6$, phạm vi 1,2 – 3; Bước A - Đánh giá: $2,7 \pm 0,5$, phạm vi 1,5 – 3; Bước R - Kiến nghị: $1,1 \pm 0,6$, phạm vi 0,1 – 2. Điểm TB tuân thủ thực hành SBAR là $8,8 \pm 1,5$, phạm vi 5,4 – 11.

Bước S - tình huống: NVYT tự giới thiệu tên, chức danh, nhiệm vụ với NB và người nhà đạt 86,8% tương đương với NC của YuMi [11] là 88,9%. Mặc dù quy trình giao tiếp giữa ĐD và HS với NB và người nhà NB thông qua áp dụng mô hình AIDET đã được triển khai áp dụng từ năm 2018 để giúp cải thiện trao đổi thông tin, nhưng NVYT vẫn chưa có thói quen tuân thủ.

Thực hành nhận dạng NB: về họ tên, năm sinh, địa chỉ, mã số ID đạt 63,2% thấp hơn NC của YuMi [11] là 66,7%. Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu khác là do NVYT nhận dạng NB chưa đúng như không dùng câu hỏi mở khi nhận dạng NB, không so sánh mã số ID giữa vòng đeo tay của NB với hồ sơ bệnh án mà chỉ đọc mã số ID của NB cho người nhận bàn giao. Thực hành bàn giao vấn đề cần bàn giao đạt 91,2% cao hơn NC của YuMi [11] là 90%. Cho thấy ĐD và HS rất quan tâm đến vấn đề của NB cần bàn giao lại cho ca trực sau.

ĐD và HS tuân thủ bước bệnh cảnh nền (B), bàn giao ngày, lý do nhập

viện, chẩn đoán đầy đủ với tỷ lệ 83,8% thấp hơn kết quả của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 100%. Điều này có thể do đặc thù nơi tiến hành NC. Huỳnh Thị Kiều Diễm tiến hành NC tại khoa Cấp cứu, nơi NB mới nhập viện vào vì lý do cấp cứu nên vấn đề này được NVYT quan tâm rất nhiều và bắt buộc phải bàn giao cho ĐD và HS ca trực sau để nắm tình hình bệnh.

ĐD và HS tuân thủ bàn giao thuốc, dịch truyền đang sử dụng trong bàn giao ca trực là 80,9%. Thực tế ĐD và HS sẽ bàn giao thuốc, dịch truyền với phiếu công khai thuốc tại khoa phòng, do không có nhiều xe tiêm thuốc để cùng lúc nhiều người bàn giao. Kết quả này thấp hơn kết quả của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 99,2%.

Tình trạng dị ứng thuốc, thức ăn của NB được bàn giao đầy đủ là 75% thấp hơn kết quả của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 99,2%. Theo quy định của BV, tất cả NB có tiền sử dị ứng đều được đóng dấu cảnh báo ngoài bìa bệnh án và tờ điều trị, chăm sóc. ĐD và HS bàn giao bước này bị hạn chế có thể do chủ quan.

ĐD và HS tuân thủ bàn giao vấn đề tri giác, dấu sinh hiệu gần nhất của NB là 52,9%. Khi bàn giao tại giường, NVYT quan sát được tình trạng NB hiện tại, giúp bàn giao vấn đề này một cách chính xác và thuận tiện. Kết quả này thấp hơn kết quả Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 93,4%.

ĐD và HS bàn giao kết quả cận lâm sàng mới nhất là 58,8%, thấp hơn NC của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] 83,3% có thể do đặc thù NB khoa cấp cứu có nhiều chỉ định cận lâm sàng hơn. Trong NC này, đa số NB nhập viện phẫu thuật khi có đầy đủ các cận lâm sàng bình thường, một số ít có bất thường cần theo dõi nhưng có thể ĐD thiếu sót vấn đề này khi bàn giao.

Loại phẫu thuật, thủ thuật hoặc các kỹ thuật có liên quan được ĐD và HS bàn giao tại giường là 82,4%, cao hơn NC của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 43,3%.

Đối với bước Đánh giá (A), ĐD và HS tuân thủ 62%, cao hơn kết quả của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 33,3%. ĐD cần thực hiện bước đánh giá này tốt hơn để xác định các vấn đề cần can thiệp phù hợp với tình trạng NB.

Đối với bước Kiến nghị (R), ĐD và HS kiến nghị thuốc cần dùng cho NB là 52,9%, thấp hơn NC của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 80%. Cho thấy ĐD và HS chưa có thói quen bàn giao theo dõi tác dụng phụ của thuốc, thời gian kết thúc dịch truyền hoặc bàn giao về các cử thuốc kháng sinh, chống đông tiếp theo mà NB cần thực hiện.

Kiến nghị liên quan đến xét nghiệm cần thiết cho NB là 47,1 % thấp hơn NC của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 92,5%. ĐD và HS chưa thấy được tầm quan trọng của việc bàn giao các xét nghiệm cần thiết.

Các bệnh lý kèm theo được ĐD và HS bàn giao đầy đủ là 69,1%. Vì đây là yếu tố quan trọng để theo dõi diễn tiến bệnh nên được ĐD và HS chú trọng trong bàn giao ca trực.

Đề nghị cần có BS thăm khám cho NB là 38,2 %, đề nghị cho NB chuyển khoa, xuất viện là 30,9 %, thấp hơn NC của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] là 100%. Điều này rất quan trọng vì sẽ giúp ĐD và HS ca trực sau có kế hoạch theo dõi và CSNB tốt hơn.

Các bước thực hành SBAR, ĐD và HS tuân thủ tốt nhất là bước đánh giá (A) đạt 2,8/3; tình huống (S) đạt 2,7/3; bệnh cảnh nền (B) đạt 2,3/3; kiến nghị (R) đạt 1,1/3, tương đồng với NC của Achrekar và cộng sự (2016), tỷ lệ tuân thủ bước A hầu như 100%, khác với NC của Huỳnh Thị Kiều Diễm [1] NVYT tuân thủ tốt nhất bước kiến nghị (R) đạt 1,8/2; tình huống (S) đạt 1,6/2; tiếp đến là bệnh cảnh nền (B) đạt 1,5/2 và tuân thủ thấp nhất là đánh giá (A) đạt 0,4/2.

4.4. Điểm mạnh, điểm hạn chế và điểm mới của nghiên cứu

Điểm mạnh của NC này đánh giá được kiến thức, thái độ và thực hành SBAR trong bàn giao ca trực tại giường của NVYT. Qua đó phát hiện được kiến thức về SBAR hạn chế ở nội dung nào, ở đối tượng NVYT nào, ở khoa phòng nào để có chiến lược tập huấn bổ sung phù

hợp. NC này tuy khảo sát được thái độ của NVYT sau khi áp dụng SBAR trong bàn giao ca trực tại giường, biết được mức độ tuân thủ của NVYT khi bàn giao ca trực. Từ đó có kế hoạch lên chương trình tập huấn phù hợp, có phương pháp kỷ luật đối với những thành phần chưa có thái độ tích cực giúp hình thành thói quen tuân thủ SBAR trong bàn giao ca trực tại giường, giúp nâng cao chất lượng CSNB, nâng cao sự hài lòng của NB và NVYT.

Điểm hạn chế là nghiên cứu cắt ngang tại một thời điểm, khảo sát về kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ SBAR trong bàn giao ca trực tại giường của NVYT với cỡ mẫu nhỏ, thời gian hạn chế nên không khái quát được.

Điểm mới là áp dụng công cụ bàn giao SBAR- công cụ giao tiếp trao đổi thông tin của NB giữa các NVYT với nhau. Công cụ này được áp dụng để báo cáo tình trạng NB giữa các NVYT với nhau qua điện thoại, trong giao ban, trong hội chẩn, trong bàn giao ca trực hoặc chuyên khoa. Nhưng trong NC này chúng tôi sử dụng công cụ SBAR trong bàn giao ca trực tại giường của NB.

5. KẾT LUẬN

ĐD và HS có kiến thức về SBAR trong bàn giao ca trực tại giường ở mức độ khá; điểm TB kiến thức dao động từ 3,7/5 đến 3,8/5. Điểm TB chung kiến thức đạt 14,9/20 phạm vi 8 – 20.

ĐD và HS có thái độ về SBAR trong bàn giao ca trực tại giường khá tích cực. Điểm TB thái độ SBAR của ĐD và HS trong bàn giao ca trực tại giường dao động từ 3,5/5 đến 4,1/5.

Trong các bước thực hành SBAR, ĐD và HS tuân thủ tốt nhất lần lượt là các bước đánh giá (A) đạt 2,8/3; tình huống (S) đạt 2,7/3; bệnh cảnh nền (B) đạt 2,3/3; kiến nghị (R) đạt 1,1/3. Điểm TB thực hành SBAR là 8,8/12, phạm vi 5,4 – 11.

Điểm TB chung kiến thức, thái độ SBAR trong bàn giao ca trực của ĐD cao hơn HS; của Khoa Ngoại TH cao nhất và thấp nhất là khoa PS. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức SBAR trong bàn giao ca trực tại giường với chức danh nghề nghiệp, khoa làm việc, trình độ chuyên môn. Điểm TB chung thực hành SBAR trong bàn giao ca trực của ĐD cao hơn NHS, khoa Ngoại TH cao nhất, thấp nhất là khoa PS, đối tượng ĐD và HS chăm sóc 1 – 3 NB tại thời điểm bàn giao có điểm thực hành cao hơn các đối tượng ĐD và HS khác. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành SBAR trong bàn giao ca trực tại giường với chức danh nghề nghiệp, khoa làm việc, số lượng NB CS tại thời điểm bàn giao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Thị Kiều Diễm, Trần Thụy Khánh Linh (2019), “Mức độ tuân thủ SBAR trong bàn giao ca trực của điều

đưỡng tại khoa cấp cứu và các yếu tố liên quan”, Khóa luận tốt nghiệp Điều dưỡng 2019, pp. 32-33.

2. Bộ Y Tế. (2014), Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, B, Editor.

3. Clark E., Squire S., Heyme A., et al. (2009), “The PACT Project: improving communication at handover”, *Med Journal Aust*, 190 (S11), pp. S125-7.

4. Wang W., Liang Z., Blazek A., et al. (2015), “Improving Chinese nursing students’ communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique”, *Nurse Educ Today*, 35 (7), pp. 881-7.

5. Achrekar M., Murthy V., Kanan S., et al. (2016), “Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study”, 3 (1), pp. 45-50.

6. Cooper D., Clark P. C. (2020), “Preliminary Psychometrics of the Knowledge and Attitudes Toward SBAR Instrument (KA-SBAR)”, *Journal Dr Nurs Pract*, 13 (2), pp. 120-124.

7. Cairns L. L., Dudjak L. A., Hoffmann R. L., et al. (2013), “Utilizing bedside shift report to improve the effectiveness of shift handoff”, *Journal Nurs Adm*, 43 (3), pp. 160-5.

8. Renz S. M., Boltz M. P., Wagner L. M., et al. (2013), “Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care”, *Geriatr Nurs*, 34 (4), pp. 295-301.

9. Zakeri H., Ahmadi F., Rafeemanesh E., et al. (2017), “The knowledge of hand hygiene among the healthcare workers of two teaching hospitals in Mashhad”, *Electron Physician*, 9 (8), pp. 5159-5165.

10. Truong A. T. T., Nguyen A. T. T., Pham H. T., et al. (2020), “The effectiveness of “I PASS The BATON” model in improving nursing handover at a university hospital in Vietnam”, 4 (3), pp. 1-5.

11. Yu M., Kang K. J. I. J. B.-S. B.-T. (2015), “SBAR report competency and communication clarity of handover in Korean nursing students”, 7 (6), pp. 189-200.