

April-May 2020, Volume 15, Issue 1

The Effect of SBAR Communication Model Training on Nurses' Safety Culture Observance by Emergency Department Nurses

Khaksar A¹, Pashaei Sabet F², Momenian S³, *Abbasi M⁴, Karimi Z⁵

1- Master Student Emergency Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

2-Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

3- Ph.D. Candidates in Biostatistics, Paramedical Sciences Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4-Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran (**Corresponding author**)

Email: Mohamad_abbasi55@yahoo.com

5- Msc of Health Education and Promotion. Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Received: 3 Oct 2019

Accepted: 26 Jan 2020

Abstract

Introduction: Patient safety in the present age is one of the main components of the quality of health services and clinical governance. One of the most important goals of the health sector is to provide patient safety. Training on safety and human factors is the most important step in ensuring the health and safety of the patient and attention to the phenomenon of professional communication is very important in reducing the incidence of medical errors. Considering the importance of patient safety and the importance of interphase communication and patient safety culture, the researcher decided to investigate "The Impact of SBAR Communication Model on Observance of Patient Safety Culture by Nurses at the Emergency Department of Shahid Beheshti Hospital in Qom 1396".

Methods: Data was collected by a safety culture questionnaire. In this semi-experimental study, 64 nurses from the emergency department of Shahid Beheshti Medical Center in Qom in 1396 were selected and randomly assigned to two groups of 32 intervention and control group 32. After completing the safety culture questionnaire by nurses in two groups, intervention and Control as a pre-test, SBAR Communication Skills Training Program for the intervention group, including teaching a communication booklet and safety culture and SBAR communication model, began for two sessions of two hours. All participants were asked to complete the safety culture questionnaire two weeks after the training sessions.

Results: Comparison of the subscales of safety culture and the total score of safety culture in intervention and control groups did not show any significant difference before intervention in intervention nurses ($P=0/120$). But after the intervention, the mean of safety culture and safety culture in the intervention group was significantly more than the control group, which was statistically significant ($P<0.001$).

Conclusions: The results showed that, two weeks after the intervention, the safety culture score in the intervention group was increased in comparison with the control group. This means that interventions over time have increased the patient's safety culture in emergency nurses, So using this type of training along with other patient safety enhancements will improve the safety culture and ultimately enhance the quality of care and reduce unwanted injuries.

Keywords: Patient Safety; Safety Culture; Professional communication, SBAR communication

تأثیر آموزش مدل ارتباطی SBAR بر میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیماران توسط پرستاران بخش اورژانس

آرزو خاکسار^۱، فاطمه پاشایی ثابت^۲، سمیه مومنیان^۳، *محمد عباسی^۴، زینب کریمی^۵

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اورژانس دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۳- دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Mohamad_abbasi55@yahoo.com

۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۱۲

چکیده

مقدمه: ایمنی بیمار یکی از مولفه های مهم کیفیت خدمات سلامت و حاکمیت بالینی است. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مدل ارتباطی SBAR بر میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیماران، توسط پرستاران بخش اورژانس بیمارستان شهید بهشتی قم در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش کار: مطالعه مداخله ای حاضر بر روی ۶۴ نفر از پرستاران بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی قم انجام شد. نمونه ها به روش سرشماری انتخاب و افراد تحت مطالعه به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه فرهنگ ایمنی (مقری و همکاران) و پرسشنامه متغیرهای جمعیت شناختی استفاده گردید. مداخله شامل برنامه آموزشی مهارت ارتباطی SBAR برای گروه مداخله برگزار گردید. برنامه مداخله شامل تدریس یک جزوه آموزش ارتباطات و فرهنگ ایمنی و مدل ارتباطی SBAR به مدت دو جلسه دو ساعته با اسلایدهای آموزشی و پرسش و پاسخ به پرستاران بخش اورژانس بود. داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ از طریق آمار توصیفی و تحلیلی با سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۲۷ نفر (۴۲ درصد) از پرستاران تحت مطالعه مرد بودند. میانگین نمره فرهنگ ایمنی در گروه مداخله قبل و پس از مداخله به ترتیب $10/75 \pm 120$ و $7/08 \pm 161/031$ بود که تفاوت معنی داری را نشان می دهد. همچنین کلیه خرده مقیاس های فرهنگ ایمنی در گروه مداخله، قبل و پس از مداخله تفاوت معنی داری را نشان دادند ($p < 0/001$). در گروه کنترل تفاوت معنی داری در میانگین نمره فرهنگ ایمنی و خرده مقیاس های آن قبل و پس از مداخله دیده نشد ($p > 0/05$). **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد مداخله آموزشی بر مبنای مدل ارتباطی SBAR باعث افزایش میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران اورژانس شد، لذا استفاده از این نوع آموزش ها در کنار دیگر برنامه های ارتقاء ایمنی بیمار، می تواند سبب بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و در نهایت ارتقاء کیفیت مراقبت و کاهش صدمات ناخواسته شود.

کلیدواژه ها: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی، ارتباطات حرفه ای، مدل ارتباطی SBAR.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماران محسوب می شود (۱-۳). علی رغم پیشرفت های زیاد در دهه گذشته در تامین ایمنی بیمار، میزان زیان های وارد شده به بیماران به دلیل مشکلات مختلفی از جمله خطاهای انسانی، بسیار بالاست. طبق بررسی های انجام شده، بیش از نود درصد حوادث به عوامل انسانی مربوط می باشند و با ایجاد یک فرهنگ مثبت و موثر در ایمنی

ایمنی بیمار در عصر حاضر یکی از مولفه های مهم کیفیت خدمات سلامت و حاکمیت بالینی، است. از مهمترین اهداف بخش سلامت تامین ایمنی بیماران می باشد، به طوری که امروزه در سازمان های بهداشتی درمانی به عنوان یکی از محورهای اصلی در بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به

جهت بررسی مشکلات و نگرانی های آنان، یکی از جنبه های مهم مراقبت پرستاری است و در حقیقت بسیاری از وظایف پرستاران نظیر مراقبت های جسمی از بیماران و حمایت روحی بدون ارتباط امکان پذیر نیست (۱۹). ارتباط با بیمار و در نظر گرفتن بیمار به عنوان شریک در فرآیند مراقبت و درمان بر روی رضایت بیمار به عنوان شاخص مهم کیفیت خدمات تأثیر می گذارد (۲۰) از سوی دیگر با توجه به اینکه بخش اورژانس، محیطی شلوغ و پر تردد با تعداد کارکنان بالایی می باشد احتمال خطا و اشتباه در آن بسیار زیاد می باشد. علاوه بر آن، عوامل مختلفی در بروز اشتباهات و خطاها در بخش اورژانس دخالت دارند (۴). یکی از عوامل موثر در بروز اشتباهات، ارتباطات نامطلوب بین حرفه ای می باشد (۲۱). از آنجایی که ارتباطات بین حرفه ای در بخش اورژانس به علت بحرانی بودن محیط کار، تعداد زیاد کارکنان و پیچیدگی امور، دارای اهمیت خاص می باشد (۲۲) توجه به پدیده ارتباطات بین حرفه ای و آموزش در این زمینه در کاهش بروز خطاهای پزشکی حائز اهمیت می باشد (۲۳). Kilner و همکاران (۲۰۱۰) ارتباط موثر بین حرفه ای در اورژانس را در ارتقای ایمنی، کاهش خطاهای پزشکی و کاهش زمان انتظار موثر می دانند (۲۴). همچنین خطاهای ارتباطی، علل بسیاری از وقایع ناخواسته در محیط درمان می باشد (۲۵). از سوی دیگر با ایجاد شرایط مطلوب و استاندارد در ارائه خدمات در بخش اورژانس، از میزان آسیب به بیماران کاسته شده و از اتلاف وقت و هزینه جلوگیری می شود (۲۶). مدل SBAR یکی از مدل های ارتباطی است که کمیسیون مشترک مرکزی با هدف تسهیل در گفتگو بین اعضای تیم مراقبت سلامت، بهبود در ارتباطات، کاهش خطاها و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت پیشنهاد کرده است. این مدل شامل: (وضعیت: Situation) بحث روی وضعیت فعلی بیمار، (پس زمینه: Background) بحث روی گذشته و تاریخچه بیمار، (بررسی بیمار Assessment) و توصیه (Recommendation) برای آنچه نیاز به تکمیل دارد، می باشد و یک ابزار استاندارد و تکنیکی ساده جهت برقراری ارتباط موثر در هنگام تحویل بیمار است (۲۷). SBAR همچنین تمرکز روی مسئله را باعث می گردد به گونه ای که افراد و رفتارهای شخصی آنها وارد اصل موضوع نشوند، به همین علت، تمام تلاش برای حل مسئله انجام می شود و کار تیمی و تشریک مساعی تقویت

کارکنان می توان از بسیاری از حوادث پیشگیری کرد و سازمان را در جهت ارتقای خدمات یاری نمود (۵، ۴) این در حالی است که گزارش ها نشان می دهند که خطاهای پزشکی هشتمین عامل مرگ در آمریکا می باشد (۶) و سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که ده ها میلیون بیمار در کل جهان قربانی صدمات و مرگ ناشی از مراقبت ها و فعالیت های پزشکی غیر ایمن می شوند (۷) از طرفی بر اساس شواهد موجود، خطاهای پزشکی و حوادث ناگوار مرگ و معلولیت های ناشی از آن، بسیار بیش از میزان گزارش شده آن است (۸). بر اساس برخی شواهد، حدود یک سوم پذیرش های بیمارستانی دچار حوادث ناخواسته می شوند که درجه شدت آن در موارد مختلف تغییر می کند (۹). در ایران آمار مدونی از خطاهای پزشکی در دست نیست، با این حال وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است که هر ساله میلیاردها تومان صرف هزینه نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان ها به دلیل اشتباهات پزشکی می شود و افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران، نشان دهنده این ادعا است (۱۰). به همین جهت یکی از ابعاد مهم و حیاتی کیفیت در خدمات درمانی، در نظر گرفتن ایمنی بیماران می باشد (۱۱). Nightingale بیان می کند که "آسیب نرساندن به بیمار، مهم ترین و اولین لازمه یک خدمت بهداشتی و درمانی است" (۱۲) و اساسی ترین راه برای بهبود ایمنی مراقبت از بیمار، رعایت فرهنگ ایمنی سازمان های مراقبت از سلامت می باشد (۱۳). فرهنگ ایمنی روشی برای جلوگیری از خطاهای پزشکی است و بهبود فرهنگ می تواند بروز حوادث ناخواسته و حتی هزینه های مراقبت سلامت را کاهش دهد (۱۴، ۱۵). فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است (۱۶). اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان مهیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی بیمار امری بیهوده است (۱۷). مطالعات نشان داده است که ایجاد فرهنگ ایمنی مشکل ترین مسئله سازمان های ارائه کننده خدمات سلامتی در نظام مراقبت سلامت است (۱۸) یکی از عواملی که بر روی کیفیت مراقبت پرستاری تأثیر می گذارد، کمیت و کیفیت ارتباطات به هنگام مراقبت از بیمار است؛ ارتباط با بیماران

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانها (Hospital Survey On Patient Safety Culture HSOPSC) بود. این پرسشنامه، ۴۲ سؤال دارد که ادراک کارکنان را در ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار شامل: ۱) کار تیمی درون واحدهای سازمان، ۲) اقدامات و تدارکات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار ۳) یادگیری سازمانی بهبود مداوم ۴) حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار ۵) درک کلی از ایمنی موجود ۶) ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها ۷) باز بودن مجاری ارتباطی ۸) تناوب گزارش دهی رخدادها ۹) کار تیمی مابین واحدهای سازمانی ۱۰) مسائل کاری مربوط به کارکنان ۱۱) انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی ۱۲) پاسخ غیر تنبیهی در مواقع بروز خط می سنجد. مقیاس پاسخ دهی به عبارات در حیطه های ۱ تا ۹ مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (با نمره گذاری ۵ تا ۱ به ترتیب) و در حیطه های ۱۰ تا ۱۲ مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از همیشه تا هرگز (با نمره گذاری ۵ تا ۱ به ترتیب) می باشد. علاوه بر ۴۲ عبارت (در ۱۲ بعد)، پرسشنامه حاوی ۲ سؤال منفرد درباره تعداد حوادث گزارش شده در ۱۲ ماه گذشته و ارزیابی وضعیت ایمنی بیمار در واحد کاری است. دامنه نمرات برای ۴۲ عبارت اصلی پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می باشد. (۳۰، ۳۱). در ایران پرسشنامه پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار توسط مقری و همکارانش (۱۳۹۰) از انگلیسی به فارسی ترجمه شده است و در یک مطالعه که در چهار مرکز آموزشی درمانی شهر تهران صورت گرفته است روایی و پایایی آن را با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و مورد تایید قرار داده اند. همچنین در این مطالعه میزان پایایی درونی (آلفای کرونباخ) ابعاد مختلف این ابزار از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. چند مطالعه دیگر که از پرسشنامه پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار استفاده شده است نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۴، ۰/۸۷ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۵، ۳۲، ۳۳).

با تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم، مجوز لازم اخذ شد (IR.MUQ.REC.1396.95). پس از بیان اهداف مطالعه از تمامی پرستاران شرکت کننده در مطالعه رضایت نامه کتبی آگاهانه گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که پرسشنامه ها در تمام مراحل، محرمانه خواهد

می گردد (۲۸، ۲۹). بنابراین با توجه به اهمیت رعایت ایمنی بیماران و تاکید بر اهمیت ارتباطات بین حرفه ای در مطالعات مختلف و تاثیر آن بر رضایت بیماران، خانواده ها و تیم بهداشتی درمانی شاغل در اورژانس بیمارستانی و با توجه به نبود مطالعات کافی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مدل ارتباطی SBAR بر میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیماران توسط پرستاران بخش اورژانس بیمارستان شهید بهشتی قم انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله ای می باشد که با هدف تعیین تاثیر آموزش مدل ارتباطی SBAR بر میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیماران توسط پرستاران بخش اورژانس بیمارستان شهید بهشتی قم انجام شد. نمونه ها به روش سرشماری و با در نظر گرفتن معیارهای ورود شامل: داشتن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری، اعلام موافقت جهت شرکت در مطالعه، طی نکردن دوره های مشابه، اشتغال در بخش اورژانس حداقل به مدت شش ماه و معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل به شرکت در جلسات آموزشی بود. که در نهایت تمامی پرستاران بخش اورژانس بیمارستان شهید بهشتی انتخاب شدند. تعداد ۶۴ پرستار بخش اورژانس به صورت تصادفی در دو گروه ۳۲ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. قبل از مداخله پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار توسط پرستاران دو گروه مداخله و کنترل به عنوان پیش آزمون تکمیل گردید؛ سپس برنامه آموزشی مهارت ارتباطی SBAR برای گروه مداخله برگزار گردید. برنامه مداخله شامل تدریس یک جزوه آموزش ارتباطات و فرهنگ ایمنی و مدل ارتباطی SBAR به مدت دو جلسه دو ساعته با اسلایدهای آموزشی و پرسش و پاسخ به پرستاران بخش اورژانس بود. محتوای آموزش بر اساس منابع موجود و با تایید اساتید محترم پرستاری بود. پرستاران گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند ولی بعد از مداخله، جزوه آموزشی به آنها داده شد. پس از اتمام جلسات آموزشی، دو هفته فرصت داده شد تا با مرور موارد توضیح داده شده و مرور جزوه آموزشی سوالات پرسیده شود و در نهایت با جمع بندی کلی از آنچه در طول دو جلسه قبل آموخته بودند، از تمامی شرکت کنندگان خواسته شد که پرسشنامه های فرهنگ ایمنی بیمار را مجدداً تکمیل کنند.

ماند و داده های جمع آوری شده تنها در مطالعه حاضر طبق اهداف پژوهشی استفاده خواهد شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (شاخص های توصیفی و میانگین و انحراف معیار) توصیف شدند. تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از آزمون های تی مستقل، تی زوج و آنالیز کواریانس انجام شدند. کلیه تحلیل ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

که اختلاف معناداری بر اساس آزمون کای دو بین دو گروه از نظر آماری وجود نداشت ($p=0/67$). از نظر شرکت در کارگاه فرهنگ ایمنی در کل شرکت کنندگان ۸ نفر با تجربه شرکت در کارگاه فرهنگ ایمنی بودند که ۳ نفر آنان در گروه مداخله و ۵ نفر در گروه کنترل بودند و ۵۶ نفر بدون تجربه شرکت در کارگاه فرهنگ ایمنی بودند که ۲۹ نفر در گروه مداخله و ۲۷ نفر در گروه کنترل بودند که با استفاده از آزمون کای دو نتایج نشان داد که از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معناداری نبود ($p=0/70$). از نظر نوع استخدام در گروه مداخله ۱۳ نفر طرحی، ۵ نفر قراردادی و ۱۴ نفر رسمی بودند و در گروه کنترل ۲۰ نفر طرحی، ۷ نفر قراردادی، ۵ نفر رسمی بودند ($p=0/048$). از نظر وضعیت تاهل، در کل شرکت کنندگان ۲۹ نفر مجرد و ۳۵ نفر متأهل بودند. در گروه مداخله ۱۱ نفر مجرد و ۲۱ نفر متأهل وجود داشت و در گروه کنترل ۱۸ نفر مجرد و ۱۴ نفر متأهل وجود داشت. از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/131$). مقایسه زیر مقیاس های فرهنگ ایمنی و نمره کل فرهنگ ایمنی در دو گروه مداخله و کنترل، پیش از شروع مداخله آموزشی به پرستاران گروه مداخله، هیچ اختلاف معناداری را نشان نداد (جدول ۱). ولی پس از اجرای مداخله، میانگین زیر مقیاس های فرهنگ ایمنی و نمره کل فرهنگ ایمنی در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود که این اختلاف از نظر آماری نیز معنادار بود ($p<0/001$) (جدول ۲).

از مجموع ۶۴ پرستار شرکت کننده در این مطالعه، ۲۷ (۴۲ درصد) نفر مرد بودند که پس از تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل، در گروه مداخله ۱۵ مرد و ۱۷ زن و در گروه کنترل ۱۲ مرد و ۲۰ زن حاضر بودند که بر اساس آزمون کای دو اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/61$). میانگین سن پرستاران ۴/۲۱ ± ۳۰/۳۷ در گروه مداخله و ۲۸/۲۷ ± ۳/۳۵ در گروه کنترل بود ($p=0/056$). میانگین سابقه کاری پرستاران در بخش اورژانس در گروه مداخله ۴/۵ سال و در گروه کنترل ۳ سال بود که با استفاده از نتایج آزمون تی مستقل اختلاف معناداری را نشان نداد ($p=0/109$). ۵۸ نفر از کل شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی ۶ نفر ارشد و بالاتر بودند، در واقع ۲۸ نفر در گروه مداخله مدرک کارشناسی و ۴ نفر مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند و در گروه کنترل ۳۰ نفر کارشناس و ۲ نفر کارشناس ارشد و بالاتر بودند

یافته ها

جدول ۱: نتایج آزمون تی مستقل مقایسه ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار، قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل (مقایسه بین گروهی)

p-value	بعد از مداخله		p-value	قبل از مداخله		متغیر
	گروه کنترل	گروه مداخله		گروه کنترل	گروه مداخله	
<0/001	۱۲۳/۶۸ ± ۱۲/۲۵	۱۶۱/۰۳۱ ± ۷/۰۸	0/۱۲۰	۱۲۴ ± ۱۲/۰۵	۱۲۰ ± ۱۰/۷۵	فرهنگ ایمنی
<0/001	۱۱/۶۲ ± ۲/۸۷	۱۵/۶۵ ± ۱/۸۴	0/۲۲۵	۱۱/۵۶ ± ۲/۷۸	۱۰/۶۸ ± ۲/۹۳	ایمنی بیمار بطور کلی
<0/001	۸/۶۵ ± ۲/۹۴	۱۱/۶۵ ± ۱/۳۹	0/۴۱۲	۸/۶۸ ± ۲/۹۲	۸/۱۲ ± ۲/۵۱	گزارش رویدادها
<0/001	۱۱/۸۷ ± ۲/۵۲	۱۶/۳۱ ± ۱/۵۷	0/۱۴۴	۱۱/۸۷ ± ۲/۴۹	۱۱/۰۶ ± ۱/۸۴	انتظارات سوپروایزر و مدیر و اقدامات مربوط به ارتقاء ایمنی
<0/001	۱۱/۰۹ ± ۲/۰۳	۱۳/۵۰ ± ۰/۵۶	0/۰۱۵	۱۱/۳۷ ± ۲/۰۲	۱۰/۱۲ ± ۱/۹۴	ارتقای مستمر
<0/001	۱۴/۶۵ ± ۲/۷۳	۱۷/۷۱ ± ۱/۲۲	0/۳۵۰	۱۴/۷۸ ± ۲/۷۵	۱۴/۰۹ ± ۳/۰۷	کار تیمی در بخش ها
<0/001	۹/۲۸ ± ۱/۴۸	۱۱/۵۳ ± ۱/۰۱	0/۹۳۷	۹/۳۱ ± ۱/۶۹	۹/۳۴ ± ۱/۴۷	ارتباطات باز
<0/001	۹/۸۴ ± ۲/۳۱	۱۲/۹۳ ± ۰/۷۵	0/۹۴۸	۹/۹۰ ± ۲/۲۳	۹/۹۳ ± ۱/۵۲	بازخورد و ارتباطات درمورد خطا
<0/001	۶/۹۶ ± ۲/۲۲	۱۰/۷۵ ± ۱/۹۱	0/۲۸۴	۵/۹۰ ± ۲/۵۵	۵/۱۸ ± ۲/۷۶	پاسخ غیر تنبیهی به خطا
<0/001	۹/۲۱ ± ۳/۰۱	۱۳/۱۵ ± ۲/۳۰	0/۵۴۸	۹/۳۱ ± ۲/۹۹	۹/۷۱ ± ۲/۳۴	پرستلی
<0/001	۷/۷۱ ± ۲/۸۳	۱۲/۸۷ ± ۰/۹۴	0/۷۴	۷/۷۵ ± ۲/۷۰	۸/۸۱ ± ۱/۸۹	حمایت مدیریت بیمارستان برای ایمنی بیمار
<0/001	۱۲/۴۳ ± ۱/۷۹	۱۶/۳۱ ± ۱/۴۶	0/۳۴	۱۲/۶۸ ± ۱/۸۳	۱۱/۶۵ ± ۱/۹۶	کار تیمی در واحدهای بیمارستانی
<0/001	۱۱/۳۷ ± ۳/۵۸	۱۴/۳۴ ± ۲/۰۸	0/۹۲۲	۱۱/۳۴ ± ۳/۸۹	۱۱/۲۵ ± ۳/۷۲	جابجایی و انتقالات در بیمارستان

جدول ۲: نتایج آزمون تی زوجی مقایسه ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار، قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل (مقایسه درون گروهی)

p-value	گروه کنترل		p-value	گروه مداخله		متغیر
	بعد	قبل		بعد	قبل	
۰/۲۷۳	۱۲۳/۶۸ ± ۱۲/۲۵	۱۲۴ ± ۱۲/۰۵	<۰/۰۰۱	۱۶۱/۰۳۱ ± ۷/۰۸	۱۲۰ ± ۱۰/۷۵	فرهنگ ایمنی ایمنی بیمار بطور کلی گزارش رویدادها انتظارات سوپروایزر و مدیر و اقدامات مربوط به ارتقاء ایمنی ارتقای مستمر کار تیمی در بخش ها ارتباطات باز بازخورد و ارتباطات درمورد خطا پاسخ غیر تنبیهی به خطا پرستلی حمایت مدیریت بیمارستان برای ایمنی بیمار کار تیمی در واحدهای بیمارستانی جابجایی و انتقالات در بیمارستان
۰/۷۰۱	۱۱/۶۲ ± ۲/۸۷	۱۱/۵۶ ± ۲/۷۸	<۰/۰۰۱	۱۵/۶۵ ± ۱/۸۴	۱۰/۶۸ ± ۲/۹۳	
۰/۶۶۲	۸/۶۵ ± ۲/۹۴	۸/۶۸ ± ۲/۹۲	<۰/۰۰۱	۱۱/۶۵ ± ۱/۳۹	۸/۱۲ ± ۲/۵۱	
<۰/۰۰۱	۱۱/۸۷ ± ۲/۵۲	۱۱/۸۷ ± ۲/۴۹	<۰/۰۰۱	۱۶/۳۱ ± ۱/۵۷	۱۱/۰۶ ± ۱/۸۴	
۰/۰۱۸	۱۱/۰۹ ± ۲/۰۳	۱۱/۳۷ ± ۲/۰۲	<۰/۰۰۱	۱۳/۵۰ ± ۰/۵۶	۱۰/۱۲ ± ۱/۹۴	
۰/۳۷۹	۱۴/۶۵ ± ۲/۷۳	۱۴/۷۸ ± ۲/۷۵	<۰/۰۰۱	۱۷/۷۱ ± ۱/۲۲	۱۴/۰۹ ± ۳/۰۷	
۰/۷۱۲	۹/۲۸ ± ۱/۴۸	۹/۳۱ ± ۱/۶۹	<۰/۰۰۱	۱۱/۵۳ ± ۱/۰۱	۹/۳۴ ± ۱/۴۷	
۰/۴۲۳	۹/۸۴ ± ۲/۳۱	۹/۹۰ ± ۲/۲۳	<۰/۰۰۱	۱۲/۹۳ ± ۰/۷۵	۹/۹۳ ± ۱/۵۲	
<۰/۰۰۱	۶/۹۶ ± ۲/۲۲	۵/۹۰ ± ۲/۵۵	<۰/۰۰۱	۱۰/۷۵ ± ۱/۹۱	۵/۱۸ ± ۲/۷۶	
۰/۴۴۷	۹/۲۱ ± ۳/۰۱	۹/۳۱ ± ۲/۹۹	<۰/۰۰۱	۱۳/۱۵ ± ۲/۳۰	۹/۷۱ ± ۲/۳۴	
۰/۶۶۲	۷/۷۱ ± ۲/۸۳	۷/۷۵ ± ۲/۷۰	<۰/۰۰۱	۱۲/۸۷ ± ۰/۹۴	۸/۸۱ ± ۱/۸۹	
۰/۰۴۴	۱۲/۴۳ ± ۱/۷۹	۱۲/۶۸ ± ۱/۸۳	<۰/۰۰۱	۱۶/۳۱ ± ۱/۴۶	۱۱/۶۵ ± ۱/۹۶	
۰/۸۴۵	۱۱/۳۷ ± ۳/۵۸	۱۱/۳۴ ± ۳/۸۹	<۰/۰۰۱	۱۴/۳۴ ± ۲/۰۸	۱۱/۲۵ ± ۳/۷۲	

بحث

دارند، می باشد (۳۶-۳۸). Starmer نیز، در مطالعه خود بیان می کند که در یک مرکز پزشکی با اجرای مدل SBAR در تحویل بیمار، حوادث ناگوار از ۹۰ به ۴۰ و خطای دارویی از ۳۰ به ۱۸ مورد در هر ۱۰۰۰ روز بستری بیماران کاهش یافته است (۳۹). مطالعه ای نیز (۲۰۱۵) با هدف ارزیابی تیم مراقبت بهداشتی بیمارستان بعد از استفاده از مدل ارتباطی SBAR به روش مداخله ای انجام شد (۴۰). در مطالعه مذکور اطلاعات قبل و بعد از آموزش بر اساس مدل ارتباطی SABR بوسیله پرسشنامه جمع آوری شد. در نتیجه این مطالعه بیشتر کارکنان گزارش کردند که ساختار و محتوای ارتباطات شفاهی موثر با بیمار بعد از اجرای مدل در مقایسه با قبل از مداخله بیشتر بود. همچنین برخی بیان کردند که زمان برای گزارش دهی صحیح بعد از آموزش SBAR کاهش یافته است با این وجود برخی پرستاران گزارش کردند که با استفاده از مدل SBAR زمان طولانی صرف گزارش می شود؛ این می تواند نکته منفی باشد اما ممکن است به این معنا باشد که زمان برای اطمینان و تضمین آن صرف شده است و مسائل مهم گزارش شده است و هیچ چیزی از بین نمی رود (۳۸). این مطالعه نشان داد که ایمنی بیمار با SBAR تسهیل می شود. همچنین SBAR می تواند بعنوان چک لیست برای اطمینان از این که همه جنبه ها پوشش داده می شود و در نتیجه هنگام گزارش شرایط بیمار به ایمنی بیمار کمک کند. همچنین نشان می دهد که مدل SBAR یک ساختار خوب برای ارتباط موثر فراهم می کند و ایمنی بیمار را افزایش می دهد. در این مطالعه نیز با آموزش مدل ارتباطی SBAR

مطالعه حاضر با هدف تاثیر آموزش مدل ارتباطی SBAR بر میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیماران، توسط پرستاران بخش اورژانس بیمارستان شهید بهشتی قم در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد، مداخله آموزشی بر مبنای برنامه ارتباطی SBAR نمره فرهنگ ایمنی را افزایش داد. در این راستا می توان به مطالعه مسرور و همکاران در رابطه با دفعات رخدادهای ایمنی در طی سه ماه گذشته و ارتباط آن با نوع تعامل، اشاره کرد (۳۴). در نتایج این مطالعه نیز مشخص شد که هر چه تعامل حرفه ای بهتر باشد، خطاهای مربوط به ایمنی کمتر اتفاق می افتد و این موضوع با این مطالعه همخوانی دارد. عوامل مربوط به ایمنی بیمار، می تواند با نوع تعامل بین پرستاران و پزشکان مرتبط باشد؛ بنابراین یکی از عوامل تاثیر گذار گزارش شده بر ایمنی بیمار، بهبود تعامل پرستاران و پزشکان است و توجه بیشتر به آن برای ارتقاء ایمنی بیمار لازم است. از سوی دیگر یکی از مهارت های اساسی در زندگی اجتماعی توانایی برقراری ارتباط صحیح می باشد که نقش بسیار مهمی در حرفه بهداشت و درمان به جهت رضایت کارکنان، بیماران و حل مشکلات آنها دارد (۳۵).

با توجه به نتایج این مطالعه، آموزش بر مبنای مدل ارتباطی SBAR موجب افزایش میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیمار در گروه مداخله گردیده است و مطالعات در این زمینه نشان می دهند که استفاده از یک مدل ارتباطی استاندارد مثل SBAR دارای مزایای فراوانی به منظور افزایش مهارت ارتباطی در پرستاران که نقش کلیدی در فرهنگ ایمنی بیمار

نتایج مطالعه نشان داد که انتظارات سوپروایزر و مدیر نسبت به رعایت فرهنگ ایمنی بیمار و نیز پاسخ غیرتنبیهی به خطا در گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آموزش معنی دار شد؛ به طور کلی وجود سیستم های نظارتی و ارزشیابی رعایت قوانین و اصول فرهنگ ایمنی بیمار در مجموعه های بهداشتی درمانی، یکی از راههای ارتقاء ایمنی می باشد (۴۹)، از سوی دیگر مطالعات نشان داده اند که تنبیه و سرزنش به خاطر خطاها باعث پنهان کاری در این زمینه و عدم به اشتراک گذاری و درس آموزی از خطاهای رخ داده خواهد شد و احتمال بروز خطا افزایش می یابد (۳۱). انجمن پزشکی آمریکا توصیه نموده است که سازمانها برای ارتقاء در این زمینه می بایست این فرهنگ را که خطاها و اشتباهات، ناشی از نارسایی های پرسنلی و فردی است را کنار گذاشته و خطاها را به عنوان فرصت هایی برای یادگیری محسوب کنند (۵۰).

یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر نتایج استفاده از مدل SBAR، شیوه آموزش آن به پرستاران می باشد. چهارسوقی و همکاران گزارش کردند که در آموزش مدل SBAR، یادگیری پرستاران به صورت عملی در یک فضای شبیه سازی شد بیشتر از آموزش به صورت تئوری و جزوه می باشد. به نظر می رسد که در صورت تغییر روش آموزش مدل، می توان به نتایج بهتری دست یافت (۵۱). اموری مانند درمان که با جان انسان ها سر و کار دارند از اهمیت ویژه برخوردار هستند، بنابراین استفاده از ابزار استاندارد ارتباطات و ساختارمند کردن آن، بسیار ضروری و مهم به نظر می رسد و این مورد باید در راستای مداخلاتی که برای بهبود مهارت های ارتباطی کارکنان انجام می شود مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، ارتقاء مهارت های ارتباطی و برقراری ارتباط استاندارد و کامل، می تواند باعث توجه دقیق تر به مسائل بیماران شود و همه موارد مرتبط با وضعیت فعلی و پیشینه بیمار را بررسی کرده و با ارزیابی مشکل، توصیه های لازم را برای ارزیابی های دوره ای بر اساس تغییرات درمان و در جهت بهبود وضعیت بیمار بیان کند (۴۲). جهت بهبود مشکلات ارتباطی و مهارت ها می توان از آموزش در خصوص اهمیت ویژه ارتباط و شیوه های برقراری ارتباط به عنوان یک راهکار استفاده کرد. بنابراین جهت بهبود مهارت های ارتباطی پرستاران و سایر کارکنان کادر درمان، ضرورت دارد که تمهیداتی مانند برگزاری دوره

نمره فرهنگ ایمنی در گروه مداخله افزایش داشت. در این مطالعه، وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در نقل و انتقال بیماران اورژانس، ارتقاء یافته بود که با نتیجه مطالعه دوناهو و همکاران (۲۰۱۱)، که در مورد درک و فرهنگ ایمنی بیمارستانی در میان کارکنان حرفه ای قبل و بعد از آموزش SBAR بود، همخوانی داشت (۴۱). در ایران، هنگام تغییر شیفت، انتقال اطلاعات معمولاً به صورت شفاهی و با استفاده از کاردکس انجام می شود. در صورتی که یک پروتکل جامع و یکپارچه که عملکرد افراد بر اساس آن انجام شود نیاز است. اطلاعات ثبت شده در کاردکس، لزوماً اولویت های مراقبتی بیمار را شامل نمی شود (۲۸). نتایج نشان داد که آموزش مهارت ارتباطی، SBAR بر همکاری بین فردی بیمار موثر است و قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله اختلاف معنی داری داشت. نتایج پژوهش کرمانی و همکاران در رابطه با همبستگی بین مهارت های ارتباطی و ارتباط استاندارد پرستاران در مجتمع حضرت رسول اکرم ۱۳۹۲، نشان داد که ۴۵ درصد پرستاران از مهارت های ارتباطی مطلوب و بیش از ۵۵ درصد افراد، مهارت های ارتباطی ضعیف و متوسطی دارند (۴۲). همچنین در مطالعه توماس و همکاران، مشارکت و همکاری مناسب بین پزشکان و پرستاران در تصمیم گیری های درمانی تنها در ۳۳ درصد موارد دیده شده بود (۴۳). همچنین مطالعه براتی در خصوص مهارت های ارتباطی شاغلین حرفه های پزشکی شهرستان بهار استان همدان نیز گزارش کرده که وضعیت مهارت های ارتباطی در بین شاغلین در سطح مناسبی نیست (۴۴). نتیجه مطالعه مولان و کوهه نشان داد، مهارت پرستاران در برقراری ارتباط با بیماران و سایر متخصصین و گروه درمانی ضعیف است (۴۵). ماکسون و همکاران بیان دارند که بزرگترین مانع انجام یک تحویل مؤثر، مشکلات ارتباطی است (۴۶). تحویل مؤثر شیفت کاری از نظر کوهن و همکاران عامل افزایش کیفیت و اثربخشی اقدامات تیم تحویل گیرنده مراقبت می باشد (۴۷). بنابراین بدون ارتباط صحیح و مؤثر در هنگام تحویل شیفت، انتقال همه اطلاعات مورد نیاز صورت نمی گیرد؛ در نتیجه منجر به حوادث ناگوار می شود (۴۸). همچنین موانع ارتباطی بین پرستاران و پزشکان منجر به اختلال در کار گروهی و در نتیجه به خطر افتادن ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت می شود (۳۴)، در نتیجه ایمنی بیمار مختل می گردد.

و کاهش صدمات ناخواسته شود.

های آموزشی کاربردی و عملی ارتقاء مهارت ها برگزار شود (۴۲).

سیاسگزارى

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس با کد اخلاق IR.MUQ. REC.1396.95 می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند از حمایت های دانشگاه علوم پزشکی قم، مسئولین و پرسنل بیمارستان شهید بهشتی و کلیه پرستارانی که در این مطالعه شرکت نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

Reference

- Giles S, Panagioti M, Hernan A, Cheraghi-Sohi S, Lawton R. Contributory factors to patient safety incidents in primary care: protocol for a systematic review. *Systematic reviews*. 2015; 4 (1): 63.
- Epstein NE. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical neurology international*. 2014; 5 (Suppl 7): S295.
- Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2015; 8: 33.
- Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 25 (3): 213-21.
- Shekari M, Shirali G, Hosseinzadeh T. Safety culture assessment among laboratory personnel of a petrochemical company. *Journal of Health and Safety at Work*. 2014; 4 (1): 65-72.
- Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. *To err is human: building a safer health system*: National Academies Press; 2000.
- Bodur S, Filiz EJBhsr. Validity and reliability of Turkish version of " Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. 2010; 10 (1): 28.
- Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Critical care medicine*. 2007; 35 (5): 1312-7.
- Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. 'Global trigger

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد آموزش مهارت های ارتباطی SBAR بر میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران تاثیر داشت. لذا استفاده از آموزش مهارت های ارتباطی در کنار دیگر برنامه های ارتقاء ایمنی بیمار، می تواند سبب بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و در نهایت ارتقاء کیفیت مراقبت

tool'shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health affairs*. 2011; 30 (4): 581-9.

2012. HtiHmAfhwidAm.
- Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE, McKinley KE, et al. Clinical microsystems, part 1. The building blocks of health systems. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2008; 34 (7): 367-78.
- Nightingale F. *Notes on Hospitals: Being Two Papers Read Before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool, in October, 1858: with Evidence Given to the Royal Commissioners on the State of the Army in 1857*: John W. Parker and Son; 1859.
- Castle N, Sonon K. A culture of patient safety in nursing homes *Qual Saf Health Care [Internet]*. 2006 Dec [cited 2017 Mar 10]; 15 (6): 405-8.
- Vifladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PGJI, nursing cc. Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. 2016; 32: 58-65.
- Marsteller JA, Wen M, Hsu Y-J, Bauer LC, Schwann NM, Young CJ, et al. Safety culture in cardiac surgical teams: data from five programs and national surgical comparison. 2015; 100 (6): 2182-9.
- Gibbs VCJSC. Patient safety practices in the operating room: correct-site surgery and nothing left behind. 2005; 85 (6): 1307-19.
- Clarke JR, Johnston J, Blanco M, Martindell DPJAis. Wrong-site surgery: can we prevent it? 2008; 42: 13-31.
- Ismail A, El-Hage-Sleiman A-K, Majdalani M, Hanna-Wakim R, Kanj S, Sharara-Chami RJTJoliDC. Device-associated infections in the

- pediatric intensive care unit at the American University of Beirut Medical Center. 2016; 10 (06): 554-62.
19. Friesen MA, White SV, JF. B. Handoffs: Implications for Nurses. Center for American Nurses Board of Directors. 2009. P.23.
 20. Irurita VJJonp. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. 1999; 5 (2): 86-94.
 21. Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, Green RA, Zhang J, Patel VL. The multitasking clinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. International journal of medical informatics. 2007; 76 (11): 801-11.
 22. Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Noori J, Shokrollahi F. Effect of nurse communication with patients on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. Iran J Crit Care Nurs. 2010; 3 (1): 7-12.
 23. Henry LL, Ad N, Martin L, Hunt S, Crippen P. A quality improvement project to optimize patient outcomes following the maze procedure. Journal of nursing care quality. 2009; 24 (2): 160-5.
 24. Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. International emergency nursing. 2010; 18 (3): 127-37.
 25. Redfern E, Brown R, Vincent C. Identifying vulnerabilities in communication in the emergency department. Emergency Medicine Journal. 2009; 26 (9): 653-7.
 26. Rahmani H, Arab M, Akbari F, Zeraati H. Structure, process and performance of the emergency unit of teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006; 4 (4): 13-22.
 27. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Quality and Safety in Health Care. 2004;13(suppl1):i85-i90.
 28. Baghaei R, Khalkhali H, PourRashid S. THE EFFECT OF USING SBAR MODEL IN NURSING HANDOFF ON COMMUNICATION DIMENSION OF NURSING CARE FROM THE PATIENTS' VIEW. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016; 14 (6): 562-70.
 29. Arnold EC, Boggs KU. Interpersonal Relationships-E-Book: Professional Communication Skills for Nurses: Elsevier Health Sciences; 2015.
 30. Moghri J, Arab M, Saari AA, Nateqi E, Forooshani AR, Ghiasvand H, et al. The psychometric properties of the Farsi version of "Hospital survey on patient safety culture" in Iran's hospitals. Iranian journal of public health. 2012; 41 (4): 80-6.
 31. Rezaei T, Abdollahzadeh F, Ghahramanian A, Asghari Jafarabadi M, Fadaei Z, Sheikhalipour ZJTJUNMF. Patient safety culture and the factors influencing from the perspective of nurses of Medical Center of Imam Reza (AS) Tabriz. 2018; 15 (10): 767-76.
 32. Jabari F, Ooshaksaraie M, Azadehdel M, Mehrabian F. Relationship between patient safety culture and professional conduct of nurses in context of clinical governance implementation. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2015; 25 (3): 27-33.
 33. Wachter R. Understanding patient safety: McGraw Hill Professional; 2012.
 34. Masror D, Heydarikhatay D, Joolae S. Assessing patient safety events and it's correlation with nurse - physician interaction from nurses' view. Quarterly Journal of Nursing Management. 2012; 1 (2): 37-45.
 35. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The viewpoint of nurses about professional relationship between Nurses and Physicians. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery. 2010; 7 (1): 63-72.
 36. Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. Journal for Healthcare Quality. 2009; 31 (5): 19-28.
 37. Novak K, Fairchild R. Bedside reporting and SBAR: improving patient communication and satisfaction. Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families. 2012;27(6):760-2.
 38. Whittingham KA, Oldroyd LE. Using an SBAR— Keeping it real! Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme. Nurse education today. 2014; 34 (6):e47-e52.
 39. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC, et al. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs.

- Pediatrics. 2012; 129 (2): 201-4.
40. Lisbeth Blom MSc R, Pia Petersson PhD R, Peter Hagell PhD R, Albert Westergren PhD R. The situation, background, assessment and recommendation (SBAR) model for communication between health care professionals: a clinical intervention pilot study. *International Journal of Caring Sciences*. 2015; 8 (3):530.
 41. Donahue M, Miller M, Smith L, Dykes P, Fitzpatrick JJ. A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *American Journal of Medical Quality*. 2011;26 (3):206-11.
 42. Kermani B, Darvish H, Ahmadi AA, Bani Asadi A, Kolivand P. Correlation between Communication Skills and Nurses' Standardized Communication in Hazrat Rasoul Akram Complex, 2014. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2015; 3 (3): 16-24.
 43. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*. 2003; 31 (3): 956-9.
 44. Barati M, Afsar A, Ahmadpanah M. Assessment of Communication Skills Level among Healthcare Practitioners. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2012; 19 (1):62-9.
 45. Mullan BA, Kothe EJ. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse education in practice*. 2010;10(6):374-8.
 46. Maxson PM, Derby KM, Wroblewski DM, Foss DM. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nursing*. 2012; 21 (3):140.
 47. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;qshc. 2009.033480.
 48. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? *Journal of nursing management*. 2004; 12 (1):37-42.
 49. Eslami S, Abu-Hanna A, De Keizer NFJJotAMIA. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review. 2007;14 (4): 400-6.
 50. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan RJJfQiHC. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. 2010; 22 (5): 386-95.
 51. Chaharsoughi NT, Ahrari S, Alikhah S. Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role play and lecturing on communication skill of nurses. *Journal of caring sciences*. 2014; 3 (2): 141.