

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DAHİLİYE KLİNİKLERDE YAPILANDIRILMIŞ
HASTA TESLİM FORMUNUN İLETİŞİM VE
İŞBİRLİĞİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esin KELAĞALAR

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem DOĞU

AĞUSTOS - 2023



BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 08/01/2023 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin özgün çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

.../.../.....

Esin KELAĞALAR

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim süresince her aşamada bilgi, fikir ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan; desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Özlem DOĞU'ya, eğitim süresince bana her türlü desteği veren kıymetli eşime, küçük yürekleri ile sabrın en güzel halini gösteren çocuklarıma, en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Saygılarımla.



İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER	v
ŞEKİLLER.....	vi
TABLolar	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. HASTA GÜVENLİĞİ VE TIBBİ HATA	3
2.2. HASTA GÜVENLİĞİ VE İLETİŞİM.....	10
2.3. HASTA TESLİMİ	14
2.3.1. Hasta Teslim Süreci ve İletişim	16
2.3.2. Hasta Teslim Sürecinde Kullanılan İletişim Yöntemleri	18
2.4. SBAR İLETİŞİM MODELİ.....	20
2.4.1. SBAR İletişim Modelinin Bileşenleri	20
2.5. HEMŞİRE - HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	31
3.1.1. Araştırma Hipotezleri.....	31
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	31
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	32
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	33
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	34
3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu	34
3.4.2. SBAR Hasta Teslim Formu	34
3.4.3. Hemşire – Hemşire İş Birliği Ölçeği (HHİÖ)	35
3.4.4. SBAR Geri Bildirim Formu	36
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ.....	36
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	37

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	37
3.8. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	39
4. BULGULAR.....	39
4.1. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÇALIŞMA DÜZENİNE İLİŞKİN BULGULAR	39
4.2. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİ İLE HHİ VE SBAR GERİ BİLDİRİM FORMUNUN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	41
4.3. HHİ ÖLÇEĞİ VE SBAR GERİ BİLDİRİM FORMUNUN KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULAR.....	47
4.4. KLİNİKLERİN SBAR HASTA TESLİM FORMU KULLANIM DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR	54
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÇALIŞMA DÜZENİNE AİT VERİLERİN TARTIŞILMASI.....	61
5.2. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİ İLE HHİ VE SBAR GERİ BİLDİRİM FORMUNUN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	66
5.3. HHİ ÖLÇEĞİNİN SBAR GERİ BİLDİRİM FORMU İLE KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	72
5.4. KLİNİKLERİN SBAR HASTA TESLİM FORMU KULLANIM DURUMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR.....	79
EKLER.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMALAR VE SİMGELER

5P's : Patient, Plan, Purpose, Problems, Precautions

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AÇT : Aldığı –Çıkardığı Takibi

AHRQ : Sağlık Araştırma ve Kalitesi Ajansı (AHRQ)

AMATEM : Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

GRS : Güvenlik Raporlama Sistemi

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

HHİ : Hemşire – Hemşire İşbirliği

HHİÖ : Hemşire – Hemşire İş Birliği Ölçeği

HİE : Hizmet içi Eğitim

ICN : International Council of Nurses

IHI : The Institute for Healthcare Improvement

JCAHO : The Joint Commision on Accreditation of Healtcare Organizations

JCI : Joint Commission International

SBAR : Situation, Background, Assessment, Recommendation

SEAH : Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

ŞEKİLLER

Şekil 1: Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olay Türleri	7
Şekil 2: Tıbbi Hataya Neden Olan Faktörler	9
Şekil 3: Kliniklere Göre Hemşire Dağılımları (n=37).....	33
Şekil 4: Çalışma Akış Şeması.....	38
Şekil 5: Hemşire İşbirliği Ölçeği ve Alt Boyutlarının Zamana Göre Dağılımı	42
Şekil 6: Kliniklerin Hasta Teslim Formunu Kullanma Durumlarına Ait Bulgular ...	60



TABLÖLAR

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N:37)	39
Tablo 2: Klinik Çalışma Düzeni Dağılımı	40
Tablo 3: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Zamana Göre İncelenmesi	42
Tablo 4: Hemşire- Hemşire İş Birliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Kliniklere Göre İncelenmesi	43
Tablo 5: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi	44
Tablo 6: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanları ile Yaş, Meslekte, Kurumda, Birimde Çalışma Süresi ve Haftalık Çalışma Saatleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	45
Tablo 7: SBAR Geri Bildirim Formu Dağılımı	46
Tablo 8: SBAR Geri Bildirim Formu ile Klinik, Cinsiyet, Eğitim Durumu ve Çalışma Şekli Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	47
Tablo 9: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB2 Gruplarına Göre İncelenmesi	48
Tablo 10: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB3 Gruplarına Göre İncelenmesi	49
Tablo 11: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB5 Gruplarına Göre İncelenmesi	50
Tablo 12: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB8 Gruplarına Göre İncelenmesi	51
Tablo 13: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB9 Gruplarına Göre İncelenmesi	52
Tablo 14: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB10 Gruplarına Göre İncelenmesi	53
Tablo 15: SBAR Hasta Teslim Formunun Kliniklerin Kullanım Durumuna İlişkin Bulgular (Detaylı)	55
Tablo 16: SBAR Hasta Teslim Formunun Kliniklerin Kullanım Durumuna Ait Veriler (Özet)	59

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Hasta teslimi hasta güvenliğini etkileyen, uygun yapılmadığı durumlarda istenmeyen olaylara neden olan bir etmendir. Araştırma, dâhiliye kliniklerinde yapılandırılmış hasta teslim formu kullanmanın hemşire hemşire iletişim ve işbirliğine etkisini belirlemek amacıyla plandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu araştırma, Ocak- Mart 2023 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi Dahiliye, Nefroloji ve Nöroloji kliniklerinde gerçekleştirildi. Çalışma tek gruplu ön test- son test yarı deneysel olarak tasarlandı. Çalışmaya katılan 37 hemşireye çalışma öncesinde bilgi formu, HHİÖ ve SBAR workshop uygulandı. Workshop sonrası hasta tesliminde kullanılması amacıyla oluşturulan SBAR Hasta Teslim Formu 3 ay boyunca ilgili kliniklerde kullanıldı. Çalışma sonunda hemşirelere HHİÖ ile SBAR geri bildirim formu kullanıldı. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak değerlendirilmiş olup kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler verildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hemşirelerin % 70,3'ünün nöbet teslimini hasta başında sözel olarak yaptığı belirlendi. Hemşirelerin HHİ düzeyinin yüksek olduğu, sosyodemografik özellikleri ile ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). SBAR geri bildiriminde formun nöbet teslimine olumlu bir katkı getirmediği belirlendi. Sosyodemografik özellikler ile geri bildirim formu arasında yaş, meslekte ve kurumda çalışma süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulundu ($p<0.05$). Formun basamaklarından ise en çok R (Recommend), en az A (Assesment) basamağının kullanıldığı görüldü.

SONUÇ: Mevcut teslim uygulaması ile karşılaştırıldığında süre ve iş yükü olarak model kullanımı olumsuz geri dönüşler verilmesine neden oldu. Bu nedenle hemşirelerin teslim sürecinde yapılandırılmış bir model kullanmasının HHİ ve SBAR geri bildirim formuna olumlu katkısı olmadığı görüldü.

ANAHTAR KELİMELEER: Hasta Teslim Formu, Hemşire – Hemşire İşbirliği, İletişim, SBAR

SUMMARY

The Effect Of Structured Patient Delivery Form On Communication And Cooperation In Internal Clinics

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Patient delivery is a factor that affects patient safety and causes undesirable events in cases where it is not done properly. The study was planned to determine the effect of structured patient delivery form on communication and cooperation in internal medicine clinics.

MATERIALS AND METHODS: This research was carried out in Internal Medicine, Nephrology and Neurology clinics of a training and research hospital between January and March 2023. The study was designed as a single group pretest-posttest quasi-experimental. Before the study, 37 nurses who participated in the study were applied the information form, NNCS and SBAR workshop. The SBAR Patient Delivery Form, which was created to be used in patient delivery after the workshop, was used in the relevant clinics for 3 months. At the end of the study, the SBAR feedback form was used with the nurses. Data were evaluated by transferring them to IBM SPSS Statistics 23 program, and frequency distribution (number, percentage) for categorical variables and descriptive statistics for numerical variables were given.

RESULTS: It was determined that 70.3% of the nurses delivered the shift verbally at the bedside. There was no statistically significant difference between the sociodemographic characteristics of the nurses with high NNC levels and the scale. In the SBAR feedback, it was determined that the form did not make a positive contribution to the delivery of the seizure. A statistically significant difference was found between the sociodemographic characteristics and the feedback form in terms of age, working time in the profession and institution. Among the steps of the form, it was seen that the R (Recommend) step was used the most and the A (Assesment) step was used the least.

CONCLUSION: Compared to the current delivery application, the use of the model in terms of time and workload caused negative feedback. It was observed that the

nurses' use of a structured model in the delivery process did not contribute positively to the NNC and SBAR feedback form.

KEYWORDS: Patient Delivery Form, Nurse – Nurse Collaboration, Communication, SBAR



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta güvenliğinin sağlanması ve yüksek kalitede bakımın bireye sunulması, tüm sağlık hizmetleri uygulamalarının temel bileşenleri arasındadır. Hasta güvenliğini tehlikeye sokan durumları ortadan kaldırmak için, iletişim modelleri ile yapılacak iyileştirme çabaları hasta güvenliğinde önemli stratejiler arasında yer almaktadır. Sağlık bakım sürecinin önemli bir bileşeni olan iletişim, sağlık çalışanları arasındaki ve hasta ile olan süreci doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir (Arslanoğlu 2019). Hemşireler, diğer sağlık profesyonellerine nazaran hasta ve yakınları ile daha fazla ilişki içerisinde bulunmakta ve dolayısıyla hasta güvenliğine katkısı çok daha fazla olmaktadır (Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin 2015). Hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hataların başında da iletişim kaynaklı hatalar gelmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşireler en çok telefonla ya da sözel olarak yapılan hasta istemlerinde iletişim hatalarına düşmektedir (Caymaz 2015, İşci 2015, Albayrak 2021). Ayrıca çalışan sayısının yeterli olmaması, iş yoğunluğunun fazla olması, değişken vardiyalar ve yorgunluk iletişim kaynaklı hataların oluşmasına neden olmaktadır (Caymaz 2015). Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan hatalar hasta ile sağlık çalışanı arasında olabildiği gibi çalışanların kendi aralarındaki iletişimin etkin olmamasından kaynaklı da olabilmektedir. Hemşirelerin birbirleriyle iletişiminin en yoğun olarak yaşandığı zaman dilimi hasta teslimidir. Bu süreçte yaşanan hatalar beraberinde yanlış ilaç uygulamalarını, kalıcı hasarı, maliyet artışlarını, hastanın tedavi sürecindeki istenmeyen olayları getirmektedir.

Hastaya uygulanan holistik yaklaşım ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım uygulamaları, nitelikli ve kaliteli hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır. Bakım süreci içerisinde hasta, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki iyi iletişim hasta memnuniyetini ve çalışan doyumunu da beraberinde getirecektir. Bakım sürecindeki sağlıklı iletişim ekibin uyumunu ve dolayısıyla hemşire-hemşire iş birliği (HHİ) kavramının önemini ortaya çıkarmaktadır (Çelik Durmuş ve Yıldırım 2018, Çavuşoğlu ve Gün 2022). Hemşire işbirliği, bireyi bakımın merkezine alan, kaliteli ve güvenli hemşirelik uygulamaları için mesleki değerler doğrultusunda hemşirelerin birbirleri ile deneyim ve bilgilerini paylaşmasını gerektirmektedir

(Çelik Durmuş ve Yıldırım 2018, Güven 2021, Çavuşoğlu ve Gün 2022). Sağlık profesyonelleri arasında önemli bir konumda olan hemşireler, bakım süreci ve tedavinin tüm aşamalarında hastayla birlikte olup, ekip içi iletişim, koordinasyonun sağlanması ve sorunların çözümünde etkin rol oynamakta ve dolayısıyla iş birliğinin sağlanmasında kilit konumdadır (Wiltjer 2017, Ma and Stimpfel 2018). Sağlık bakım hizmetinin sunumunda hemşire iş birliğinin önemi giderek artmakta olup, iş birliği ile çalışmanın hasta devir hızını azalttığı, tıbbi hataları azaltarak hasta güvenliğini sağladığı ve çalışanın mesleki doyumunu arttırdığı belirtilmektedir (Zengin 2021). Fakat hemşirelerin uzun ve yorucu vardiya şartlarında çalışması, iş yoğunluğunun fazla olması, uygun oryantasyon programlarının sağlanamaması, iş paylaşımının eşit dağıtılmaması ve yeterli personelin olmaması gibi nedenlerle hemşirelerin iş birliği düzeyi olumsuz etkilenmektedir (Wiltjer 2017, Moore, Prentice and Salfi 2017, Ma and Stimpfel 2018). Hemşire işbirliğinin önemi yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuş olup iş birliği düzeyi arttıkça tıbbi hata oranlarının azaldığı, motivasyon ve iş doyumunun arttığı, bakım çıktılarında olumlu iyileşmelerin yaşandığı belirlenmiştir (Ylitörmänen, Kvist and Turunen 2019, Aktaş 2020, Çakıcı 2020, Al-Hamdan et al 2021, Çavuşoğlu ve Gün 2022, Özkaya, Çilhoroz Işık ve Biçer 2022).

Hasta güvenliğini sağlanmasında sağlık çalışanları önemli görevler üstlenmekte olup, işbirliğinde doğru iletişim ile hasta bilgilerinin eksiksiz ve tam olarak teslimi önem arz etmektedir. Hasta tesliminin uygun şekilde yapılabilmesi için çeşitli iletişim modelleri kullanılmaktadır. Modeller referans alınarak yapılan hasta teslimlerinin hatayı en aza indirdiği literatürde karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz ve Oskay 2021, Tuğrul ve Şahbaz 2021, Cengiz ve Seren İntepeler 2021, Murphy et al 2022, Li, Zhao and Fu 2022). Bu nedenle hemşireler arasındaki iş birliği ve iletişim kadar modele dayalı hasta tesliminin kullanımı da hasta güvenliğinde önemli yer tutmaktadır. Bu açıdan yapılandırılmış hasta teslim formu ile yapılan hasta teslim sürecinin iletişim ve iş birliğine etkisini belirlemek amacıyla çalışma planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HASTA GÜVENLİĞİ VE TIBBİ HATA

Teknolojinin ve modern tıbbın gelişmesiyle birlikte, sağlık kurumlarında teknoloji kullanımının faydaları ve potansiyel zararları hasta güvenliği konusuna ilgiyi artırmıştır (Korkutan ve Kurt 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini, sağlık hizmeti sunumundaki riskleri kalıcı ve tutarlı bir şekilde azaltmaya, önlenabilir zararları hafifletmeye ve olası hataların gerçekleşmesi halinde etkilerini azaltan kurumsal kültürler, prosedürler, davranışlar ve ortamlar oluşturulmasını sağlayan faaliyetler bütünüdür olarak tanımlamıştır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> Erişim Tarihi:05.02.2023). Sağlık hizmeti sunumundaki kompleks yapının getirdiği güçlükler hasta güvenliğini tehlikeye düşürmekte ve sonuç olarak hasta zararının artmasına neden olabilmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#cms> Erişim Tarihi:05.02.2023). Sağlık Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü (The Institute for Healthcare Improvement -IHI) tanımına göre hasta güvenliği; hastaya verilebilecek zararın ve önlenabilir ölümlerin oranının düşürülmesi ile verilen bakımın devamlı olarak iyileştirilmesi ve güvenli hale getirilmesidir (<https://www.ihl.org/sites/search/pages/results.aspx?k=patient+safety> Erişim tarihi: 06.02.2023).

Hasta güvenliğinin temelinde sağlık hizmeti alan bireylerin karşılaşabileceği risklerin, zararların ve istenmeyen olumsuz sonuçların önüne geçmek hedeflenmektedir. Hasta güvenliğinin esasında devamlı iyileştirme çabası yer almaktadır. Yaşanılan tıbbi hatalardan, yapılan yanlışlıklardan ve advers olaylardan ders çıkarılmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda kaliteli ve istenilen düzeyde sağlık hizmeti verilmesinde hasta güvenliği en önemli konuların başında gelmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#cms> Erişim Tarihi:05.02.2023).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünyada on hastadan birinin tıbbi hata yaşadığı, yılda yaklaşık on milyon insanın sakat kaldığı veya hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Eşkin Bacaksız, Taşkiran Eskici Uğuz ve Harmancı Seren 2020). Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde iyileşme sağlayan küçük adımların bir araya getirilerek büyük adımlara dönüştürülmesidir (Aycan 2019). Hasta güvenliği, nitelikli ve kaliteli sağlık hizmetinin önemli koşullarından biridir. Güvenlik, bakımın bireye vereceği zararları önlemek için sağlık çalışanlarınca tıbbi hatalardan kaçınmanın ve alınan önlemlerin tamamının uygulanması ile mümkündür (Demirel, Akgün ve Doğaner 2020). Kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmetinin ortaya konulabilmesinde, hasta güvenliği sorunlarının ve tıbbi hatalarının minimuma indirilmesi amacıyla öncelikle sağlık çalışanları ve ardından toplumun hasta güvenliğine ilişkin farkındalık kazanması bir zorunluluktur (Tunçel ve Sökmen 2021). Sağlık hizmeti karmaşık, hızlı ve baskı altındaki ortamlarda sunulduğunda güvenli bakım ve hizmet verememektedir. Tıbbi uygulama hatalarının, çoğunlukla hasta yoğunluğunun ve sirkülasyonunun çok fazla olduğu, hızlı karar vermeyi gerektiren durumların ve girişimsel müdahalelerin daha yoğun olduğu kurum, klinik ve birimlerde gözlemlendiği ortaya çıkmıştır (Nenni Ünal ve Kırılmaz 2020, Çelik, Arabacı ve Ejder 2022).

Joint Commission International (JCI-Uluslararası Birleşik Komisyon) her yıl hastanelerde gelişebilecek risklere karşı önlem amacıyla bazı hedefler belirleyerek akredite ettiği kuruluşlara uygulamayı zorunlu kılmaktadır. JCI'nın hastaneler için Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri (JCI 2017) şu şekilde belirlenmiştir;

- Hastayı doğru tanımlayın
- Sağlık çalışanları arasında ve hasta ile etkin iletişim sağlayın
- İlaç güvenliğini sağlayın
- Cerrahi güvenliği sağlayın ve cerrahi hataları önleyin
- Sağlıkla ilişkili enfeksiyon riskini azaltın
- Düşmelerden kaynaklanan hasta zararı riskini azaltın

Ülkemizde 2003 yılında Sağlık Dönüşüm Projesi ile hasta güvenliği uygulamaları başlamıştır. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde, 2007 yılında, ‘Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’ kurulmuştur. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı 2012 yılından itibaren “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” tarafından hasta güvenliği ve kalite uygulamaları yürütülmeye devam etmektedir (Tuncay 2021, Yozgat 2022). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2008 yılında yayımladığı Hastane Hizmet Kalite Standartları’nda hasta güvenliği uygulamalarını maddeler halinde belirtmiştir. Standartlar 2015 yılında Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) olarak revize edilerek yayımlanmış olup süreç içerisinde en son güncelleme 2020 yılında yapılmıştır (SKS Hastane (Sürüm 6.1) 2020).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses, ICN), hasta güvenliği ihlalleri en fazla hemşirelik hizmetleri süreçlerinde ortaya çıktığını ifade etmektedir (ICN 2012). Buna göre tüm sağlık çalışanları, oryantasyon eğitimi, performans gelişimi, enfeksiyon kontrolü ve tıbbi donanım güvenliği gibi yaptıkları görevlerde, birbirleriyle entegre şekilde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik güvenli bir hizmet ortamı sağlamaktadırlar (Tuncay 2021). Dünyada sağlık hizmetlerinde oluşan hasta güvenliği ihlalleri sebebiyle çok sayıda insan hayatını kaybedebilmekte veya sakatlanmaktadır. Bu bakımdan, hasta güvenliği insan hayatının sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır (Er 2019).

Hemşirelik bakımındaki karmaşık yapı, bakım yöntem ve yaklaşımları, teknoloji kullanımı, sağlık çalışanının bilgi seviyesindeki farklılıklar ve sağlık hizmetlerindeki tıbbi uygulamalar hasta güvenliği açısından tehditler içermektedir (Dhingra Kumar, Brusafarro and Arnoldo 2021). Sağlık hizmetleri temelinde yer alan hasta güvenliğini sağlamak ve tıbbi hataların önüne geçmek, sağlık sisteminin öncelikleri arasındadır. Tıbbi hatalar, bütün dünyanın başlıca problemidir ve bu hatalar sonucu kalıcı ciddi sağlık sorunları oluşabilmektedir (Nenni Ünal 2019). Hemşirelik mesleği, çalışma ortamı sebebiyle yoğun bir iş yüküne ve birçok olumsuz etkene sahiptir. Tıbbi hataların tüm sağlık çalışanları bakımından önemi büyüktür, ancak hemşireler bakımından daha fazla önem

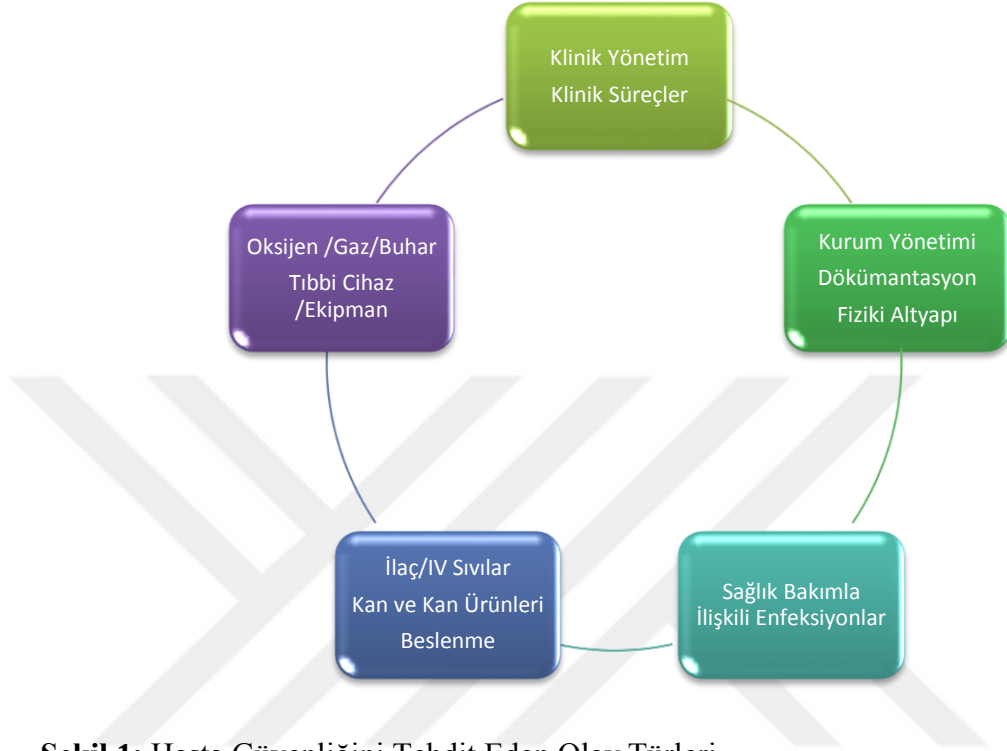
taşımaktadır. Hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre hastalar ile daha yakın ilişkiler kurmakta, bu durum hemşirelerin hasta bakımıyla doğrudan ilgilenmelerine ve hastalarla birlikte daha uzun zaman geçirmelerine sebep olmakta, dolayısıyla hasta güvenliğinde daha fazla rol almalarını ve tıbbi hatalar konusunda daha dikkatli olmalarını gerektirmektedir (Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin 2015).

Tıbbi hatanın oluşumunun engellenmesi, sağlık çalışanları için önemli bir konudur. Özellikle hemşireler, hasta güvenliği kapsamında yer alan ilaç ve cerrahi hatalar, hasta düşmeleri, hastane enfeksiyonları, yaralanmalar, iletişim sorunları ve malzeme güvenliği gibi önemli sorumluluklar almaktadır. Hasta güvenliğini oluşturmanın temeli ise hasta güvenliği kültürünün oluşmasına bağlıdır. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında, sağlık çalışanlarının algı ve tutumları önem taşımaktadır (Oksay, Kılıç ve Seyhan 2019, Demirel ve ark. 2020).

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu (The Joint Commision on Accreditation of Healtcare Organizations-JCAHO) tıbbi hatayı, sağlık personelinin hizmet sunumu esnasında uygun ve etik olmayan yaklaşımda bulunması, uygulamalar esnasında duyarsız ve ihmalkâr davranışlarda bulunması nedeniyle hastanın bu durumdan zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır (Şenoğlu, Taşpınar ve Karaçam 2020).

Tıbbi hataların sınıflandırılmasında dünyaca kabul görmüş bir sınıflandırma sisteminin olmamasına karşın Joint Commission, Agency for Healthcare Research and Quality, Healthcare Performance Improvement ve Institute for Healthcare vb kurumlar, ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı bünyesinde Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) oluşturulmuştur. Bu konuda DSÖ tarafından hasta güvenliğine ilişkin ortak bir dil oluşturmak adına tıbbi hataya neden olan insan ögesi ve sistemsal kaynaklı olağan ve potansiyel sorunları belirlemek, öncelikli alanları saptamak ve güvenlik önlemleri geliştirmek amacıyla 2005 yılında “Uluslararası Hasta Güvenliği Sınıflandırması” geliştirilmiştir (Aslan 2019, Koralay 2021).

Dünya Sağlık Örgütü “Uluslararası Hasta Güvenliği Sınıflandırması’nda hasta güvenliğini tehdit eden olay türünü kavramsal açıdan alt gruplara ayırmıştır. Bunlar;



Şekil 1: Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olay Türleri

(The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) Erişim Tarihi: 05.02.2023 Erişim Adresi: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>)

Sınıflandırmada her bir olay türünün altında, olayla ilişkili olan süreçler tanımlanmıştır. Örneğin klinik yönetim hatalarına; hasta devir tesliminin uygun yapılmaması, randevu, bekleme süresi artması, sevk/konsültasyon süreçlerindeki aksamalar, hasta kabulü, hastayı taburcu etme, hasta transferi, hasta kimliklendirme, aydınlatılmış rıza, görevlendirme ve acil duruma müdahale gibi süreçlerde yaşanan istenmeyen olaylar neden olmaktadır (Koralay 2021).

Makary and Daniel’in (2016) Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) tıbbi hatalara bağlı ölümlerin tüm ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığını vurgulamıştır. Avrupa verileri ise, kliniğe yatırılıp hastaların %8-12’sinin tıbbi hata ile karşılaştığını, yılda toplam 750 binden fazla tıbbi hatanın oluştuğunu ve bunun sonucunda yaklaşık 3.2 milyon hastaneye yatışa, 260 bin kalıcı sakatlığa ve 95 bin ölüme neden olduğunu göstermektedir (Özen, Onay

Terzioğlu 2019). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 21 Mart 2016 tarihi itibarıyla GRS kullanıma açılmış olup 2017 yılı içerisinde toplam on binin üzerinde bildirim yapılmıştır. Hataların tamamına yakını laboratuvar hataları (%84,60) oluşturmakta olup, ikinci sırada cerrahi hatalar (%6,4), üçüncü sırada ise ilaç hataları (%5) yer almaktadır (Güvenlik Raporlama Sistemi 2018). Bu verilerin yanı sıra yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları arasında en çok yapılan tıbbi hataların iletişim kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Weller, Boyd and Cumin 2014). Türkiye’de Yüksek Sağlık Şurasından alınan görüşler incelendiğinde; 112 olgunun yaklaşık yarısının tıbbi uygulama hatasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Özen ve ark 2019).

Tıbbi hatalar ölüm ve kalıcı hasar oranlarında artışa, hastanede kalış süresinin ve tedavinin uzaması ile sağlık maliyetlerinin artışına neden olmasının yanında, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanlarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Şenoğlu ve ark 2020, Avcı ve Aktan 2015). Tıbbi hatalar sağlık profesyonellerini de olumsuz yönde etkilemekte olup, motivasyonlarının düşmesine, kendilerini güçsüz hissetmelerine, anksiyete ve tükenmişlik yaşamalarına ayrıca hastanın sağlık çalışanlarına karşı güven duygusunda azalma ve sağlık çalışanının işini bırakmasına neden olmaktadır (Işık Andsoy, Kar ve Öztürk 2014, Çelik ve ark 2022). Hasta güvenliğini tehlikeye atan iş gücü, maddi kaynak ve can kaybına neden olan tıbbi hataların azaltılması için hataya neden olan kaynakların bilinmesi önem arz etmektedir. Tıbbi hataya neden olan faktörler Şekil 2’de belirtilmiştir.



Şekil 2: Tıbbi Hataya Neden Olan Faktörler

(Yöyler 2019, Demirel ve ark. 2020)

Ülkemizde 2017 yılında yayınlanan GRS verilerine göre, sağlık çalışanları arasında en çok hataya neden olan meslek grubunun hemşireler olduğu belirtilmiştir (GRS 2018). Hemşireler bireyin, ailenin ve toplumun fizyolojik ve ruhsal gereksinimlerini bütünüyle ele alan, onların sağlığının korunmasını, geliştirilmesini ve insancıl yaklaşımıyla bireyin iyilik halinin devamında önemli bir role sahiptirler. Bu rolleri gerçekleştirirken çeşitli sebeplerden dolayı hata yapma konusunda risk altındadırlar (Özen ve ark. 2019).

Hemşireler fazla iş yükü, hemşire başına düşen hasta sayısı, donanım ekipman yetersizliği, uzun çalışma saatleri vardiyalı sistem ile çalışma, ekip içi yetersiz iletişim, yetersiz ve deneyimsiz personel, hasta ve yakınları ile yakın temas halinde bulunmanın getirdiği duygusal yükler vb nedenlerden dolayı iş yükü yoğunluğuna sahiptirler. Bundan dolayı hemşirelerin dikkat ve konsantrasyonunda azalma yaşanmakta ve hata yapma olasılıkları artmaktadır (Caymaz 2015, Mankan, Bahçecioğlu Turan ve Polat 2017, Cengiz ve Küçükay 2019, Yöyler 2019, Çelik ve ark 2022). Hasta güvenliğini tehlikeye sokan hatalı hemşirelik uygulamaları incelendiğinde; sıklıkla ilaç uygulama hataları, hastane

enfeksiyonları, yetersiz hasta izlemi, yanlış hasta kayıt bilgisinin girilmesi, bilgilendirme eksiklikleri, hasta düşmeleri, hasta ile sağlık çalışanı arasında yaşanan iletişim problemleri ve uygun olmayan tıbbi ekipman kullanımı olduğu belirtilmektedir (Bayer ve Çevik 2019, Şenoğlu ve ark 2020, Albayrak 2021, Yozgat 2022). Ayrıca hemşirelerin farklı eğitim düzeyinde olması da tıbbi hataların artışında bir etken olduğunu düşündürmektedir. Literatürde lisans düzeyi hemşire sayısı arttıkça tıbbi hata oranlarının azaldığı vurgulanmaktadır (Akın Korhan, Dilemek, Mercan ve Uzelli Yılmaz 2017, Şahbaz 2019, Güven, Şahan ve Ünsal 2019, Özen ve ark 2019, Kandemir ve Yüksel 2020).

Uluslararası Hemşireler Konseyi hasta güvenliği zirvesinde güvenli ve kaliteli hasta bakımının sağlanmasının hemşireler için son derece önemli olduğunu ve hemşirelik bakımının hastaya verilen tüm bakım alanlarını kapsadığından, hemşirelerin hastaların zarar görmesini önlemek ve tüm ortamlarda sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta güvenliğini iyileştirmek için iyi bir konumda olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle hemşireler, tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenliği sistem ve süreçlerinin tasarımı ve işletilmesinde merkezi konumda olmalıdır. Profesyonel ekip çalışması ve etkin iletişimin sağlanması ile bakım kalitesi ve hasta için güvenli ortamın oluşturulacağı belirtilmektedir. Böyle hasta güvenliğinin en üst düzeyde sağlandığı ortamın oluşması için ise uygun eğitim düzeyine sahip, mesleki beceri ve deneyimi ile yetkin, yeterli sayıda hemşireye ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (ICN 2018).

2.2. HASTA GÜVENLİĞİ VE İLETİŞİM

Son yıllarda, sağlık sektöründeki bakımın karmaşık hale gelmesi ve çıktıların fazlaşması hataları da beraberinde getirmektedir. Kronik hastalıklara sahip hasta sayısının gün geçtikçe artması ancak bakım verebilecek sağlık çalışanı sayısının aynı oranda artmaması, yoğun çalışma koşulları, bakımı alan ile bakım veren arasında yaşanan iletişim problemleri ve bakım sürecinde yaşanan deneyimsizlikler, hataya ve istenmeyen olaylara sebep olabilmektedir (Çelik ve ark 2022). Sağlık çalışanları arasında yaşanan iletişim nedenli hatalar, hasta güvenliğini derinden etkileyen bir durum olmakla birlikte ciddi sonuçları olan

istenmeyen olaylara yol açmaktadır (Stewart 2016). JCI'nın en çok karşılaşılan istenmeyen olaylara ilişkin raporunda; 2004 yılından itibaren bildirimi yapılan, hastada kalıcı hasara yol açan ve mortalite ile sonuçlanan beklenmedik olayların görülme nedenleri arasında iletişim gösterilmektedir (Koralay 2021).

Amerika Birleşik Devletleri sağlık sisteminde üçüncü ana ölüm nedeni olarak tıbbi hatalar olduğu belirtilmekte ve sunulan raporda, tıbbi hataların zayıf iletişim ve ekip çalışmasıyla ilgili insan hatalarından kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Daha da önemlisi, iletişim sorunlarıyla ilişkili bu hataların çoğunluğunun önlenabilir nitelikte olması dikkat çekicidir (Alsabri et al 2022).

İletişim ve özellikle takım çalışması, hasta güvenliği kültürünün temel direkleridir. Sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin kalitesi ve etkinliği, daha iyi hasta güvenliği kültürü ile ilişkilidir. Bununla birlikte, hemşirelerin hastayla iletişiminde olduğu gibi, birbirleriyle olan iletişimdeki sorunları, özellikle hastaya yönelik olumsuz olaylara yol açabilen yaygın bir hata kaynağıdır. Hemşirelik bakımının merkezinde insan olduğu düşünüldüğünde, özellikle hasta tesliminde yetersiz iletişim, ilaç hataları da dahil olmak üzere olumsuz olaylara katkıda bulunmaktadır (<https://psnet.ahrq.gov/perspective/approach-improving-patient-safety-communication> Erişim Tarihi: 05.02.2023). Sağlık alanında iletişim; tedaviye yönelik hasta ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile temasın kurulmasını, hastanın perspektifinden bakarak onu anlamayı, içinde bulunduğu duygu ve düşünceleri keşfetmeyi ve hastayı bütüncül olarak ele alıp; hastalığı iyileştirmeye, sağlığı geliştirmeye, korumayı içeren temel klinik beceriyi temsil eder. (Chichirez and Purcrea 2018). Hemşirelerin mesleki beceri ve bilgilerine ilave olarak iletişim, hem ekip içinde hem de diğer sağlık çalışanları ile hastalar arasında günlük klinik rutinin önemli bir parçasıdır ve hasta güvenliği üzerinde derin bir etkiye sahiptir (Lippke et al 2019). Hasta ile klinik ortamda kurulan olumlu iletişimin tanı ve tedavideki risk ve gecikmeleri en aza indirdiği, tanı ve tedavilerdeki doğruluk oranını, hasta memnuniyetini ve hastanın tedaviye uyumunu arttırdığı, hastada güven oluşturduğu, ayrıca hastalar ve sağlık profesyonelleri için psikolojik faydalar sağladığı (Forsey et al 2022) ; kötü bir

iletişimin ise; advers olayların %80'inden sorumlu olarak hasta güvenliğini etkilediği gösterilmiştir (Lippke et al 2019).

Sağlık bakım hizmetinin sunumunda, hemşire hastasını teslim ederken, hastaya ait bilgileri tam ve eksiksiz bir şekilde devredilmesinden sorumludur. Ancak hemşirelerin sahip olduğu yoğun iş temposu, yoğunluk ve bazen de duyarsızlık nedeniyle hastanın teslimi esnasında istenmeyen bazı iletişim hataları yaşanabilmektedir. Tıbbi hataların en önemli nedenlerinden biri olan iletişim hatalarının önlenmesi için standardize edilmiş iletişim tekniklerinin kullanılması gerekmektedir (şenoğlu ve ark 2020).

Hemşireler, hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynarlar. Aynı zamanda güvenli ve güvenilir hasta bakımının önemli bir özelliği olan iletişimin kurumsal hedeflere ulaşımındaki faaliyetleri koordine ederler. Tedavi sırasında iletişim, aktif bir bilgi iletimi ve alımını içermekte ve hayati önem arz etmektedir (Wieke Noviyanti, Ahsan and Sudartya 2021).

Hemşirelerin mesleki bilgi birikimi ve tecrübesinin yanı sıra iletişim becerisine de sahip olması gerektiği literatürde karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde sağlık sisteminde yaşanan teknolojik ve yeni tıbbi uygulama göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin diğer meslektaşları, sağlık çalışanları ve hastalarla etkin bir iletişim kurabilmesi için bilinçli bir çaba göstermesi gerekmektedir. Bu çaba aynı zamanda artan hasta memnuniyeti ve bakım kalitesinin artmasını sağlamaktadır (Ghiasee ve Karakaş 2022).

İletişim kilit bir güvenlik ve kalite sorunudur ve güvenli hasta bakımının sağlanması için kritik öneme sahiptir. İletişim başarısızlıkları ve klinik bilgilerin yetersiz belgelenmesi hatalara, yanlış teşhise, uygun olmayan tedaviye ve kötü bakım sonuçlarına neden olabilir. İletişim hataları aynı zamanda sağlık hizmeti sunumunda istenmeyen olaylara katkıda bulunan önemli bir faktördür. Avustralya'da sağlık sistemiyle ilgili şikayetlerin altında yatan en yaygın faktörlerden biri olarak da iletişim sorunları tanımlanmaktadır (<https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/communicating-safety->

[standard#:~:text=Communication%20is%20a%20key%20safety,treatment%20and%20poor%20care%20outcomes](#). Erişim Tarihi: 02.03.2023).

Hemşireler, hasta güvenliğini sağlamak, bir hastanın bakımı hakkında ilgili, doğru ve güncel bilgileri etkili bir şekilde iletmek için klinik aktarımın temel ilkeleriyle tutarlı olan yapılandırılmış süreçleri kullanmalıdır (<https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/communicating-safety-standard/communication-clinical-handover/action-608> Erişim Tarihi: 02.03.2023).

Hastanelerde iletişimin en yaygın, önemli ve sorunlu yönlerinden biri klinik devir, sağlık profesyonelleri arasında hasta bakımı için sorumluluk ve mesuliyet devridir. Yetersiz devir iletişimi, hasta zararına katkıda bulunan önemli bir faktördür ve olumsuz olayların %80'i iletişimsizliği içerir. Olumsuz olayları azaltmak için devir teslim iletişimi iyileştirme dünyada uluslararası bir politika olmuştur (Chien et al 2022). Bu konudaki girişimler; hasta merkezli bakım yaklaşımlarına doğru kaymakta ve bu da birçok hastanenin devir teslimi yalnızca personel alanlarından hasta başucuna taşımasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, hasta başı teslimlerinin analizi, birçok hemşirenin, hasta bakımındaki bu önemli geçiş noktasının bilgilendirici ve etkileşimsel yönlerini aynı anda yönetmeleri gerektiğini ortaya çıkar mıştır (Della et al 2020).

Klinik devirlerin tipik olarak zaman baskısı altında ve ideal ortamlardan uzak bir ortamda sözlü olarak teslim edilmesi, iletişim risklerinin her zaman mevcut olduğu anlamına gelir. Devir sırasındaki etkisiz iletişim, tutarsız, eksik, alakasız veya tekrarlayan bilgiler içerebilecek yapılandırılmamış devirlere neden olabilir (Manias, Geddes, Watson, Jones and Della 2015, Spooner, Aitken, Corley, Fraser and Chaboyer 2016). Yanlış veya eksik bilgi, özellikle klinisyenler kararlarının nedenlerini yeterince aıklamadığında potansiyel bir güvenlik sorunudur. Devir teslim işlemleri genellikle monolog olabilir, klinisyenler ve / veya hastalarla anlamlı etkileşimden yoksun olabilir ve disiplin hiyerarşileri, gelen personelin belirsizlikleri veya eksiklikleri netleştirebilecek sorular sormakta isteksiz olduğu anlamına gelebilir. Kalitesiz yazılı belgeler ve açık bir hesap verebilirlik ve

sorumluluk transferinin olmaması, bakımın sürekliliğini engelleyebilir (Chien et al 2022).

Yapılandırılmış devir teslim araçları, devir tesliminde sağlanan bilgilerin standartlaştırılmasına yardımcı olur. Hemşirelik devir tesliminde yapılandırılmış araçları inceleyen çalışmalarda, kullanımlarının iletişim becerilerini geliştirmek, bilgi aktarımının güvenilirliğini artırmak ve eleştirel düşünmeyi teşvik etmek de dahil olmak üzere devir sürecini geliştirebileceği sonucuna varılmıştır (Anderson, Malone, Shanahan and Manning 2015, Bakon, Wirihana, Christensen and Craft 2017). Yapılandırılmış devir teslim araçlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisine ilişkin sistematik incelemeler, devir teslimde kanıtlanmış araçların kullanılmasının, eksiklikler ve yanlışlıklar gibi iletişim hatalarını azaltarak hasta güvenliğini artırabileceğine dair kanıtlar bulmuştur (Müller et al 2018, Bukoh and Siah 2020).

2.3. HASTA TESLİMİ

Günümüz sağlık ortamı karmaşık sorunları olan artan sayıda hastaya bakımın uygulandığı teknolojik cihazlar ile donatılmıştır. Bu karmaşık hastaların bakımında hemşireler arasındaki iletişim, hasta bakımının önemli bir parçası haline gelir. Devir teslim, hemşirelere olumlu hasta sonuçları elde etmek için bakımın devir edilmesinde hasta bilgilerini paylaşma fırsatı sunar (Coleman 2018). Hemşirelik hizmetlerinde hasta teslimi, hasta bakımı sorumluluğunun sağlık çalışanları arasında etkili bir şekilde iletilmesini ifade etmektedir (Yıldırım Erduranlı 2020). Hasta teslimi, hasta üzerindeki kontrolün veya sorumluluğun devrine eşlik eden bir hasta hakkında sağlık profesyonelleri arasında bilgi alışverişidir (Burgess, Diggele, Roberts and Mellis 2020). Hastaya özel bilgilerin bir personel grubundan diğerine iletilmesini içeren gerçek zamanlı bir süreçtir ve hastanın bakımının sürekliliğini, güvenliğini sağlamak için etkili iletişim sağlamaktadır (Cho, Lee, Kim and Kim 2022). Sağlık hizmetlerinde bakımın sürdürülmesi, kalitesinin artırılması, hemşirelik bakımının kayıta dayandırılması ve hasta bilgilerinin sağlık çalışanları arasında doğru ve eksiksiz aktarılması hususunda önemli bir yere sahip olan hasta teslimi, aynı zamanda hasta güvenliği

içinde vazgeçilmez bir öneme sahiptir (Taşkıran ve Sarı 2017). Hemşire devir teslimlerinde sağlanan hasta bakımına ilişkin kritik verilerin ve bilgilerin gözden kaçırılması kabul edilemez. Hemşirelerin devir teslim yoluyla aktarılan bilgi hacmini azaltması, devir teslim sürecinde unutulmuş veya değerli kabul edilmeyen önemli bilgilerin kademeli olarak kaybolmasına neden olur. Hemşirelerin hayati verilere erişiminin olmaması ve bilgilerin ihmal edilmesi hasta bakımı için trajik sonuçlar doğurabilir (Rikos, Linardakis, Merkouris, Rovithis and Philalithis 2019). Hasta teslimi, sağlık alanında birçok meslek grubu tarafından kullanılmaktadır. Ancak hemşireler bu süreçte hasta bakımından birebir sorumlu oldukları için önemli sorumluluklar düşmektedir (Tuğrul ve Şahbaz 2021).

Hasta tesliminin ana teması; hastanın mevcut durumu, bakımı, tedavisi ve yakın gelecekte yaşanabilecek değişiklikler hakkında tam eksiksiz ve doğru bilgi sağlamaktır (Taşkıran, Erdem ve Sarı 2021). Bu nedenle bakımın kalitesini etkileyen önemli hemşirelik fonksiyonları arasında yer almaktadır.

Hasta teslimi, hastaların fiziksel, psikososyal, zihinsel durumları ve klinik verileri ile bireyin bakımına ve ailelerinin ihtiyaçlarına ilişkin sorunların çözülmesine yardımcı olmak için görüş, deneyim ve becerileri hakkında bilgi içermelidir. Teslim, hastaların uzun süreli bakım hedeflerine bütüncül bir yaklaşım için geniş kapsamlı olmalı, aynı zamanda kısa vadeli ihtiyaçlarını karşılayacak kadar spesifik olmalıdır (Rikos et al 2019).

Hasta teslim sürecinde sağlık çalışanlarının hasta ile ilgili bilgileri devrederken karşılaştıkları iletişim problemleri nedeniyle meydana gelen yanlış anlamalar, hatalı ve eksik iletilen bilgiler nedeniyle hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır. Bu durum yanlış tedavi uygulanmasına, tıbbi tedavide gecikmeye, hayatı tehdit eden yan etkiler yaşamaya, hasta şikâyetlerinde artmaya, hastanede kalış süresinde ve sağlık harcamalarında maliyet artışı gibi istenmeyen sonuçlara sebep olmaktadır (Demir ve Şahin 2014, Taşkıran ve ark 2021). ABD Ortak Komisyonu tarafından hazırlanan sağlık raporunda, 2004-2013 yılları arasında, devir teslim iletişimdeki aksaklık; ölüm veya kalıcı işlev kaybıyla sonuçlanan, tedavideki gecikmenin önde gelen nedeni olarak tespit edilmiştir (Kerr, Klim, Kelly and McCann 2016). Yapılan bazı çalışmalarda ise; hasta devir teslim

iletişimindeki başarısızlıkların, tedavi hataları, yanlış bölgede ameliyat veya hasta ölümü gibi olumsuz olayların yaklaşık %40'ından sorumlu olduğu bildirilmiştir (Manias et al 2015). Ayrıca hemşirelik bakımıyla ilişkili advers olayların yaklaşık %22'sinin (örneğin, yanlış bir ilaç uygulanması) devir teslimlerin sırasında etkin olmayan iletişim nedeniyle gerçekleştiği belirlenmiştir (Palese et al 2019). Bu durum hem hasta hem de personel memnuniyetinde azalmaya dahi neden olmaktadır. (Smeulders, Lucas and Vermeulen 2014).

2.3.1. Hasta Teslim Süreci ve İletişim

Vardiya değişiminde hemşire devri çok yönlü bir süreçtir. Bilgi açısından zayıf bir aktarım, hastaların sağlık sonuçları üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Devir teslimlerin birincil amacı, her hastanın hemşirelik bakımı hakkında önemli, kaliteli bilgiler içermesi, bakımın sürekliliğini teşvik etmesi, tedavi hedeflerine ulaşılması ve hastanın sağlığının iyileştirilmesidir (Rikos et al 2019). Devir teslimler aynı zamanda eğitim ve sosyokültürel unsurları, verilen bakımın planlanmasını ve organizasyonunu da içermeli ve meslektaşlar arasındaki birliktelik ve dayanışmayı artırmalıdır (Gore, Leasure, Carithers and Miller 2015).

Sağlık profesyonelleri hasta teslimi esnasında hasta güvenliğinin sağlanması için önemli roller üstlenmektedir. Hastaya ait verilerin teslimi esnasında klinik sorumlu hemşiresi, hastaya bakım veren hemşire ile vardiyayı devralan hastanın bakımından sorumlu olacak hemşire teslim sırasında bulunmalıdır (<https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/communicating-safety-standard> Erişim Tarihi:04.03.2023). Teslim esnasında bir sağlık çalışanı bakım verdiği hastayı diğer bir sağlık çalışanına devrederken,

- Hastanın sosyo- demografik özelliklerini (adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti vb.),
- Almış olduğu tıbbi tanısını,
- Hastaneye geldiği dönemdeki kabul özetini,
- Hastanın tıbbi ve sosyal özgeçmişini,
- Dikkat edilmesi gereken kritik laboratuvar ve radyoloji testlerinin sonuçlarını,

- Hastanın aciliyet düzeyini,
- İlaç tedavisini, tedavi uygulaması ile ilgili ayrıntıları,
- Hastanın beslenme durumunu,
- Yaşamsal bulgularını,
- Kateter ve drenlerini,
- Hastaya gönderilen sıvılarını,
- Bakım planında yer alması gereken konuları ve hastanın gereksinimlerini,
- Düşme ve basınç yarası riskleri,
- Mobilizasyon durumu,
- Varsa izolasyon gerektiren durumu

içeren bilgileri açık, anlaşılır ve sistematik bir şekilde iletmelidir (Taşkiran ve Sarı 2017, Forde, Coffey and Hegarty 2018, Halterman, Gaber, Janjua, Hogan and Cartwright 2019, Sert, İlhan ve Okçu 2019, Tuğrul ve Şahbaz 2021).

Hasta tesliminin süresi; bakım verilen hasta sayısı ve hastanın gereksinimleri ölçüsünde değişmekte ve standardize edilmiş kanıta dayalı iletişim tekniklerinin uygulanmasıyla birlikte teslim süresinin ortalama 15-30 dakika sürdüğü ancak bazı çalışmalarda bu sürenin 15-45 dk arasında olduğu bildirilmektedir (Tuğrul ve Khorshid 2015, Sıvacı 2017, Tuna ve Dallı 2018). Hasta tesliminin belli bir standardizasyonu yapılmadan gerçekleşen teslimlerde etkin iletişim tekniklerinin uygulanmaması nedeniyle sağlık çalışanları hasta tesliminde sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Çevik ve ark. (2020) çalışmasında teslim sürecinde hemşirelerin hasta ile ilgili olmayan önemsiz bilgilerin paylaşıldığı, süreç esnasında hasta ile ilgili sorulara tam ve doğru cevapların alınmadığı ve gereken önemin gösterilmediği gibi sorunlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

Hasta teslimi genellikle en sık vardiya değişimlerinde gerçekleştirildiği gibi hasta başka bir kliniğe veya başka hastaneye transfer edildiğinde veya başka birimden

konsültasyon istendiğinde uygulanan bir süreçtir (Smeulers et al 2014). Hemşirelik devir işlemleri, vardiya zamanlamalarına göre ve gerektiğinde günde üç veya daha fazla sayıda yapılabilir. Hemşireler, teslim sırasında hastaya özgü önemli bilgilerin aktarılmasından yasal olarak sorumludur (Ghosh, Ramamoorthy and Pottakat 2021). Klinik içi hasta teslimlerinin çalışma koşullarına göre sabah, öğlen ve akşam saatlerinde yapılması önerilmektedir. Hasta teslimi genellikle hasta odasında, hemşire deskinde yapılmakta olup önerilen hasta başında olmasıdır (Çevik ve ark 2020). Hemşireler hasta teslim yöntemine karar verirken, vardiya saatlerine, kliniğin fiziksel koşullarına, hemşire- hasta sayısına ve zaman yönetimine dikkat ederek planlama yapmalıdırlar. Bu faktörlere ek olarak kurumun beklentilerine ve beklenen hasta sonuçlarına göre teslim yöntemini belirlemelidir (Tuğrul ve Şahbaz 2021). Hasta devrinin gerçekleşmesinde hasta tesliminin yapıldığı yer ve teslimin yapılma şekli de hemşirelik bakım kalitesini etkilemektedir. Hasta tesliminin yatak başında yapılması hasta merkezli bir teslim olanağı sunarak hastanın ve yakınlarının tedavi ve bakım sürecine dahil olmasını sağlamaktadır (Sert ve ark 2019). Yatak başı teslim, hastanın da sürece aktif olarak katılımını sağlamakta ve sağlık çalışanı da önceliklerini belirlenmesinde yardımcı olmaktadır (Lupieri, Creati and Palese 2016, Rifai, Afandi and Hasanah 2019).

Hasta teslimi, hastaya ait bilgiler sözlü, yazılı, telefon ve bant kaydı gibi yöntemler kullanılarak aktarılmasıyla gerçekleştirilebilmektedir. (Tobiani, Bucknall, Sladdin, Whitty and Chaboyer 2018, Raeisi, Rarani and Soltani 2019). Hasta tesliminin sadece sözlü anlatım şeklinde yapılması yeterli değil, aktarılan bilgilerin kayıt altına alınması önemlidir (Tuna ve Dallı 2018, Tobiani et al 2018, Çevik ve ark 2020).

2.3.2. Hasta Teslim Sürecinde Kullanılan İletişim Yöntemleri

Hasta teslimi esnasında hastaya ait tüm kritik verilerin gözden kaçırılmadan eksiksiz bir şekilde devredilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastayla ilgili verilmesi gereken acil bilgilerin; zamanında, eksiksiz, net bir biçimde hastadan sorumlu olan sağlık çalışanına aktarılması önem arz etmektedir. Bu sürecin uygun ve etkili bir şekilde yönetilebilmesi için etkin iletişim yöntemlerini içeren sistematik

bir model kullanılması gerekmektedir (Sert ve ark 2019). Hemşirelik devir teslimleri birçok farklı ihtiyacı karşılar. Devir teslim sırasındaki önemli bir zorluk, en uygun yöntemi tanımak ve önemli bilgileri korumak ve aktarım sırasında kaybolmasını önlemek için doğru stratejiyi uygulamaktır. Etkili olması ve herkes tarafından anlaşılması gereken uygun hemşire devir teslim sürecinin geliştirilmesi gerekir (Rikos et al 2019).

Yapılandırılmış devir teslim araçları; belirlenen konuların ele alınmasını ve rapor edilmesini, tutarlı, doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmayı sağlar, teslimi standartlaştırır ve ihmalden kaynaklanan hataların ve veri kayıplarının önüne geçilmesini sağlar (Bressan, Mio and Palese 2020).

Ülkemizde hastaların bir sağlık çalışanından diğerine uygun ve güvenli bir şekilde tesliminin sağlanması SKS ile belirlenmiştir. SKS, bu açıdan tüm hastaneler için kılavuz olarak kullanılmakta ve tüm kurumlarda ortak dil oluşumunu sağlamaktadır (SKS Hastane (Sürüm 6.1.) 2020). Bu sebeple hasta teslimi hasta güvenliği uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Literatürde hasta teslimi için farklı iletişim yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler içerisinde en sık SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation - Durum, Tıbbi Öykü, Değerlendirme, Öneriler) yönteminden yararlanılmaktadır. Diğer kullanılan profesyonel iletişim yöntemleri ise şu şekildedir:

I PASS the BATON (Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety concerns, Background, Actions, Timing, Ownership, Next- Tanıtma, Hasta, Değerlendirme, Durum, Güvenlik kaygıları, Öykü, Eylem, Zamanlama, Sorumluluk, Sonraki), 5P's (Patient, Plan, Purpose, Problems, Precautions- Hasta, Planlama, Amaç, Sorunlar, Önlemler), HANDOFFS (Hello, Assessment, Necessary Patient Information, Danger or Risks, Occurrence, Framework, Future Recommendations, Seek Questions- Merhaba, Değerlendirme, Önemli Hasta Bilgileri, Tehlike veya Riskler, Mevcut Tanı, Hasta Öyküsü, Öneriler, Soru Sorun) (Cengiz ve Seren İntepeler 2021).

2.4. SBAR İLETİŞİM MODELİ

Günümüzün karmaşık sağlık hizmeti ortamında devir teslim de karmaşık hale gelmektedir. Ortak Komisyon, Sağlık Araştırma ve Kalitesi Ajansı (AHRQ), Sağlık Bakım Geliştirme Enstitüsü (IHI) ve DSÖ SBAR'ı (Durum, Arka Plan, Değerlendirme, Tavsiye) hastaların devir tesliminde etkili bir iletişim aracı olarak tanımlamaktadır. Birçok sağlık organizasyonu da standart bir hasta teslim sürecinin uygulanmasına yönelik çalışmalar yapmaktadır (JCI 2017, Shahid and Thomas 2018, IHI 2019). Hemşireler arasında hasta tesliminde çeşitli iletişim yöntemleri kullanılmakta en çok tercih edilen ve önerilen yöntem ise SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommend) iletişim aracıdır. SBAR ilk olarak ABD ordusu tarafından nükleer denizaltılar hakkında önemli bilgileri aktarmak için bir iletişim tekniği olarak geliştirilmiştir (Coleman 2018). Deniz donanmasından ayrılan kimya mühendisi Doug Bonacum, Kaiser Permanente Hastanesinde 2002 yılında güvenlik yönetimi görevinde çalışırken cerrahi, kadın doğum ve yoğun bakım ünitelerinde meydana gelen olayları incelemiş ve olayların büyük çoğunluğunun iletişim kaynaklı olduğunu saptamıştır. Donanmada devir teslim sürecinde kullanılan iletişim aracından yararlanarak hasta güvenliğinden sorumlu hekim Micheal Leonard ve Suzanne Graham ile birlikte SBAR iletişim Modelini geliştirmişlerdir (Narayan 2013). Model 2003 yılında ilk olarak hekim ve hemşireler arasında acil durum iletişimde kullanılmış ve istenmeyen olay sayılarında hızlı bir düşüş yaşandığı gözlenmiştir (Shahid and Thomas 2018). Sağlık hizmetleri sektöründe SBAR, atlanan bilgilerin oluşumunu azaltmak için bilgi alışverişinin çerçevelenmesine izin veren, hasta teslimi sırasında kılavuz olarak kullanılan standart bir iletişim yöntemidir (Coleman 2018).

2.4.1. SBAR İletişim Modelinin Bileşenleri

Model her bir harfinin birer hatırlatıcı olarak kullanıldığı 4 ögeden oluşmaktadır.

1.Situation: Modelin ilk ögesini oluşturmaktadır. Situation kelimesinin Türkçe karşılığı 'durum' olarak geçmektedir. Bu bölümde hastanın mevcut durumu ve

/veya problemi hakkında bilgi verilmekte olup hastanın adı soyadı, yaş, cinsiyet, yataş tanısı, sorununun ne olduğu ve ne zaman başladığı ile ilgili bilgiler verilmektedir (Stewart 2016, Wilson, Kochar, Whyte-Lewis, Whyte and Lee 2017).

2. Background: Modelin ikinci öğesi olup ‘özgeçmiş’ şeklinde Türkçeye çevrilmiştir. Hastanın öz geçmişinde yer alan bilgilere değinilmektedir. Cerrahi öyküsü, tıbbi sorunlar, kullandığı ilaçlar, alerji öyküsünün olup olmadığı, IV sıvı tedavileri vb. bu aşamada değinilmektedir (Wang, Liang, Blazeck and Greene 2015, IHI 2019, Vatan 2019).

3. Assessment: SBAR iletişim modelinin üçüncü öğesini oluşturmakta olup Türkçeye ‘değerlendirme’ olarak çevrilmiştir. Sağlık çalışanı bu aşamada hastayı sistematik olarak değerlendirmekte ve sorun tespit ettiği durumları iletmektedir (Hunter 2017). Aynı zamanda hastanın karşı karşıya kaldığı riskleri ve tedaviye verdiği yanıtın da değerlendirildiği aşamadır (Demir ve Şahin 2014). Hastanın mental durumundaki değışikliklerin, kas iskelet değışiklikleri, gastrointestinal değışiklikler, kardiyovasküler sistem değışiklikleri, solunum sistemi değışiklikleri, üriner sistem değışiklikleri, ağrı, aldığı çıkardığı/ hidrasyon ,cilt ve yara değışiklikleri vb değerlendirmelerin iletildiği bölümdür (Demir ve Şahin 2014, Vatan 2019).

4. Recommendation: Modelin son aşamasını oluşturmakta ve ‘öneri’ olarak Türkçede karşılık bulmaktadır. Sağlık çalışanı bu aşamada hastanın durumu ve öz geçmişı doğrultusunda belirlediği problemlerin çözümü için yapılması gerekenler için öneride bulunmaktadır. Sağlık çalışanı öneri olarak; değerlendirilmesine ihtiyaç duyulan bilgilerin neler olduğu ve sıklıkları (vital bulguları, laboratuvar testleri, görüntüleme tetkikleri, EKG, diğerleri..), değıştirilmesi veya ilave yapılması gereken durumlar, başka bir üniteye transfer olma durumu, bir sonraki değerlendirmenin ne zaman yapılması gerektiği, hangi durumlar karşısında, değerlendirmesi istenen kişinin tekrar aranması gerektiği durumu hakkında olabilmektedir (Hyun, Cho and Lee 2016, Vatan 2019).

Hemşirelik vardiyası devir teslimleri, güvenlik, hasta memnuniyeti ve süreklilik gibi bakım kalitesi göstergelerini etkilediği için önemlidir (Sharp, Dahlén and Bergenmar 2019). SBAR iletişim tekniği genel olarak iletişim için başarılı bir çerçeve sağlamakta, amaçlı hemşire-hemşire iletişimini sağlamaktadır (Burgener 2020). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; kardiyovasküler yoğun bakım ünitesindeki devir teslim sürecini standart hale getirmek için SBAR formu uygulanmış ve teslimden kaynaklı hataların azaldığı ve hemşire memnuniyetinin arttığı belirlenmiştir (Al Ibrahim, 2014). Acil hemşireleri ile yapılan bir çalışmada ise hemşire tutumu ile, SBAR iletişim tekniğinin uygulanması arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Rut, Laowo, Pakpahan and Octaria 2019). Yapılan başka bir çalışmada da SBAR iletişim tekniği kullanan hemşirelerin daha yüksek hasta güvenliği kültürüne sahip oldukları gösterilmiştir (Hilda et al 2018).

Dalky, Al-Jaradeen ve AbuAlRrub (2020), yaptığı çalışmada da devir teslim süreçlerinin SBAR iletişim tekniğine göre yapılandırılması sonrası, “genel ilişkiler ve iletişim” ve “memnuniyet” puanlarında anlamlı bir yükseliş olduğu gözlenmiştir. Standartlaştırılmış bir devir teslim farkındalığı artırarak, aşırı bilgi yükünün azalması, devredilen bilgilerin kalitesinin artması, hasta güvenliğine yönelik risklerin azalması ve iyileştirilmiş hasta sonuçları gibi faydalar sağlarken standart araçların kullanımı ve uygulanması ile hemşirenin iletişime ilişkin algısı ve memnuniyeti artmıştır (Galatzan and Carrington 2018). Eberhardt (2014) ise SBAR iletişim tekniği kullanarak yaptıkları bir devir teslim iyileştirme sürecinde yeni uygulama ile hasta devir teslim yönteminin standartlaştığını, hemşirelik bağlılığının ve memnuniyetinin artırdığını bildirmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada, SBAR iletişim aracı ile yapılan hasta devrinin süreyi 40 dakikadan 10 dakikaya düşürdüğü ve kurumun fazla mesai ücretlerinden kar ettiği saptanmıştır (Sherman, Sand-Jecklin and Johnson 2013). Yine yapılan başka bir çalışmada; SBAR iletişim modelini kullanan hemşirelerin ekip içi iletişimde daha açık olduğunu, hasta tesliminin daha kolay hale geldiğini ve hasta ile ilgili bütün bilgiye hâkim olabildiği sonucuna varılmıştır (James et al 2013). Blom, Petersson, Hagell ve Westergren (2015) üç cerrahi klinikte yaptığı yarı deneysel çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu SBAR iletişim yönteminin çok yararlı olduğunu düşünmekte ve SBAR tekniğinin hemşireler arasında hasta

güvenliğinin arttırılmasında kullanılabilecek iyi bir iletişim aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. O'Connell, Ockerby ve Hawkins (2014) çalışmasında da hasta tesliminde SBAR iletişim modelinin kullanımı ile birlikte sürenin beş dakikanın altına düştüğü ve SBAR iletişim modeline göre hazırlanan teslim aracından hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%91.2) memnun olduğu, yarısından fazlasının (%56.9) ise iletişim hatalarında azalmaya etken olduğunu ifade etmiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da Cengiz ve İntepeler'in (2021) bir üniversite hastanesinde SBAR iletişim tekniğini dokuz ay kullandıktan sonra, zaman kaybettirdiğini düşünenlerin %86,4'den %53,8'e düştüğünü, nöbet teslimine bir katkı sağlamadığını düşünen hemşire oranının %86,4'den %53,8'e düşürdüğünü, SBAR iletişim tekniği ile hasta tesliminin yapıldığı dönemde istenmeyen olay yaşanmadığını dile getiren hemşire sayısının %59,4'den %84,6'ya çıktığını bildirmişlerdir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde hasta teslimi esnasında SBAR iletişim aracı kullanılmasının, sağlık profesyonelleri tarafından benimsendiği, teslim süresini kısalttığını ve hasta güvenliği açısından en önemlisi de tıbbi hataları azaltmada etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Ancak ülkemizde konu hakkında yeterli çalışmalar yapılmadığı gözlenmiştir. Mevcut çalışmaların ise; özel sağlık kurumlarında yapıldığı gözlemlendi. Bu doğrultuda bir kamu hastanesinde uygulama örneğine ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

2.5. HEMŞİRE - HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ

İşbirliği kavramı; yetki, güç, karar verme, bilgi ve deneyimlerin paylaşılmasına dayanan meslektaşlar arasındaki ilişkiler olarak tanımlanır (Mulvale, Embrett and Razavi 2016, Unaç Koçak 2019, Yiğit Avcı ve Yılmaz 2022). Petersen, Foged ve Nørholm (2019) ise işbirliğini, insanların bilgi alışverişinde bulunduğu ve ortak hedefler doğrultusunda birlikte çalıştığı bir süreç olarak tanımlamaktadır.

Çok sayıda sağlık profesyoneli, hastaların hastaneye kabulünden tanı testlerinin yapılmasına, bakım verilmesinden diğer müdahalelerin yapılmasına kadar çeşitli

görevleri yerine getirmektedir. Ayrıca tanı için gerekli veriler hemşireler tarafından yapılan tanı testleri ve girişimlerden elde edilmektedir. Hastalar çeşitli hekimler tarafından muayene edilmekte ve sürekli olarak farklı teşhis bölümlerine sevk edilmektedir (Durmuş, Ekici ve Yıldırım 2018). Bu görevler yerine getirilirken sağlık çalışanları arasındaki iletişimsizlik ve koordinasyon eksikliği hasta bakımını olumsuz etkileyebilmektedir (Livorsi et al 2016).

Günümüz sağlık hizmeti sunumunda iş birliği, bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin eksiksiz sağlanmasında önemli bir role sahiptir (Mulvale et al 2016). Hemşire-hemşire işbirliği, hemşirelerin hasta bakımı veya sağlık sistemi sorunlarını çözmek, bilgi ve fikirlerini saygılı şekilde paylaşmak için ekip içindeki profesyonel süreç olarak tanımlanmaktadır (Emich 2018). Sağlık sistemi çalışma ortamını, hemşireleri maksimum bakım kalitesi ve uygun maliyetli bakım sağlamak için işbirliği içinde çalışmaya teşvik etmektedir (Ylitörmänen et al 2019). Hemşirelerin sağlık profesyonelleri arasında en fazla ilişki ve işbirliği içinde olduğu grup ise yine hemşirelerdir. Farklı klinik ve alanlarda çalışan hemşireler sürekli etkileşim halinde olması ile hastalara kaliteli bakımı sunmayı amaçlamaktadır. Hemşireler hem kendi meslektaşları hem de diğer meslek grupları ile işbirliği halinde olmaya en fazla olumlu bakan meslek grubudur (Yavuz Van Giersbergen ve Yoltay 2022). Hemşire- hemşire işbirliği, hemşirelik becerisinin belirleyicisi olduğu kadar hemşirelik uygulamasının da bir standardı olarak kabul edilmektedir (Çalışkan Alkan 2020). Hemşire işbirliğinin temel unsurları rol ve sorumlulukların farkındalığı, karşılıklı güven ve saygı, takım çalışması, süreci paylaşma, profesyonellik, problem çözme, etkili iletişim becerileri ve işbirliğine istekliliktir (Lemetti, Stolt, Rickard and Suhunen 2019, Aktaş 2020). Hemşireler arası işbirliği; hasta transferi veya vardiya değişimi sırasında, hemşire meslektaşları arasında iletişim kurarken, hemşireler arasında bilgi ve beceri eksikliği olduğu durumlarda önemli bir belirleyici olarak ortaya çıkmaktadır (Çelik Durmuş ve Özsoy 2022). Uzun ve yorucu çalışma saatleri, hemşire başına düşen iş yükünün fazlalığı, çalışılan birime uyum sağlayamama, alanında yetkinlik almış çalışanın başka alanlarda çalıştırılması, çalışanlar arasında eşit iş paylaşımı yapılmaması ve personel azlığı gibi etmenlerden

etkilenmektedir (Moore et al 2017, Ma and Stimpfel 2018, Çavuşoğlu ve Gün 2022).

Dünyada ilk olarak Dougherty ve Larson (2010) hemşire hemşire iş birliğini literatürde gündeme getirmişlerdir. Hemşire işbirliğinin alt parametreleri olarak problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik olmak üzere beş alt boyutta ele almışlardır.

- **Problem Çözme**

Profesyonel hemşirelik girişimlerinde problem çözme aşamalarının kullanılması oldukça önemlidir ve problem çözme sağlık profesyonelleri için vazgeçilmezdir. DSÖ “Uygun bakımı vermek için önlemler alma ve sorun çözme yaklaşımı uygulanmasının, hemşirenin yapması zorunlu yeterliliklerden biri” olarak kabul etmiştir (Polat 2013). Problem çözme süreci ise yüksek kalitede hasta bakımının ve profesyonel becerilerin temelini oluşturmakta olup çağdaş, etkin, nitelikli hemşirenin sahip olması gereken hemşirelik bakımı sunabilmesi için gerekli olan beceridir (Karakurt ve Ekinci 2015). Hemşireler farklı gereksinimleri olan hastalara bakım vermek, hastaların problemlerini önem sırasına göre belirlemek, girişimlerini planlamak, yapılan girişimlerin sonuçlarını değerlendirmek gibi kararları vermek durumunda kalmaktadır. Bu sürecin yönetiminde hemşireler hem hasta bakım kalitesini arttırmak hem de bireylere faydalı olabilmek için problem çözme becerilerini kullanmak zorundadır (Yüksel 2015). Aynı zamanda etkili, güvenli ve kaliteli hemşirelik uygulamalarının yapılabilmesi, hastane ortamında ortaya çıkan sorunlara uygun çözümler bulunabilmesi, hasta bakım niteliğinin artırılması ve birey merkezli hemşirelik bakımı verilebilmesi için hemşirelerin problem çözme becerilerine sahip olması gerekmektedir. Bireysel olarak gelişmelere, yeniliklere rahatlıkla uyum sağlayabilme, bilgiye ulaşabilme, bilgiyi seçebilme ve aynı zamanda bu bilgiyi özümseme gibi niteliklere sahip olmalıdır (Karakurt ve Ekinci 2015, Çelenk ve Topoyan, 2017). Kendi kararlarını rahatlıkla ifade edebilen, sorumluluk duygusu gelişmiş, düşüncelerinde esneklik gösterebilen, alternatif çözümler sunabilen, zeki ve dikkatli, kendine güvenen, mesleki yeterliliği olan, ilgi alanlarını geniş tutan, objektif, mantıklı, prosedür ve süreçleri dikkate alan, olaylara eleştirel bir bakışla yaklaşabilen kişiler olduğu

belirtilmekte olup bu özelliklere sahip hemşirelerin olumsuz duygu ve düşüncelerle baş ederek, etkili çözüm yolları üretebilen ve sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini artırabilen hemşireler olduğu belirtilmektedir (Yüksel 2015).

- **İletişim**

İnsan ilişkileri üzerine kurulu bir meslek olan hemşirelikte, hasta bakımının etkinliğinin sağlanmasında, etkili iletişim kurma becerisi önemli yer tutmaktadır. Hemşire, bakım verdiği bireyi anlamaya çabalarken, bireyle de etkili iletişim halinde olmalıdır. Aynı zamanda hemşirelerin birbirleriyle olan iletişimin etkinliği de oldukça önemli yer tutmaktadır. Ekip üyeleri kendi aralarında etkili iletişime sahip ise; ekip çalışması ve işbirliği içinde uygun bilgileri zamanında paylaşabilirler. Etkili iletişimin gerçekleşmediği durumlarda ise hastaya verilen bakım kalitesi düşmekte ve sunulan hizmet olumsuz etkilenmektedir (Türe Yılmaz ve Yıldırım 2018). Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan iletişimsizlik ya da uygun olmayan iletişim bireyde geri dönüşü olmayan zararlara neden olabilmektedir. Üstelik bu durum sağlık çalışanından dolayı ise, toplumda sağlık çalışanlarına ve hastaneye karşı olumsuz yargılar oluşmasına ve verilen sağlık bakımına karşı güvensizliğe de neden olabilmektedir. Hastadan kaynaklı iletişim hatasında ise, sağlık çalışanları ile hasta çatışma yaşayabilmekte ve sağlık çalışanları tarafından zor hasta olarak değerlendirilmektedir. Hastanın iyileşme ve uyum süreci uzamaktadır. Olumsuz iletişim her iki tarafı psikolojik yönde etkilemekte, hizmet sunumunda ve alımında eksikliklerin oluşmasına neden olmakta aynı zamanda hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Başol 2018).

Sağlık çalışanları arasındaki amacına uygun iş birliği, etkin ekip çalışması, etkili iletişim ve bilgi paylaşımı; kaliteli bakım ve hasta güvenliğini sağlamada oldukça önemli bir yere sahiptir. Ekip içerisinde etkin bir işbirliği ve tıbbi bilgi paylaşımı; hasta merkezli bakımın verilmesinde, hastaya sunulan bakımın devamlılığının sağlanmasında, hasta güvenliğinin sürdürülmesinde ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının arttırılmasında önemli yer tutmaktadır (Türe Yılmaz ve Yıldırım 2018).

- **Süreç Paylaşımı**

Süreç paylaşımı, bağımsız ve doğru karar alabilen bireyler vasıtası ile gerçekleşmektedir. Bu da otonomi kavramını ön plana çıkartmaktadır (Zengin 2021). Hemşirelik alanında otonomi; profesyonelliğin öncelikli ölçütleri arasında yer almakla birlikte, bakım için karar verme yeteneği ve hemşirelerin kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığı olarak ifade edilmektedir (Dikmen, Kara Yılmaz ve Yıldırım Usta 2016). Başka bir tanıma göre ise; hemşirelerin çalışma ortamlarında kendilerinin kontrolü ve kendilerini düzenlemeleri şeklinde ele alınmaktadır (Erikmen ve Vatan 2019). Hemşirelerin sağlık sisteminde meslek özelliklerini taşıyan bir sağlık disiplini üyesi olarak rol alabilmeleri ve hizmet verdikleri bireylere kapsamlı ve etkin bakım sunabilmeleri için otonomi özelliklerinin olması gerekmektedir (Dikmen ve ark. 2016). Otonomi sahibi bir meslek üyesi, kararlarından ve davranışlarından sorumlu olan kişi konumundadır. Yükseköğrenim görerek üst düzeyde mesleki yetkinlik kazanan hemşireler, değişen sağlık sistemi kapsamında çalıştıkları alanlarda diğer sağlık profesyonelleriyle iş bölümü ve işbirliği içinde çalışmaktadır (Erikmen ve Vatan 2019).

Günümüzde hemşirelik bakım hizmetleri hastalara güvenli ve kaliteli sağlık bakım sunumuyla istenmeyen olayları azaltmaya yönelik hareket etmek zorundadır. Hastalara uygulanan hemşirelik bakımı ve tedavi girişimlerinde otonomisi yüksek olan hemşirelerin daha etkin ve aktif olması ile birlikte hasta sonuçlarında olumlu gelişmeler görülmesi ve otonomi yokluğunda hasta gereksinimlerine doğrudan yanıt verilememesi göz önüne bulundurulduğunda hemşirelik mesleğinde otonominin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (Şimşek ve Ceylan 2021).

- **Koordinasyon**

Koordinasyon; bir kurumda yönetimin ya da örgütün amacını gerçekleştirebilmesi için ilgili tüm birim ve kişilerin uyum içinde hareket etmesidir (Göksu 2017). Kurumda koordinasyonu sağlamak için ortak amaçlara ve bu amaçlara ulaşmak için aynı doğrultuda çalışmaya istekli olmak gerekmektedir. Başka bir tanımlamada ise, örgütteki madde ve insan

kaynaklarının birleştirilmesi, bilgi ve becerilerin bütünleştirilmesi ve bu yollarla örgüt amaçlarına ulaşılabilmesi için yapılan eylemleri kapsamaktadır (Demir 2019). Hastanelerin fiziki ve işlevsel büyüklükleri arttıkça örgütsel yapıları da karmaşılaşmaya başlamakta olup bölümler ve çalışanlar arasındaki iletişim ve koordinasyonun sağlanması önem arz etmektedir (Deveci 2020).

Sağlık bakım endüstrisi içerisinde çalışan tüm sağlık profesyonelleri en kaliteli hasta bakımını verebilmek için ekip halinde koordineli olarak faaliyetlerini sürdürürler (Saygılı ve Özer 2020). Sağlık profesyonelleri arasında bir meslek grubunun tıbbi bakım sürecini bütünüyle yönetmesi ve tüm faaliyetlere hakim olması imkansızdır. Tıbbi bakım sürecinde yaşanabilecek tüm sorunların çözümü için gerekli bilgi ve beceriler bütünü öylesine geniş ki; bir meslek grubu bu bilgi ve becerilerin tümüne sahip olmamakta ve ekip çalışması kaçınılmaz zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır (Deveci 2020). Bu aşamada hemşirelerin de birbirleri ile devamlı işbirliği içerisinde olması ve ekip olarak bir bütün halinde planlı bir şekilde hareket etmeleri beklenmektedir (Zengin 2021). Hemşirelerin bu rolünü yerine getirmeye engel olan çalışma ortamı ise hasta sayısının fazlalığı, personel yetersizliği gibi durumlar hemşireler için koordinasyonu zorlaştırmakta bu da strese yol açmakta ve diğer hemşirelerin iş yükünü artırarak hemşireler arasında çatışma yaşanmasına, iş birliğinin azalmasına neden olmaktadır (Ndundu 2015).

- **Profesyonellik**

Sağlık alanındaki değişim ve gelişmelerden önemli ölçüde etkilenen ve insanların kaliteli bir yaşam sürdürmesinde önemli bir meslek grubu olan hemşirelik içinde önemli konulardan birisi profesyonellik kavramıdır (Kaya, Karataş ve İşler Dalgıç 2019). Hemşire, hasta ya da sağlıklı bireylere hizmet sunarken sık sık karar verme sorumluluğu ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumda hemşirenin seçimi, yaşam boyu öğrendiği ve dönüştürdüğü bireysel ve profesyonel değerlerinden etkilenmektedir (Maraşlı 2015). Profesyonelliğin temeline bakıldığında; bilimsel bilgi birikimine sahip olunması, uygulamada teoriyi kullanma, aynı toplumsal değerleri paylaşma, etik kodlara sahip olma, hayati değeri olan konulara öncelik verme, mesleki örgütlenmeye sahip olma ve

otonomi olarak belirtilmektedir (Özlük ve Sur 2017). Ayrıca hemşirelerin değişkenlik gösteren çalışma koşullarının bulunması, olumlu ve kabul edilebilir olmayan davranışlarla karşılaşması ve yoğun baskı altında çalışmaları gibi olumsuz faktörler hemşirelikte profesyonelliğin ne denli gerekli olduğunu göstermektedir (Ertürk ve Özmen 2018, Hendekci 2020). Hemşirelerin sahip olduğu bu değerler hastalarla ve meslektaşlarla etkileşimlere rehberlik ederek bakım uygulamaları konusunda karar vermelerine yardımcı olmakta ve hemşirelik uygulamaları için kaynak oluşturmaktadır. Hemşirelikte algılanan profesyonel değerler, hemşirelik mesleğinin standartlarının oluşturulmasında önemlidir ve yüksek iş doyumu, profesyonel kimlik gelişimi, mesleki sosyalleşme, yüksek kaliteli bakım ve iyi karar verme becerileri ile sonuçlanır. Profesyonel değerlerin etkilenmesi, bakım hizmetinde aksaklıklara, hizmet kalitesinin düşmesine, hizmeti alan ve hizmet verende belirli bir hoşnutsuzluğa neden olmaktadır (Öz ve Özyürek 2018).

Hemşire – hemşire iş birliği üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde;

Yoğun bakım hemşireleri arasında iş birliği üzerine yapılan çalışmada; yoğun bakımda çalışan hemşireler arasındaki işbirliğinin tıbbi hataların %86'sını oluşmadan önleyebildiğini ve ayrıca hemşireler arası işbirliğinin artmasının hasta güvenliğini sağlamayı kolaylaştıracağını vurgulamışlardır (Dougherty ve Larson 2010). Finlandiyalı ve Norveçli hemşireler arasındaki işbirliği düzeyi karşılaştırıldığı çalışmada; her iki ülke içinde olumlu bir algı oluşturduğu ancak Finli hemşirelerin çatışma yönetimi konusunda işbirliği içinde çalışmaya daha istekli oldukları belirlenmiştir (Ylitörmanen et al 2019). Unaç Koçak'ın (2019) çalışmasında; hemşireler arasındaki işbirliği düzeyinin artmasının iş doyumlarını olumlu yönde etkilediği, aynı zamanda iş birliğinin hemşirelerin bazı özelliklerinden etkilendiği de yine yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir (Durmuş ve Yıldırım 2016, Aktaş 2020, Çavuşoğlu ve Gün 2022). Hatip ve Seren (2021) tarafından bir üniversite hastanesinde yapılan araştırma sonucunda hemşirelerin hemşire-hemşire işbirliği düzeylerinin genel olarak ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye kliniklerde hasta tesliminde yapılandırılmış form kullanımının hemşirelerin iletişim ve işbirliğine etkisini belirlemek amacıyla tek gruplu ön test- son test yarı deneysel bir çalışma olarak planlandı.

3.1.1. Araştırma Hipotezleri

H1: SBAR eğitimi ve SBAR uygulaması sonrası hemşire-hemşire iş birliği düzeyinin artırılmasında etkilidir.

H2: SBAR eğitimi ve SBAR uygulaması hemşirelerin memnuniyetlerinin yükselmesinde etkilidir.

H3: SBAR eğitimi ve SBAR uygulaması sonrası hemşirelerin SBAR konusunda görüşleri olumlu yönde değişir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma, 24 Ocak 2023-31 Mart 2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi dâhili kliniklerinde yürütüldü. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SEAH), Sakarya genelinde farklı yerlerde kampüsleri bulunan ilde en büyük sağlık kuruluşu olup 1300 yataklıdır ve toplam 1114 hemşire görev yapmaktadır. Hastane merkez kampüsü şehir merkezinde acil, poliklinik, yataklı servisler, ameliyathane, laboratuvar ve yoğun bakım hizmetleri vermekte olup hastanenin en büyük kampüsünü oluşturmaktadır. Korucuk kampüsünde ise şehrin dışında (19 km) poliklinik, yataklı servis, laboratuvar, ameliyathane ve yoğun bakım hizmetleri verilmekte olup kapalı erkek ve kadın psikiyatri klinikleri ile AMATEM (Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi) ve Çocuk İzlem merkezide bu kampüste yer almaktadır. Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası ise merkez kampüs ile yan

yana olup kadın doğum ve çocuk ile ilgili acil, ameliyathane, yoğun bakım ve laboratuvar hizmetleri verilmektedir. İstasyon Ek Hizmet Binasında ise poliklinik ve sağlık kurulu hizmetleri verilmektedir. SEAH Ek Hizmet Binasında da acil sağlık hizmeti, yoğun bakım, yataklı servis ve ameliyathane hizmetleri verilmektedir. SEAH'da hemşirelerin çalışma saatleri 08:00-08:00, 08:00-16:00,16:00-08:00 olmak üzere üç farklı vardiya düzenindedir. Gündüzleri kliniklerde 5 hemşire çalışmakta olup gece vardiyasında iki veya üç hemşire yer almaktadır. Hastane kliniklerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğu lisans mezunu hemşirelerden oluşmaktadır. Hasta teslimleri yatak başında, hemşire deskinde ve/veya hasta odasının başında yapılmaktadır. Teslim esnasında herhangi bir teslim formu kullanılmamaktadır. Bazı servisler yatan hastaların takibinde kullandıkları hasta ad-soyad, oda ve tıbbi tanıyı içeren liste veya hasta başında yer alan gözlem formları yardımıyla nöbet teslimlerinde diğer çalışana aktarmaktadır. Her klinik, kendine özgü hasta bilgilerinin yer aldığı hasta listesi kullanılmaktadır. Hemşireler, kullandıkları bu formları hemşire deskinde bulundurmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Kampüs dahili kliniklerde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır (N:42) Araştırmanın örnekleme dahil edilecek kişi sayısı (n), evren sayısı bilinen Basit Rastgele Örneklem formülünden yararlanılarak 37 olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum kişi sayısını belirtmektedir. Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N - 1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örneklem alınacak kişi sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

α: Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

$$n = \frac{42 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (42 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 37$$

Literatürde SBAR iletişim modeli ve tıbbi hata ile ilgili cerrahi kliniklerde yapılmış çalışmalar mevcut olduğundan, dahili kliniklerde yapılmış çalışmanın sınırlı olması nedeniyle çalışmanın dahili kliniklerde yapılması planlandı. Ayrıca çalışmanın yapıldığı hastanede cerrahi kliniklerde hasta sirkülasyonunun fazla olması, çalışmanın yapıldığı kliniklerde hasta popülasyonunun benzer özelliklerde olması nedeniyle dahili klinikler planlandı. Benzer şekilde Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğünün desteği, klinik idari sorumlularının izni ve işbirliğine uyumlu olan beş dahili klinikten üçünde yürütülmüştür (Şekil 3). Her bir klinikte 36 yatak bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde kliniklerde toplam 273 hasta teslimi gerçekleşti. Araştırmacı tarafından randomize olarak 195 hasta teslimine katılım sağlandı (%71,42). Örneklem alınan kliniklerdeki çalışan hemşire dağılımları Şekil-3'te gösterilmektedir.



Şekil 3: Kliniklere Göre Hemşire Dağılımları (n=37)

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Gönüllülerin araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Çalışmanın yapılacağı hastanenin Dahiliye, Nefroloji ve Nöroloji kliniklerinde çalışıyor olması

- Çalışma öncesinde yapılan SBAR workshop etkinliğine katılmış olması

Gönüllülerin araştırma dışında kalma kriterleri;

- Çalışmanın uygulanacağı kliniklerde çalışmıyor olması ve workshop uygulamasına katılmayan hemşireler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak ‘Kişisel Tanıtım Formu’, ‘SBAR Hasta Teslim Formu’ ‘Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği’, ‘SBAR Geri Bildirim Formu’ kullanıldı.

3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu, gönüllülerin sosyo demografik özellikleri ve nöbet teslimi ile ilgili durumlarının belirlendiği 20 sorudan oluşmaktadır (Sıvacı 2017, Vatan 2019, Çevik ve ark. 2020, Tuğrul ve Şahbaz 2021)

3.4.2. SBAR Hasta Teslim Formu

Hasta teslim formu, literatür doğrultusunda SBAR iletişim modeli incelenerek araştırmacı tarafından yapılandırıldı. Hasta teslim formu oluşturulduktan sonra kapsam geçerliliği için Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği alanlarında uzman akademisyen öğretim üyelerinden ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ile klinik sorumlu hemşirelerden toplam 10 uzman görüşü alındı. Uzman görüş formu Ek-1’de yer almaktadır. Uzman görüş formu; hasta teslim formunun her aşamasını ve maddesini değerlendirilebilecek şekilde hazırlandı (Narayan 2013, SBAR Tool Institute Healthcare Improvement 2017, Cengiz 2019). Uzman görüş formu SBAR modeli baz alınarak hazırlanan 4 ana başlık ve 37 maddeden oluşmaktadır. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini (1=Uygun değil, 2=İfadenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor, 3=Uygun, ancak ifade için ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Toplam 10 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, 3 ve 4 ile değerlendirilen soru sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak her bir maddeye ait kapsam geçerliği oranı (KGO) $KGO = [Nu - (N/2)] / (N/2)$ veya $KGO = [Nu / (N/2)] - 1$ formülü ile belirlendi. Ardından, hesaplanan KGO’ların ortalaması alınarak kapsam geçerliği indeksi (KGİ) $KGİ = (Nu + Ng) / N$ formülü ile belirlendi. Her madde için KGO değeri 1, KGİ değeri ise 1 olarak tespit edilmiştir. Yapılan geribildirimler ile hasta teslim formunun son hali oluşturuldu.

Aşağıda SBAR iletişim modeline göre hazırlanmış veri toplama aracının bölümleri ve içeriği yer almaktadır (Ek:1).

S(Durum): Hasta adı-soyadı, kliniğe kabul tarihi, alerji öyküsü, sorumlu hekimi, tıbbi tanısı/şikayeti, izolasyon durumu, refakatçısı var mı?

B(Tıbbi Öykü): Kronik hastalık, geçirilmiş operasyonlar, kullandığı ilaçlar, yeni başlayan bir tedavi var mı?, hastadan herhangi bir kültür örneği alındı mı?, hastanın invaziv girişim yapılmaması gereken bir bölgesi var mı?, takip edilmesi gereken bir ilacı var mı?

A(Değerlendirme): Anormal yaşam bulgusu, bilinç durumu, oksijen ihtiyacı, aldığı çıkardığı takibi, mobilizasyon, düşme riski, beslenme durumu, basınç yarası, inkontinans mevcut mu?, kateter mevcut mu?, katater bakımı/değişim tarihi, bakım ihtiyaçları, kanama riski var mı?, ödem, kısıtlama durumu

R(Öneri): Özellikle dikkat edilmesi gereken bakım uygulamaları var mı?, bakım önerisi var mı?, hasta ve/veya hasta yakınının eğitim ihtiyacı var mı?, ek istemler

3.4.3. Hemşire – Hemşire İş Birliği Ölçeği (HHİÖ)

Ölçek Dougherty ve Larson (2010) tarafından geliştirildi. Ölçek orijinal halinde toplam 35 madde ve beş alt boyuttan oluşmakta idi. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Temuçin, Dolu ve Kargın (2019) tarafından yapıldı. Türkçe form 25 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar çatışma yönetimi (4 madde), iletişim (4 madde), paylaşım süreci (4 madde), koordinasyon (5 madde) ve profesyonellik (8 madde)'dir. Dörtlü likert tipte olan ölçekte her bir madde için Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Katılıyorum (3) ve Kesinlikle Katılıyorum (4) şeklinde puanlanmaktadır. İletişim Alt boyutundan 3. ve 4. Madde ise kesinlikle katılıyorum (1), katılıyorum (2), katılmıyorum (3), kesinlikle katılmıyorum (4) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması hemşireler arasındaki iletişimin iyi olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı “0.90”, alt boyutlardan çatışma yönetimi “0.67”, iletişim “0.66”, paylaşım süreci “0.62”, koordinasyon, “0.78” ve profesyonellik “0.89” olarak verilmiştir. Çalışmamızda ise Cronbach alpha değeri ön testte 0,940, son testte 0,929 ile güvenilir düzeyde

elde edilmiştir. Çalışmamızda ölçek alt boyutlarının ise; çatışma yönetimi “ön test 0,64 son test 0,72” iletişim “ön test 0,49 son test 0,40” paylaşım süreci “ön test 0,73 son test 0,63” koordinasyon “ön test 0,89 son test 0,81” profesyonellik “ön test 0,94 son test 0,92” olarak elde edildi.

3.4.4. SBAR Geri Bildirim Formu

Geri bildirim formu Demir ve Şahin tarafından 2014 yılında oluşturulmuş olup SBAR aracıyla ilgili görüşleri belirten, 11 maddeden oluşmaktadır. Formun cevapları evet-hayır şeklinde ifade edilmektedir ve katılımcının görüşlerini almak için yapılandırılmış bir formdur. Bu form kliniklere elden verilmiş olup aynı gün ya da birkaç gün içerisinde toplanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

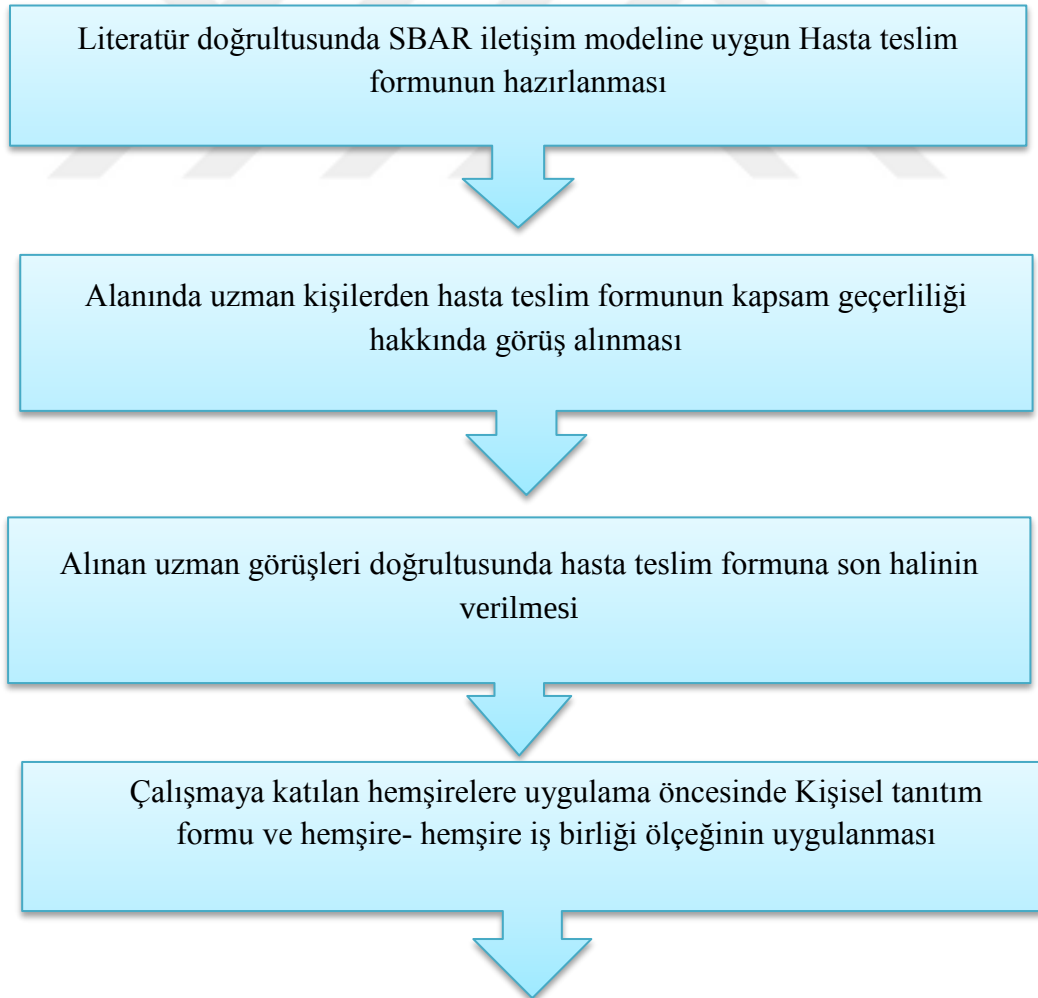
- Araştırmaya başlamadan önce Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden ve çalışmanın yapılacağı kliniklerin klinik idari sorumlularından yazılı izin alındı. Kurum izinleri sonrası Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Etik Kurulundan etik kurul izni alındı (Ek:2).
- Hemşire Hemşire İş Birliği ölçeğinin araştırmada kullanılabilmesi için Dr. Öğr. Üyesi Elif Temuçin’inden izin alındı (Ek:3).
- SBAR Geri Bilidirm Formu’nun araştırmada kullanılabilmesi için Dr. Öğr. Üyesi Sevda Karakaş’tan izin alındı (Ek:4).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere çalışmaya katılma konusunda özgür oldukları, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, çalışmanın her aşamasında çalışma ile ilgili bilgi alabilecekleri, kendilerinden alınan kişisel bilgilerin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı konusunda bilgi verildi.
- Araştırmanın yürütüleceği kliniklerde çalışan hemşireler araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildi ve destek sağlandı.

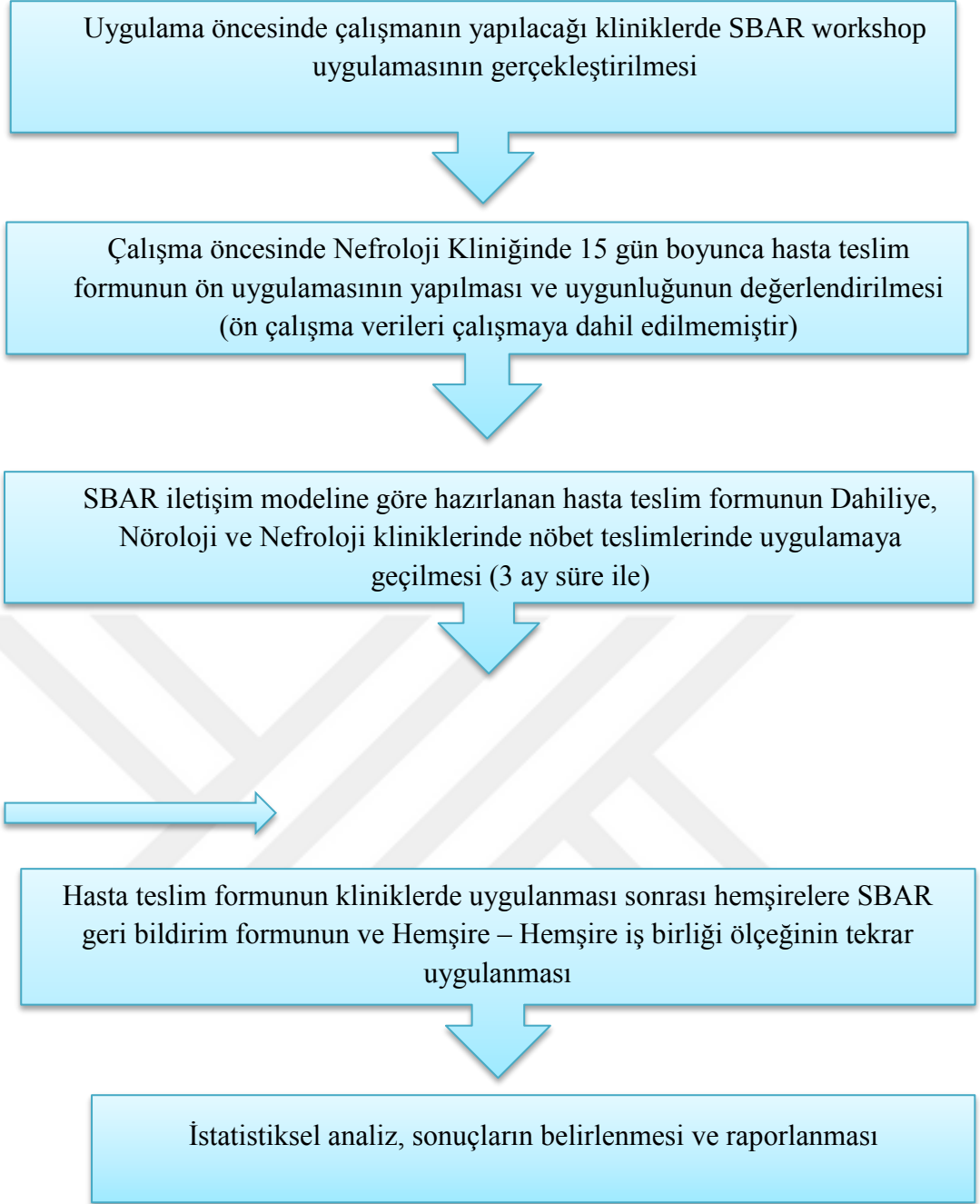
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma örneklemini bir eğitim ve araştırma hastanesinin belirli kliniklerinde çalışan hemşirelerin oluşturması nedeniyle genelleme yapılamaz. Kliniklerde alışkanlık olan mevcut uygulamadan farklı bir uygulamanın çalışma kapsamında gerçekleştirilmesi, yüksek lisans tezi nedeniyle sınırlı bir sürede uygulanması hemşirelerin uygulamaya uyumunu zorlaştırması sınırlılık olarak ele alınabilir. Çalışmaya katılım sağlamak amacıyla ek workshop uygulamalarının yapılması eğitim sürecinin uzamasına neden olmuştur.

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Gerekli kurumsal ve etik izinler alındıktan sonra başlanan araştırma 10 aşamadan oluşmaktadır. Araştırmanın çalışma akış şeması diyagramı Şekil- 4'te verilmiştir.





Şekil 4: Çalışma Akış Şeması

Çalışma öncesinde uygulamanın yapılacağı kliniklerdeki hemşirelere “Hasta Güvenliğinde Etkili İletişim SBAR” başlıklı workshop uygulaması gerçekleştirildi. Her kliniğe en az iki kez gidilerek sabah hasta tesliminden sonra, hekim vizitinden önce 45 dk süren ve en az 4 kişilik gruplar halinde hemşirelerin iletişim modeli hakkında ve uygulanacak olan formun kullanımıyla alakalı karşılıklı bilgi paylaşımında bulunulduğu düşüncelerin ifade edildiği workshop gerçekleştirildi. Uygulamanın yapılacağı kliniklerdeki tüm hemşireler çalışmaya dahil edildi. Workshop uygulaması tamamlandıktan sonra her klinik araştırmacı eşliğinde

uygulamaya başladı. Formun ilk kullanımı esnasında araştırmacı tarafından hemşirelere hasta teslimi esnasında formun etkin ve verimli kullanımıyla ilgili çeşitli yönlendirmeler yapıldı. Çalışma öncesinde araştırmacılar tarafından oluşturulan hasta teslim formunun tüm basamaklarını ve alt parametrelerini içeren araştırmacı gözlem formu oluşturulmuştu. Gözlem formunda araştırmacı tarafından hasta teslimi esnasında ilgili parametrenin hemşire tarafından uygulanma durumunun değerlendirilmesi amaçlandı. Formda hemşirelerin teslim formunu uygulama durumu “uygulamadı, kısmen uyguladı, uyguladı” şeklinde üçlü likert olarak dolduruldu. Gözlem formu araştırmacı tarafından tüm kliniklerde uygulama başladıktan sonra her gün farklı klinikler rastgele belirlenerek dolduruldu.

3.8. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmada veriler Statistical Package for the Social Sciences Statistics 23 (IBM SPSS 23) programına aktararak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken nominal değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için normallik değerlendirme (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) testleri kullanılmıştır. İki grup arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi ile bakılmıştır. Zamanlara göre değişim için ise bağımlı örneklem t testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde dahiliye kliniklerde hasta tesliminin hemşirelerin iletişim ve hemşire işbirliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, istatistiksel analizler yapılarak tablolar halinde sunuldu.

Çalışma bulguları;

1. Hemşirelerin sosyo-demografik ve klinik çalışma düzenine ilişkin bulgular
2. Hemşirelerin sosyo-demografik verileri ile HHİ ve SBAR geri bildirim formunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
3. HHİ ölçeği ve SBAR geri bildirim formunun karşılaştırılması ait bulgular
4. Kliniklerin SBAR hasta teslim formu kullanım durumuna ilişkin bulgular

4.1. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÇALIŞMA DÜZENİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik verilerine ait bulgular Tablo 1’de sunuldu.

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N:37)

		n	%	ort±ss	min-maks
Klinik	Nefroloji	13	35,1		
	Dahiliye	11	29,7		
	Nöroloji	13	35,1		
Yaş				28,03±4,66	23-45
Cinsiyet	Kadın	35	94,6		
	Erkek	2	5,4		
Eğitim Durumu	Lise, önlisans	7	18,9		
	Lisans	30	81,1		
Meslekte Çalışma Süresi				4,78±4,43	1-18
Kurumda Çalışma Süresi				3,32±2,48	1-11
Birimde Çalışma Süresi				2,73±1,90	1-10
Çalışma Şekli	Gündüz	4	10,8		
	Vardiyalı	33	89,2		
Haftalık Çalışma Saati				48,86±8,80	40-72

Veriler incelendiğinde; çalışmaya dâhil edilen hemşirelerin yaş ortalamasının $28,03 \pm 4,66$, % 94,6'sinin (n:35) kadın, %81,1'inin (n:30) lisans mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalamasının $4,78 \pm 4,43$, kurumda çalışma süresinin $3,32 \pm 2,48$, birimde ise $2,73 \pm 1,90$ olduğu saptandı. Hemşirelerin %89,2'sinin (n:33) vardiyalı çalıştığı ve haftalık ortalama $48,86 \pm 8,80$ saat çalıştığı belirlendi (Tablo 1).

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin klinik çalışma düzenine ait bulguları Tablo 2'de verildi.

Tablo 2: Klinik Çalışma Düzeni Dağılımı

		n	%	ort $\pm$ ss	min-maks
Günlük bakım verilen hasta				19,22 $\pm$ 11,76	10-36
Meslek hayatında nöbet teslimi eğitimi aldınız mı?	Evet	20	54,1		
	Hayır	17	45,9		
Nöbet teslimini ne şekilde yapmaktasınız?	Yatak başında sözel	26	70,3		
	Yatak başında sözel ve hemşire odasında yazılı	11	29,7		
Teslim Süresi				31,49 $\pm$ 12,13	10-60
Teslime kimler katılıyor?	Tüm servis hemşireleri	13	35,1		
	Hastadan sorumlu hemşire-teslim eden hemşire	24	64,9		
Sizce nöbet teslimi nasıl olmalı?	Sözel hasta başı	20	54,1		
	Hasta başı sözel/yazılı	16	43,2		
	Yazılı hasta başı	1	2,7		
Hasta teslimini nasıl kayıt altına alıyorsunuz?*	Yatan hasta listesi	27	73,0		
	Hasta gözlem formu	19	51,4		
	Nöbet teslim defteri	19	51,4		
Nöbet teslimini engelleyen durumlar*	İş yoğunluğu	31	83,8		
	Gürültü	35	94,6		
	Hasta sayısının fazla olması	22	59,5		
	Zaman kısıtlılığı	22	59,5		
	Aynı zamanda hekim vizitinin olması	12	32,4		
	İlgisiz tavır ve tutumlar	9	24,3		
	Yargılayıcı teslim alma	9	24,3		
	Hemşireler arasında iletişim problemleri	4	10,8		
	Bilgilerin eksik ya da yanlış olması	4	10,8		
Nöbet tesliminde hangi 3ünü özellikle söylersin?*	Tedavi planı ve yapılan testler	29	78,4		
	Hasta adı soyadı	28	75,7		
	Yaşamsal bulguları	23	62,2		
	Teşhisi	16	43,2		
	Allerjisi	9	24,3		
	Başvuru şikâyetleri	6	16,2		
	Düşme riski	1	2,7		
Daha önce SBAR iletişim modelini duydunuz mu?	Evet	8	21,6		
	Hayır	29	78,4		
Evet ise	Eğitim hayatımda	7	87,5		
	HİE kapsamında	1	12,5		
SBAR açılımı	Yanlış cevap	3	8,1		
	Doğru cevap	34	91,9		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kliniklerde çalışan hemşirelerin günlük ortalama $19,22 \pm 11,76$ hastaya bakım verdiği, %54,1'inin (n:20) meslek hayatında nöbet teslimi hakkında eğitim aldığı, %70,3'ünün hasta teslimini yatak başında sözel olarak gerçekleştirdiği ve teslimin ortalama $31,49 \pm 12,13$ dakika sürdüğü belirlendi. Hasta teslimine % 35,1'inin (n: 13) tüm klinik hemşireler olarak katıldıkları, % 64,9'unun (n:24) ise; hastayı devralacak hemşire ile devredecek hemşire arasında teslimin gerçekleştiği görüldü. Hasta teslimi nasıl olmalı sorusuna % 54,1'i hasta başında sözel, %43,2'sinin hasta başında hem sözel hemde yazılı olarak yapılması gerektiğini belirtti. Hemşirelerin %73'ünün hasta teslimini yatan hasta listesine kaydettiği belirlendi (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan hemşireler nöbet teslimini engelleyen durum olarak %94,6'sı (n:35) gürültü, % 83,8'i iş yoğunluğu (n: 31) olduğu, hasta teslimi esnasında özellikle belirtilen üç konunun % 78,4 (n:29) ile tedavi planı ve yapılan testler, %75,7 (n: 28) ile hasta adı-soyadı, %62 (n:23) ile yaşamsal bulgular olduğunu ifade etti (Tablo 2).

Örnekleme oluşturan hemşirelerin %78,4'ünün (n:29) daha önce SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi olmadığı, bilgi sahibi olanların ise; %87,5'inin (n:7) eğitim hayatı sürecinde konu ile ilgili eğitimi aldığı, SBAR kısaltmasının açılımı ile ilgili soruya hemşirelerin % 91,9'unun (n:34) doğru cevap verdiği belirlendi (Tablo 2).

4.2. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİ İLE HHİ VE SBAR GERİ BİLDİRİM FORMUNUN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

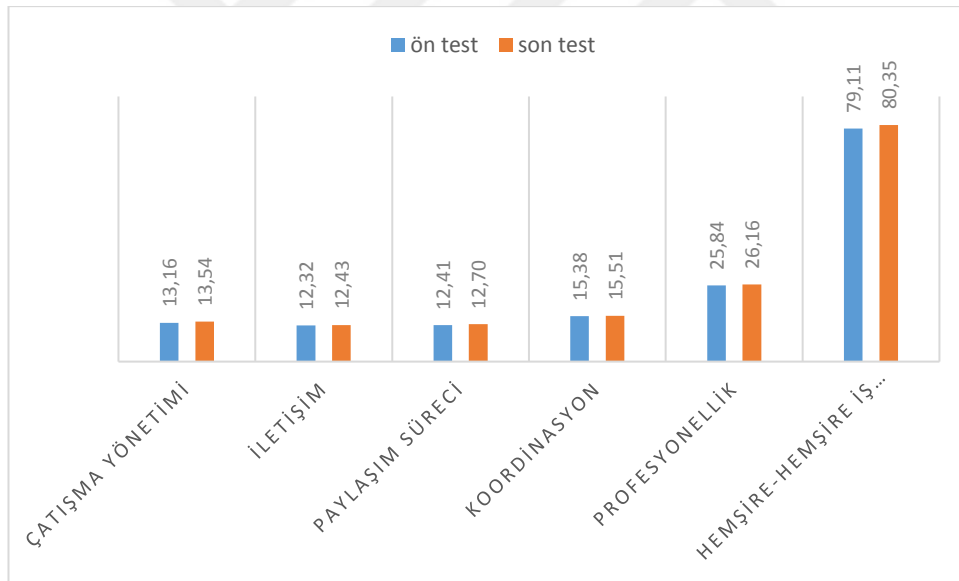
Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin HHİÖ ve alt boyut puanlarının zamana göre dağılımları Tablo 3'te ve Şekil 5'te verildi.

Tablo 3: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Zamana Göre İncelenmesi

	Ön test ort±ss	Son test ort±ss	t ¹	p
Çatışma yönetimi	13,16±1,74	13,54±2,06	-1,325	0,194
İletişim	12,32±1,83	12,43±1,72	-0,480	0,634
Paylaşım süreci	12,41±1,79	12,70±1,68	-1,200	0,238
Koordinasyon	15,38±2,59	15,51±2,39	-0,363	0,719
Profesyonellik	25,84±3,66	26,16±3,95	-0,590	0,559
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği	79,11±9,81	80,35±9,80	-1,057	0,298

1:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05

Hemşirelerin eğitim öncesi ve uygulama sonrası tekrarlı ölçümünde HHİÖ ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 3).



Şekil 5: Hemşire İşbirliği Ölçeği ve Alt Boyutlarının Zamana Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan hemşirelerin HHİÖ ve alt boyutlarının kliniklere göre dağılımları Tablo 4'te aktarıldı.

Tablo 4: Hemşire- Hemşire İş Birliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Kliniklere Göre İncelenmesi

	Klinik			F	p
	Nefroloji	Dahiliye	Nöroloji		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Çatışma yönetimi (ön test)	13,23±2,17	12,91±1,81	13,31±1,25	0,164	0,850
Çatışma yönetimi (son test)	13,00±3,00	13,73±1,19	13,92±1,44	0,703	0,502
İletişim (ön test)	11,69±2,02	12,09±1,76	13,15±1,46	2,378	0,108
İletişim (son test)	11,77±1,24	12,45±2,30	13,08±1,44	1,971	0,155
Paylaşım süreci (ön test)	11,69±2,06	13,00±1,55	12,62±1,56	1,813	0,179
Paylaşım süreci (son test)	12,69±2,36	13,09±1,51	12,38±0,87	0,512	0,604
Koordinasyon (ön test)	14,92±3,48	16,00±2,41	15,31±1,60	0,510	0,605
Koordinasyon (son test)	15,08±3,28	16,36±1,80	15,23±1,64	1,006	0,376
Profesyonellik (ön test)	25,92±4,48	26,45±4,01	25,23±2,42	0,327	0,724
Profesyonellik (son test)	25,31±4,99	27,73±3,44	25,69±2,95	1,281	0,291
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	77,46±12,77	80,45±10,29	79,62±5,68	0,292	0,748
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	77,85±13,61	83,36±8,10	80,31±5,76	0,941	0,400

t:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Klinikler arasında HHİÖ ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4).

Çalışmaya katılan hemşirelerin HHİÖ ile eğitim durumu, yaş, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, birimde çalışma yılı ile haftalık çalışma saati arasındaki ilişki Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterildi.

Tablo 3: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi

	Eğitim durumu		t	p
	Lise önlisans	Lisans ve üzeri		
	ort±ss	ort±ss		
Çatışma yönetimi (ön test)	13,86±0,90	13,00±1,86	1,785	0,090
Çatışma yönetimi (son test)	14,00±0,58	13,43±2,27	1,210	0,234
İletişim (ön test)	12,71±2,14	12,23±1,77	0,622	0,538
İletişim (son test)	12,86±2,04	12,33±1,67	0,719	0,477
Paylaşım süreci (ön test)	12,57±0,98	12,37±1,94	0,269	0,789
Paylaşım süreci (son test)	12,86±1,21	12,67±1,79	0,266	0,791
Koordinasyon (ön test)	16,29±1,70	15,17±2,73	1,032	0,309
Koordinasyon (son test)	16,14±1,46	15,37±2,55	0,770	0,446
Profesyonellik (ön test)	26,57±3,55	25,67±3,72	0,584	0,563
Profesyonellik (son test)	26,00±3,00	26,20±4,18	-0,119	0,906
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	82,00±8,58	78,43±10,08	0,863	0,394
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	81,86±6,62	80,00±10,47	0,446	0,658

t:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim grupları arasında HHİÖ ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 4: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanları ile Yaş, Meslekte, Kurumda, Birimde Çalışma Süresi ve Haftalık Çalışma Saatleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş	Meslekte çalışma süresi	Kurumda çalışma süresi	Birimde çalışma süresi	Haftalık çalışma saati
Çatışma yönetimi (ön test)	r	-0,073	-0,082	0,090	-0,012	-0,096
	p	0,670	0,630	0,595	0,946	0,570
İletişim (ön test)	r	0,120	0,198	0,050	0,106	-0,239
	p	0,480	0,241	0,770	0,531	0,154
Paylaşım süreci (ön test)	r	-0,051	0,089	0,076	0,074	-0,178
	p	0,762	0,602	0,655	0,662	0,291
Koordinasyon (ön test)	r	0,087	0,228	0,279	0,157	-0,259
	p	0,610	0,175	0,095	0,352	0,122
Profesyonellik (ön test)	r	0,012	0,097	0,092	-0,023	-0,237
	p	0,945	0,567	0,590	0,895	0,157
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	r	0,027	0,135	0,147	0,064	-0,251
	p	0,873	0,426	0,386	0,705	0,134
Çatışma yönetimi (son test)	r	0,100	0,080	0,100	0,081	-0,381
	p	0,557	0,638	0,554	0,633	0,020*
İletişim (son test)	r	0,175	0,111	-0,008	-0,014	-0,128
	p	0,301	0,514	0,964	0,933	0,451
Paylaşım süreci (son test)	r	-0,141	-0,050	-0,096	-0,070	0,018
	p	0,406	0,769	0,572	0,683	0,916
Koordinasyon (son test)	r	-0,036	-0,029	-0,015	-0,128	-0,096
	p	0,831	0,867	0,931	0,450	0,573
Profesyonellik (son test)	r	-0,005	0,002	-0,088	-0,213	-0,228
	p	0,978	0,990	0,606	0,206	0,175
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	r	0,017	0,022	-0,036	-0,114	-0,215
	p	0,921	0,899	0,834	0,500	0,202

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0,05$

Çalışmaya katılan hemşirelerin HHİÖ ve alt boyutları ile yaş, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, birimde çalışma süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Ancak haftalık çalışma saati ile son test çatışma yönetimi alt boyut puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğundan görüldü ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Araştırma kapsamında hemşirelere SBAR teslim formu kullanımı sonrasında SBAR geri bildirim formu uygulanarak değerlendirilmeleri istendi. Cevaplar Tablo 7’de sunuldu.

Tablo 5: SBAR Geri Bildirim Formu Dağılımı

SBAR Geri Bildirim Formu Maddeleri		Evet		Hayır	
		n	%	n	%
SBAR GB1	SBAR iletişim tekniğini kullanmam çok kolay oldu.	0	0,0	37	100,0
SBAR GB2	SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.	13	35,1	24	64,9
SBAR GB3	SBAR iletişim aracı ile hastam hakkında bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim ettim.	11	29,7	26	70,3
SBAR GB4	Nöbet tesliminde SBAR iletişim aracı bana zaman kaybettirdi.	35	94,6	2	5,4
SBAR GB5	SBAR iletişim aracı, işimi daha iyi yapmama yardımcı oldu.	6	16,2	31	83,8
SBAR GB6	Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracının kullanımı ile ekip içinde iletişim daha sağlıklı oldu.	2	5,4	35	94,6
SBAR GB7	SBAR iletişim aracını kullanmamız, diğer ekip üyeleri tarafından da olumlu bulundu.	0	0,0	37	100,0
SBAR GB8	SBAR iletişim aracı kullandığım dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşanmadı.	18	48,6	19	51,4
SBAR GB9	SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektiriyor.	25	67,6	12	32,4
SBAR GB10	SBAR iletişim aracı kullanmak nöbet teslimlerine bir olumlu katkı getirmedi.	27	73,0	10	27,0
SBAR GB11	Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracını kullanmaya devam etmek istiyorum.	0	0,0	37	100,0

Çalışmaya katılan hemşirelerin SBAR GB1, SBAR GB7, SBAR GB11 maddelerinin %100'üne (n:37) hayır dediği, %64,9'unun (n:24) SBAR iletişim aracının advers olayları engelleyeceğini düşünmediği, %94,6'sının (n:35) formun zaman kaybettirdiğini ve ekip içi iletişimi sağlıklı hale getirmediğini, %83,8'i formun işini daha iyi yapmaya yardımcı olmadığını, %73'ünün SBAR teslim formunun nöbet teslimine olumlu bir katkı getirmediğini ifade ettiği belirlendi (Tablo 7).

Çalışmaya katılan hemşirelerin klinik, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma şekli ile SBAR geri bildirim formu arasındaki ilişki Tablo 8'de gösterildi.

Tablo 8: SBAR Geri Bildirim Formu ile Klinik, Cinsiyet, Eğitim Durumu ve Çalışma Şekli Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Klinik			Cinsiyet		Eğitim durumu		Çalışma şekli	
		Nefroloji n (%)	Dahiliye n (%)	Nöroloji n (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Lise önlisans n (%)	Lisans n (%)	Gündüz n (%)	Vardiyalı n (%)
SBARGB1	Evet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Hayır	13 (100)	11 (100)	13 (100)	35 (100)	2 (100)	7 (100)	30 (100)	4 (100)	33 (100)
SBARGB2	Evet	8 (61,5) a	3 (27,3)	2 (15,4) b	13 (37,1)	0 (0)	4 (57,1)	9 (30)	1 (25)	12 (36,4)
	Hayır	5 (38,5)	8 (72,7)	11 (84,6)	22 (62,9)	2 (100)	3 (42,9)	21 (70)	3 (75)	21 (63,6)
	Test/p		6,500/0,039*		1,145/0,532		1,835/0,213		0,202/1,000	
SBARGB3	Evet	3 (23,1)	4 (36,4)	4 (30,8)	9 (25,7)	2 (100)	3 (42,9)	8 (26,7)	0 (0)	11 (33,3)
	Hayır	10 (76,9)	7 (63,6)	9 (69,2)	26 (74,3)	0 (0)	4 (57,1)	22 (73,3)	4 (100)	22 (66,7)
	Test/p		0,514/0,773		4,997/0,083		0,712/0,403		1,897/0,296	
SBARGB4	Evet	13 (100)	9 (81,8)	13 (100)	33 (94,3)	2 (100)	7 (100)	28 (93,3)	4 (100)	31 (93,9)
	Hayır	0 (0)	2 (18,2)	0 (0)	2 (5,7)	0 (0)	0 (0)	2 (6,7)	0 (0)	2 (6,1)
	Test/p		2 (18,2)	2 (15,4)	6 (17,1)	0 (0)	1 (14,3)	5 (16,7)	1 (25)	5 (15,2)
SBARGB5	Evet	11 (84,6)	9 (81,8)	11 (84,6)	29 (82,9)	2 (100)	6 (85,7)	25 (83,3)	3 (75)	28 (84,8)
	Hayır	2 (15,4)	2 (18,2)	2 (15,4)	6 (17,1)	0 (0)	1 (14,3)	5 (16,7)	1 (25)	5 (15,2)
	Test/p		0,045/0,978		0,409/1,000		0,024/1,000		0,255/0,524	
SBARGB6	Evet	0 (0)	2 (18,2)	0 (0)	2 (5,7)	0 (0)	0 (0)	2 (6,7)	1 (25)	1 (3)
	Hayır	13 (100)	9 (81,8)	13 (100)	33 (94,3)	2 (100)	7 (100)	28 (93,3)	3 (75)	32 (97)
SBARGB7	Evet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Hayır	13 (100)	11 (100)	13 (100)	35 (100)	2 (100)	7 (100)	30 (100)	4 (100)	33 (100)
SBARGB8	Evet	5 (38,5)	7 (63,6)	6 (46,2)	17 (48,6)	1 (50)	4 (57,1)	14 (46,7)	1 (25)	17 (51,5)
	Hayır	8 (61,5)	4 (36,4)	7 (53,8)	18 (51,4)	1 (50)	3 (42,9)	16 (53,3)	3 (75)	16 (48,5)
	Test/p		1,562/0,458		0,002/1,000		0,249/0,693		1,004/0,604	
SBARGB9	Evet	13 (100) a	6 (54,5) b	6 (46,2) b	24 (68,6)	1 (50)	6 (85,7)	19 (63,3)	1 (25)	24 (72,7)
	Hayır	0 (0)	5 (45,5)	7 (53,8)	11 (31,4)	1 (50)	1 (14,3)	11 (36,7)	3 (75)	9 (27,3)
	Test/p		9,811/0,007*		0,298/1,000		1,297/0,389		3,708/0,091	
SBARGB10	Evet	9 (69,2)	7 (63,6)	11 (84,6)	25 (71,4)	2 (100)	7 (100)	20 (66,7)	2 (50)	25 (75,8)
	Hayır	4 (30,8)	4 (36,4)	2 (15,4)	10 (28,6)	0 (0)	0 (0)	10 (33,3)	2 (50)	8 (24,2)
	Test/p		1,472/0,479		0,783/1,000		3,198/0,155		1,200/0,291	
SBARGB11	Evet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Hayır	13 (100)	11 (100)	13 (100)	35 (100)	2 (100)	7 (100)	30 (100)	4 (100)	33 (100)

t:ki kare analizi a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları (a: en yüksek yüzde)

Çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma şekli ile SBAR geri bildirim formu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Klinikler bakımından SBAR GB2 durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre nefroloji kliniğinde “SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.” maddesine evet oranı nöroloji kliniğine göre daha yüksek idi (Tablo 8).

Klinikler bakımından SBAR GB9 durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Buna göre, nefroloji kliniğinde “SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektiriyor.” maddesine evet diyenlerin oranı dahiliye ve nöroloji kliniğine daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 8).

4.3. HHİ ÖLÇEĞİ VE SBAR GERİ BİLDİRİM FORMUNUN KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin hemşire işbirliği ölçeğine verdiği yanıtlar ile SBAR geri bildirim formunda yer alan maddelere verdikleri cevapların karşılaştırması Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13 ve Tablo 14’te değinildi. Maddelerden SBAR GB1, SBAR GB4, SBAR GB6, SBAR GB7, SBAR GB11’e verilen cevapların dağılımları (GB1 n=0, n=37; GB4 n=35, n=2; GB6 n=2, n=35; GB7 n=0 n=37; GB11 n=0, n=37) karşılaştırma yapılabilecek sayıda olmadığı için tabloya aktarılmadı.

Tablo 9: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB2 Gruplarına Göre İncelenmesi

Hemşire- Hemşire İşbirliği	SBAR GB2		t ¹	p
	Evet ort±ss	Hayır ort±ss		
Çatışma yönetimi (ön test)	13,31±2,02	13,08±1,61	0,370	0,714
Çatışma yönetimi (son test)	13,15±3,00	13,75±1,36	-0,836	0,409
t ² /p	0,313/0,760	-1,938/0,065		
İletişim (ön test)	11,85±2,27	12,58±1,53	-1,178	0,247
İletişim (son test)	11,54±1,94	12,92±1,41	-2,481	0,018*
t ² /p	0,743/0,472	-1,282/0,213		
Paylaşım süreci (ön test)	12,15±1,57	12,54±1,91	-0,625	0,536
Paylaşım süreci (son test)	12,92±1,75	12,58±1,67	0,581	0,565
t ² /p	-2,034/0,065	-0,132/0,896		
Koordinasyon (ön test)	15,62±3,40	15,25±2,09	0,406	0,688
Koordinasyon (son test)	15,54±2,79	15,50±2,21	0,046	0,963
t ² /p	0,173/0,866	-0,476/0,639		
Profesyonellik (ön test)	26,23±4,83	25,63±2,93	0,476	0,637
Profesyonellik (son test)	25,54±4,93	26,50±3,38	-0,702	0,487
t ² /p	0,814/0,431	-1,254/0,222		
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	79,15±13,11	79,08±7,80	0,021	0,984
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	78,69±12,77	81,25±7,93	-0,753	0,456
t ² /p	0,344/0,737	-1,313/0,202		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05, GB2:SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.

Çalışmada yer alan hemşirelerin HHİ ölçeği ön-son test puan ortalamaları ile SBAR GB2 maddesine verilen cevaplar karşılaştırıldı. GB2 maddesine evet diyen ve hayır diyenlerin genel olarak ölçek ön test ve son testten aldıkları puan ortalamaları birbirine yakın idi. Ancak iletişim son test puan ortalamasında anlamlı farklılık elde edildi (p<0,05). Buna göre, İletişim alt boyutu son test puan ortalamasının **SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünmeyenlerde engelleyeceğini düşünenlere göre daha yüksek idi.** Ayrıca grupta zamanla HHİÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (Tablo 9).

Tablo 10: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB3 Gruplarına Göre İncelenmesi

Hemşire- Hemşire İşbirliği	SBAR GB3		t ¹	p
	Evet ort±ss	Hayır ort±ss		
Çatışma yönetimi (ön test)	12,91±1,97	13,27±1,66	-0,570	0,572
Çatışma yönetimi (son test)	12,36±2,91	14,04±1,37	-2,402	0,022*
t ² /p	0,855/0,412	-2,757/0,011*		
İletişim (ön test)	12,64±2,38	12,19±1,58	0,671	0,507
İletişim (son test)	12,55±2,02	12,38±1,63	0,256	0,800
t ² /p	0,232/0,821	-0,693/0,495		
Paylaşım süreci (ön test)	12,36±2,11	12,42±1,68	-0,091	0,928
Paylaşım süreci (son test)	12,36±1,57	12,85±1,74	-0,794	0,433
t ² /p	0,000/1,000	-1,324/0,197		
Koordinasyon (ön test)	14,45±3,24	15,77±2,21	-1,434	0,160
Koordinasyon (son test)	14,36±2,42	16,00±2,24	-1,981	0,055
t ² /p	0,199/0,846	-0,464/0,646		
Profesyonellik (ön test)	0,81±5,08	26,12±2,94	-0,705	0,485
Profesyonellik (son test)	25,45±5,63	26,46±3,08	-0,704	0,486
t ² /p	-0,205/0,841	-0,612/0,546		
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	77,55±13,67	79,77±7,89	-0,625	0,536
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	77,09±13,04	81,73±7,98	-1,330	0,192
t ² /p	0,220/0,830	-1,372/0,182		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05 GB3: SBAR iletişim aracı ile hastam hakkında bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim ettim.

Bu tabloda hemşirelerin HHİ ölçeği ön-son test puan ortalamaları ile SBAR GB3 maddesine verilen cevaplar karşılaştırıldı. GB3 maddesine evet diyen ve hayır diyenlerin genel olarak ölçek ön test ve son testten aldıkları puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmadı (p>0,05). Ancak son test çatışma yönetimi alt boyut puan ile SBAR GB3 maddesi arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Buna göre, çatışma yönetimi alt boyutunda, **SBAR iletişim aracı ile hasta hakkında bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim etmediğini düşünenlerin son testte puanları ön teste göre anlamlı derecede yüksek idi. Ayrıca SBAR GB3 ile HHİ ölçeği ve alt boyutları puanları arasında anlamlı derecede farklılık göstermediği gözlemlendi (Tablo 10).**

Tablo 11: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB5 Gruplarına Göre İncelenmesi

Hemşire- Hemşire İşbirliği	SBAR GB5		t ¹	p
	Evet ort±ss	Hayır ort±ss		
Çatışma yönetimi (ön test)	14,50±1,87	12,90±1,62	2,159	0,038*
Çatışma yönetimi (son test)	14,50±1,38	13,35±2,14	1,255	0,218
t²/p	0,000/1,000	-1,340/0,190		
İletişim (ön test)	11,50±1,52	12,48±1,86	-1,216	0,232
İletişim (son test)	11,00±2,00	12,71±1,55	-2,359	0,024*
t²/p	1,464/0,203	-0,879/0,387		
Paylaşım süreci (ön test)	12,17±0,75	12,45±1,93	-0,353	0,726
Paylaşım süreci (son test)	13,00±1,79	12,65±1,68	0,468	0,643
t²/p	-1,387/0,224	-0,711/0,482		
Koordinasyon (ön test)	15,83±3,06	15,29±2,53	0,466	0,644
Koordinasyon (son test)	15,67±1,63	15,48±2,53	0,169	0,867
t²/p	0,237/0,822	-0,454/0,653		
Profesyonellik (ön test)	25,67±3,93	25,87±3,67	-0,124	0,902
Profesyonellik (son test)	26,00±2,45	26,19±4,21	-0,108	0,914
t²/p	-0,316/0,765	-0,512/0,612		
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	79,67±,54	79,00±10,01	0,150	0,881
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	80,17±6,85	80,39±10,37	-0,050	0,961
t²/p	-0,382/0,718	-1,001/0,325		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05 GB5: SBAR iletişim aracı, işimi daha iyi yapmama yardımcı oldu.

Bu tabloda hemşirelerin HHİ ölçeği ön-son test puan ortalamaları ile SBAR GB5 maddesine verilen cevaplar karşılaştırıldı. GB5 maddesine evet ve hayır diyenlerin genel olarak ölçek ön test ve son testten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamakta ($p>0,05$), iken ön test çatışma yönetimi ve son test iletişim alt boyut puanı bakımından SBAR GB5 maddesi arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Buna göre, ön test çatışma yönetimi alt boyutunda **SBAR iletişim aracı, işini daha iyi yapmaya yardımcı olduğunu düşünenlerin puanı düşünmeyenlerin puanından daha yüksek idi. Benzer şekilde SBAR iletişim aracının işini iyi yapmaya yardımcı olmadığını düşünenlerde son test iletişim alt boyut puanı yardımcı olduğunu düşünenlere göre daha yüksek olduğu görüldü.** Ayrıca gruplarda zamanla HHİÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim gözlenmedi (Tablo 11).

Tablo 12: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB8 Gruplarına Göre İncelenmesi

Hemşire- Hemşire İşbirliği	SBAR GB8		t ¹	p
	Evet ort±ss	Hayır ort±s		
Çatışma yönetimi (ön test)	13,67±1,71	12,68±1,67	1,766	0,086
Çatışma yönetimi (son test)	13,94±1,30	13,16±2,57	1,165	0,252
t ² /p	-0,719/0,482	-1,106/0,283		
İletişim (ön test)	12,56±1,65	12,11±2,00	0,745	0,461
İletişim (son test)	12,78±,02	12,11±1,37	1,192	0,241
t ² /p	-0,720/0,481	0,000/1,000		
Paylaşım süreci (ön test)	12,89±1,49	11,95±1,96	1,639	0,110
Paylaşım süreci (son test)	13,00±1,41	12,42±1,89	1,049	0,302
t ² /p	-0,260/0,798	-1,761/0,095		
Koordinasyon (ön test)	15,50±2,01	15,26±3,09	0,275	0,785
Koordinasyon (son test)	16,11±2,08	14,95±2,57	1,508	0,141
t ² /p	-1,057/0,305	0,678/0,506		
Profesyonellik (ön test)	26,56±3,71	25,16±3,56	1,168	0,251
Profesyonellik (son test)	27,28±3,56	25,11±4,09	1,718	0,095
t ² /p	-0,922/0,369	0,067/0,947		
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	81,17±8,38	77,16±10,85	1,253	0,219
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	83,11±8,32	77,74±10,58	1,711	0,096
t ² /p	-1,068/0,301	-0,376/0,711		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05 GB8: SBAR iletişim aracı kullandığım dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşanmadı.

Ön test ve son test HHİ ölçeği ve alt boyut puanları bakımından SBAR GB8 maddesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Ayrıca gruplarda zamanla HHİÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gözlenmedi (Tablo 12).

Tablo 13: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB9 Gruplarına Göre İncelenmesi

Hemşire- Hemşire İşbirliği	SBAR GB9		t ¹	p
	Evet ort±ss	Hayır ort±ss		
Çatışma yönetimi (ön test)	13,40±1,85	12,67±1,44	1,208	0,235
Çatışma yönetimi (son test)	13,44±2,31	13,75±1,48	-0,423	0,675
t ² /p	-0,143/0,888	-1,711/0,115		
İletişim (ön test)	11,96±1,90	13,08±1,44	-1,805	0,080
İletişim (son test)	11,88±1,69	13,58±1,16	-3,139	0,003*
t ² /p	0,337/0,739	-1,032/0,324		
Paylaşım süreci (ön test)	12,08±1,68	13,08±1,88	-1,636	0,111
Paylaşım süreci (son test)	12,56±1,87	13,00±,21	-0,741	0,464
t ² /p	-1,693/0,103	0,172/0,866		
Koordinasyon (ön test)	15,28±2,89	15,58±1,88	-0,330	0,743
Koordinasyon (son test)	15,32±2,50	15,92±2,19	-0,707	0,484
t ² /p	-0,109/0,914	-0,378/0,713		
Profesyonellik (ön test)	25,88±3,94	25,75±3,14	0,100	0,921
Profesyonellik (son test)	25,68±4,20	27,17±3,30	-1,075	0,290
t ² /p	0,380/0,707	-1,110/0,291		
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	78,60±10,70	80,17±7,94	-0,450	0,656
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	78,88±10,79	83,42±,71	-1,332	0,191
t ² /p	-0,294/0,771	-1,066/0,309		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05 GB9: SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektiriyor.

Bu tabloda hemşirelerin HHİ ölçeği ön-son test puan ortalamaları ile SBAR GB9 maddesine verilen yanıtlar karşılaştırıldı. GB9 maddesine evet ve hayır diyenlerin genel olarak ölçek ön test ve son testten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamakta (p>0,05), iken son test iletişim alt boyut puanı bakımından SBAR GB9 durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05). Buna göre, **SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektirmediğini düşünenlerin gerektirdiğini düşünenlere göre son testte puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek idi.** Ayrıca gruplarda zamanla HHİÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gözlenmedi (Tablo 13).

Tablo 14: Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının SBAR GB10 Gruplarına Göre İncelenmesi

Hemşire- Hemşire İşbirliği	SBAR GB10		t ¹	p
	Evet ort±ss	Hayır ort±ss		
Çatışma yönetimi (ön test)	13,00±1,62	13,60±2,07	-0,930	0,359
Çatışma yönetimi (son test)	13,44±2,26	13,80±1,48	-0,460	0,648
t ² /p	-1,442/0,161	-0,294/0,775		
İletişim (ön test)	12,15±2,03	12,80±1,03	-0,963	0,342
İletişim (son test)	12,33±1,88	12,70±1,25	-0,569	0,573
t ² /p	-0,633/0,532	0,361/0,726		
Paylaşım süreci (ön test)	12,19±1,90	13,00±1,33	-1,241	0,223
Paylaşım süreci (son test)	12,48±1,83	13,30±1,06	-1,329	0,192
t ² /p	-0,984/0,334	-0,669/0,520		
Koordinasyon (ön test)	15,15±2,78	16,00±1,94	-0,887	0,381
Koordinasyon (son test)	15,41±2,58	15,80±1,87	-0,439	0,663
t ² /p	-0,582/0,565	0,287/0,780		
Profesyonellik (ön test)	25,59±3,70	26,50±3,63	-0,665	0,510
Profesyonellik (son test)	26,00±4,39	26,60±2,50	-0,406	0,687
t ² /p	-0,711/0,483	-0,073/0,944		
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (ön test)	78,07±10,47	81,90±7,48	-1,056	0,298
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği (son test)	79,67±10,92	82,20±5,87	-0,693	0,493
t ² /p	-1,304/0,204	-0,102/0,921		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05 GB10: SBAR iletişim aracı kullanmak nöbet teslimlerine bir olumlu katkı getirmedi.

Bu tabloda hemşirelerin HHİ ölçeği ön-son test puan ortalamaları ile SBAR GB10 maddesine verilen yanıtlar karşılaştırıldı. GB10 maddesine evet ve hayır diyenlerin genel olarak ölçek ön test ve son testten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Ayrıca gruplarda zamanla HHİÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gözlenmedi (Tablo 14).

4.4. KLİNİKLERİN SBAR HASTA TESLİM FORMU KULLANIM DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmanın gerçekleştirildiği Dahiliye, Nefroloji ve Nöroloji kliniklerinde hemşireler tarafından hasta teslim formunun kullanım durumuna ilişkin veriler Tablo 15 ve Tablo 16’da yer verildi.



Tablo 15: SBAR Hasta Teslim Formunun Kliniklerin Kullanım Durumuna İlişkin Bulgular (Detaylı)

		Dahiliye						Nefroloji						Nöroloji						Total					
		Uygulamadı		Kısmen uyguladı		Uyguladı		Uygulamadı		Kısmen uyguladı		Uyguladı		Uygulamadı		Kısmen uyguladı		Uyguladı		Uygulamadı		Kısmen uyguladı		Uyguladı	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
S	Hasta Ad Soyad	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	195	100,0
	Kliniğe Kabul	13	20,0	0	0,0	52	80,0	34	52,3	0	0,0	31	47,7	27	41,5	0	0,0	38	58,5	74	37,9	0	0,0	121	62,1
	Allerji	40	61,5	0	0,0	25	38,5	17	26,2	0	0,0	48	73,8	33	50,8	0	0,0	32	49,2	90	46,2	0	0,0	105	53,8
	Sorumlu Hekim	34	52,3	0	0,0	31	47,7	35	53,8	0	0,0	30	46,2	12	18,5	0	0,0	53	81,5	81	41,5	0	0,0	114	58,5
	Tıbbi Tanı	1	1,5	0	0,0	64	98,5	10	15,4	0	0,0	55	84,6	4	6,2	0	0,0	61	93,8	15	7,7	0	0,0	180	92,3
	İzolasyon	47	72,3	0	0,0	18	27,7	6	9,2	0	0,0	59	90,8	41	63,1	0	0,0	24	36,9	94	48,2	0	0,0	101	51,8
	Refakatçi	46	70,8	0	0,0	19	29,2	6	9,2	0	0,0	59	90,8	42	64,6	0	0,0	23	35,4	94	48,2	0	0,0	101	51,8
B	Kronik hastalık	13	20,0	0	0,0	52	80,0	36	55,4	0	0,0	29	44,6	30	46,2	0	0,0	35	53,8	79	40,5	0	0,0	116	59,5
	Operasyon	38	58,5	0	0,0	27	41,5	39	60,0	0	0,0	26	40,0	38	58,5	0	0,0	27	41,5	115	59,0	0	0,0	80	41,0
	Kullandığı ilaç	23	35,4	0	0,0	42	64,6	43	66,2	0	0,0	22	33,8	23	35,4	0	0,0	42	64,6	89	45,6	0	0,0	106	54,4
	Yeni başlayan Tedavi	2	3,1	0	0,0	63	96,9	7	10,8	0	0,0	58	89,2	3	4,6	0	0,0	62	95,4	12	6,2	0	0,0	183	93,8
	Kültür örneği	28	43,1	0	0,0	37	56,9	4	6,2	0	0,0	61	93,8	29	44,6	0	0,0	36	55,4	61	31,3	0	0,0	134	68,7
	İnvaziv Girişim Yapılmaması Gereken bölge	24	36,9	0	0,0	41	63,1	3	4,6	0	0,0	62	95,4	28	43,1	0	0,0	37	56,9	55	28,2	0	0,0	140	71,8
	Takip edilmesi Gereken ilaç	9	13,8	0	0,0	56	86,2	3	4,6	4	6,2	58	89,2	6	9,2	1	1,5	58	89,2	18	9,2	5	2,6	172	88,2
A	Anormal Yaşam Bulgusu	0	0,0	22	33,8	43	66,2	3	4,6	42	64,6	20	30,8	2	3,1	23	35,4	40	61,5	5	2,6	87	44,6	103	52,8
	Bilinç Durumu	8	12,3	28	43,1	29	44,6	2	3,1	46	70,8	17	26,2	28	43,1	21	32,3	16	24,6	38	19,5	95	48,7	62	31,8
	Oksijen İhtiyacı	7	10,8	5	7,7	53	81,5	3	4,6	5	7,7	57	87,7	12	18,5	2	3,1	51	78,5	22	11,3	12	6,2	161	82,6
	AÇT	3	4,6	24	36,9	38	58,5	6	9,2	46	70,8	13	20,0	8	12,3	27	41,5	30	46,2	17	8,7	97	49,7	81	41,5
	Mobilizasyon	14	21,5	8	12,3	43	66,2	7	10,8	3	4,6	55	84,6	12	18,5	6	9,2	47	72,3	33	16,9	17	8,7	145	74,4
	Düşme	50	76,9	0	0,0	15	23,1	59	90,8	0	0,0	6	9,2	53	81,5	0	0,0	12	18,5	162	83,1	0	0,0	33	16,9
	Beslenme	30	46,2	14	21,5	21	32,3	4	6,2	9	13,8	52	80,0	16	24,6	14	21,5	35	53,8	50	25,6	37	19,0	108	55,4

	Basıncıyarası	18	27,7	24	36,9	23	35,4	3	4,6	55	84,6	7	10,8	22	33,8	25	38,5	18	27,7	43	22,1	104	53,3	48	24,6
	İnkontinans	15	23,1	9	13,8	41	63,1	3	4,6	2	3,1	60	92,3	21	32,3	4	6,2	40	61,5	39	20,0	15	7,7	141	72,3
	Katater	3	4,6	0	0,0	62	95,4	8	12,3	0	0,0	57	87,7	2	3,1	0	0,0	63	96,9	13	6,7	0	0,0	182	93,3
	Katater Bakımı Değişim Tarihi	3	4,6	0	0,0	62	95,4	29	44,6	0	0,0	36	55,4	4	6,2	0	0,0	61	93,8	36	18,5	0	0,0	159	81,5
	Bakım İhtiyacı	8	12,3	12	18,5	45	69,2	3	4,6	2	3,1	60	92,3	8	12,3	26	40,0	31	47,7	19	9,7	40	20,5	136	69,7
	Kanama Riski	22	33,8	10	15,4	33	50,8	2	3,1	2	3,1	61	93,8	29	44,6	8	12,3	28	43,1	53	27,2	20	10,3	122	62,6
	Ödem	22	33,8	12	18,5	31	47,7	2	3,1	0	0,0	63	96,9	32	49,2	8	12,3	25	38,5	56	28,7	20	10,3	119	61,0
	Kısıtlama	24	36,9	7	10,8	34	52,3	9	13,8	0	0,0	56	86,2	24	36,9	3	4,6	38	58,5	57	29,2	10	5,1	128	65,6
R	Dikkat Edilmesi Gereken Bakım	10	15,4	0	0,0	55	84,6	28	43,1	0	0,0	37	56,9	32	49,2	0	0,0	33	50,8	70	35,9	0	0,0	125	64,1
	Bakım Önerisi	0	0,0	0	0,0	65	100,0	2	3,1	0	0,0	63	96,9	3	4,6	0	0,0	62	95,4	5	2,6	0	0,0	190	97,4
	Hasta veya Yakının Eğitimi	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	195	100,0
	Ek İstemler	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	65	100,0	0	0,0	0	0,0	195	100,0

SBAR hasta teslim formunda yer alan parametreler ve kliniklerin kullanım durumları incelendiğinde; S adımı içerisinde formda hasta adı soyadı, kliniğe kabul tarihi, allerji durumu, sorumlu hekimi, tanısı, izolasyon durumu ve refakatçi durumu yer almakta idi. Bu adımda hasta adı soyadının tüm kliniklerde tamamen uygulandığı, kliniğe kabul tarihinin en çok (%80) dahiliye kliniğinde, en az (%47,7) nefroloji kliniğinde doldurulduğu, allerji durumunun en çok (%73,8) nefroloji, en az (38,5) dahiliye kliniğinde, sorumlu hekimi parametresinin en çok nöroloji (%81,5), en az (%46,2) nefroloji kliniğinde uygulandığı görüldü. Hastanın tıbbi tanısının en çok (%98,5) dahiliye kliniğinde, en

az

(%84,6) nefroloji kliniğinde, izolasyon durumun en çok (%90,8) nefroloji kliniğinde, en az (%27,7) dahiliye kliniğinde uygulandığı belirlendi. S adımının son maddesi olan refakatçi durumunun en çok (% 90,8) nefroloji kliniğinde, en az (%29,2) dahiliye kliniğinde uygulandığı görüldü.

SBAR teslim formunun diğer adımı olan B adımında hastanın geçmiş öyküsündeki kronik hastalık durumu, geçirmiş olduğu operasyonları, kullandığı ilaçlar, yeni başlayan tedavisinin olup olmadığı, hastanın kültür örneğinin alınıp alınmadığı, invaziv girişim yapılmaması gereken bir bölgenin varlığı, takip edilmesi gereken ilacının varlığı sorgulanmakta idi. Kronik hastalık durumu en çok (%80,0) dahiliye kliniğinde, en az (%44,6) nefroloji kliniğinde, geçirmiş olduğu operasyon parametresi en çok (%41,5) dahiliye ve nöroloji kliniğinde, en az (%40) nefroloji kliniğinde uygulandığı, kullandığı ilaçlar hasta tesliminde en çok (% 64,6) dahiliye ve nöroloji kliniğinde, en az (%33,8) nefroloji kliniğinde uygulandığı belirlendi. Nöbet esnasında yeni başlayan tedavi ile ilgili bilgiler en çok (% 96,9) dahiliye kliniğinde, en az (%89,2) nefroloji kliniğinde verildiği, kültür örneği parametresi ise en çok (%93,8) nefroloji kliniğinde, en az (%55,4) nöroloji kliniğinde uygulandığı saptandı. Hastaya uygulanacak invaziv girişimler için engel teşkil eden bölgelerin teslim esnasında en çok dile getirildiği klinik (%95,4) nefroloji, en az uygulandığı klinik ise dahiliye idi. Hastanın özellikle takip edilmesi gereken ilaçları ile ilgili en çok (% 89,2) nefroloji ve nöroloji kliniğinde, en az (%86,2) dahiliye kliniğinde uygulandığı belirlendi.

Hasta teslim formunda hastanın değerlendirmesinin yapıldığı A adımında; anormal yaşam bulgusu, bilinç durumu, oksijen ihtiyacı, AÇT, mobilizasyon durumu, düşme riski, beslenme durumu, basınç yarası, inkontinans durumu, katater varlığı, bakım ve değişim zamanı, bakım ihtiyacı, kanama riski, ödem ve kısıtlama durumu değerlendirilmekte idi. Anormal yaşam bulgusuna en çok (%66,2) dahiliye kliniğinde, en az (%30,8) nefroloji kliniğinde değinildiği, bilinç durumu en çok (%44,6) dahiliye kliniğinde, en az (%24,6) nöroloji kliniğinde uygulandığı belirlendi. Hastanın oksijen ihtiyacı ile ilgili veri en çok (% 87,7) nefroloji kliniğinde, en az (% 78,5) nöroloji kliniğinde uygulandığı, AÇT en çok (%58,5) dahiliye kliniğinde, en az (%20) nefroloji kliniğinde uygulandığı, hastanın mobilizasyon durumu ile ilgili bilgi en çok (%84,6) nefroloji kliniğinde, en az (%66,2) dahiliye kliniğinde uygulandığı,

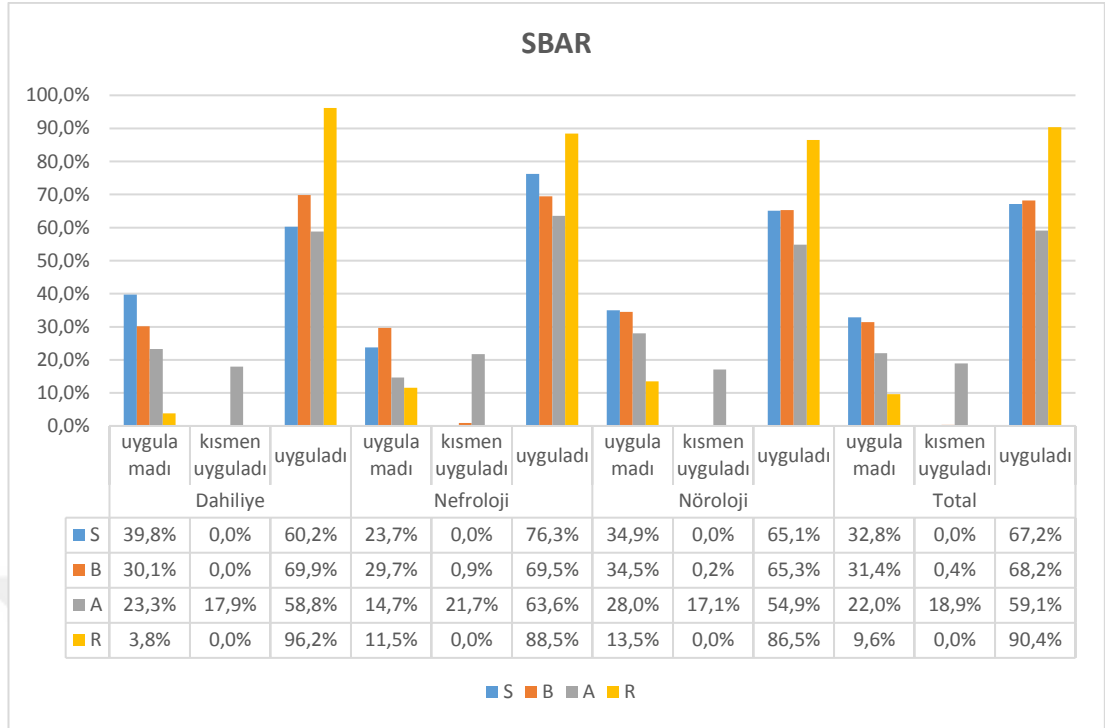
hastanın düşme riski hakkında bilgi en çok (% 23,1) dahiliye kliniğinde, en az (%9,2) nefroloji kliniğinde uygulandığı belirlendi. Hasta teslimi esnasında hastanın beslenme durumu ile ilgili en çok (%80) nefroloji kliniğinde, en az (%32,3) dahiliye kliniğinde bilgi verildiği, hasta basınç yarası yönünden en çok (%35,4) dahiliye kliniğinde, en az (%10,8) nefroloji kliniğinde değerlendirildiği gözlemlendi. Hasta inkontinans bulgusu yönünden en çok (%92,3) nefroloji kliniğinde, en az (%61,5) nöroloji kliniğinde değerlendirildi. Hastada mevcut olan kataterlerin nöbet teslimi esnasında iletilmesi en çok (%96,6) nöroloji kliniğinde, en az (%87,7) nefroloji kliniğinde gerçekleştiği, katater bakım ve değişimlerinin en çok (%95,4) dahiliye kliniğinde, en az (%55,4) nefroloji kliniğinde gerçekleştiği belirlendi. Hastanın bakım ihtiyacıyla ilgili verinin en çok (%92,3) nefroloji kliniğinde, en az (%47,7) nöroloji kliniğinde verildiği, kanama riski yönünden en çok (%93,8) nefroloji kliniğinde, en az (%43,1) nöroloji kliniğinde değerlendirildiği, ödem takibi yönünden en çok (%96,9) nefroloji kliniği, en az (%38,5) nöroloji kliniğinde değerlendirme yapıldığı ve son olarak hasta tesliminde kısıtlama yönünden hasta değerlendirmesi en çok (%86,2) nefroloji kliniğinde, en az (%52,3) dahiliye kliniğinde yapıldığı gözlemlendi.

SBAR hasta tesliminin son aşaması olan R adımı; dikkat edilmesi gerekenler, bakım önerisi, hasta veya yakınının eğitim ihtiyacı ve ek istemler parametreleri yer almaktadır. Nöbet teslimi esnasında kendisinden sonra hasta ile ilgili dikkat edilmesi gereken veriler olarak en çok (%84,6) dahiliye kliniğinde, en az (%50,8) nöroloji kliniğinde değinildiği, bakım önerisi olarak en çok (%100) dahiliye kliniğinde, en az (95,4) nöroloji kliniğinde belirtildiği, hasta veya yakınının eğitim ihtiyacı yönünden tüm kliniklerde teslim esnasında nöbeti devir alan sağlık çalışanına bilgi verdiği ve son olarak ilave etmek istediği ek istemler parametreside çalışmanın yapıldığı tüm kliniklerde doldurulduğu gözlemlendi (Tablo 15). Kliniklerin hasta teslim formunu kullanımı konusunda özetlenmiş veriler Tablo 16 ve Şekil 6 ile aktarıldı.

Tablo 16: SBAR Hasta Teslim Formunun Kliniklerin Kullanım Durumuna Ait Veriler (Özet)

	Dahiliye			Nefroloji			Nöroloji			Total		
	Uygulamadı	Kısmen uyguladı	Uyguladı	Uygulamadı	Kısmen uyguladı	Uyguladı	Uygulamadı	Kısmen uyguladı	Uyguladı	Uygulamadı	Kısmen uyguladı	Uyguladı
S	39,8%	0,0%	60,2%	23,7%	0,0%	76,3%	34,9%	0,0%	65,1%	32,8%	0,0%	67,2%
B	30,1%	0,0%	69,9%	29,7%	0,9%	69,5%	34,5%	0,2%	65,3%	31,4%	0,4%	68,2%
A	23,3%	17,9%	58,8%	14,7%	21,7%	63,6%	28,0%	17,1%	54,9%	22,0%	18,9%	59,1%
R	3,8%	0,0%	96,2%	11,5%	0,0%	88,5%	13,5%	0,0%	86,5%	9,6%	0,0%	90,4%

Tabloya göre SBAR hasta teslim formunun S adımını dahiliye kliniği %60,2, nefroloji kliniği %76,3, nöroloji kliniği %65,1, totalde tüm kliniklerde %67,2 oranında uygulandığı belirlendi. B adımını Dahiliye kliniği %69,9, nefroloji kliniği %69,5, nöroloji kliniği % 65,3, totalde %68,2 oranında uygulandığı tespit edildi. SBAR modelinin diğer bir adımı olan A bölümü ise dahiliye kliniği %58,8, nefroloji kliniği %63,6, nöroloji kliniği %54,9, totalde % 59,1 oranında uygulandığı belirlendi. Modelin son adımı olan R bölümü de dahiliye kliniği %96,2, nefroloji kliniği % 88,5, nöroloji kliniği %86,5, totalde %90,4 oranında uygulandığı tespit edildi (Tablo 16).



Şekil 6: Kliniklerin Hasta Teslim Formunu Kullanma Durumlarına Ait Bulgular

5. TARTIŞMA

Sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim, bakımın devamlılığını arttırmada, hasta güvenliğinin sağlanmasında ve etkili hasta bakımı için önemli bir kavramdır (Shahid and Thomas 2018). SBAR iletişim modeli sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulmuş, çalışanlar arasında hasta bilgilerinin eksiksiz, hızlı ve net bir şekilde iletilmesi amacıyla kanıta dayalı profesyonel bir iletişim modelidir (Başol 2018). Bu bölümde hasta güvenliği için SBAR iletişim modeline göre hazırlanmış hasta teslim formu ile gerçekleştirilen teslimlerin hemşirelerin iletişim ve iş birliğine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışma bulguları dört başlıkta literatür ışığında tartışıldı.

1. Hemşirelerin sosyo-demografik ve klinik çalışma düzenine ait bulguların tartışılması
2. Hemşirelerin sosyo-demografik verileri ile HHİ ve SBAR geri bildirim formunun karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
3. HHİ ölçeği ve SBAR geri bildirim formunun karşılaştırılmasına ait bulguların tartışılması
4. Kliniklerin SBAR hasta teslim formu kullanım durumuna ilişkin bulguların tartışılması

5.1. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÇALIŞMA DÜZENİNE AİT VERİLERİN TARTIŞILMASI

Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülen çalışmada hemşirelerin yaşları 23 ile 45 arasında değişmekte olup ortalamasının $28,03 \pm 4,66$ olduğu görüldü (Tablo 1). Vatan (2019)'ın cerrahi hemşirelerinde, Cengiz (2019)'ın klinik hemşirelerinde, Çevik ve ark. (2020) ile Sert ve ark. (2019) ise; yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada da hemşirelerin yaş ortalamalarının çalışmamızla benzerlik gösterdiği gözlemlendi. Ancak bulgumuzun aksine hemşirelerin yaş ortalamasının daha yüksek olduğu çalışmalarda mevcuttur (Rikos, Linardakis,

Rovithis and Philalithis 2018, Li et al. 2022, Öztürk 2022). Literatürde ki bu farklılıklar çalışmanın yapıldığı şehir, ilçe ve kliniklerin farklılığından kaynaklı olabileceğini düşündürdü. Dahili branşların şehir merkezinde olan hastanelerde genel olarak yoğun klinikler olup, bu nedenle genç çalışma ekibi oluşturulmaya çalışıldığını düşündürdü.

Katılımcıların tamamına yakınının kadın ve **lisans mezunu hemşirelerden (%81,1)** oluştuğu belirlendi (Tablo 1). Ülkemizde konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada da hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans mezunu hemşirelerden oluştuğu görüldü (Sıvacı 2017, Cengiz 2019, Vatan 2019, Çevik ve ark. 2020, Öztürk 2022).

Çalışmaya katılan hemşirelerin **mesleki deneyimi (4,78±4,43), kurumda (3,32±2,48) ve birimde çalışma süresinin (2,73±1,90)** genel olarak 5 yıldan az olduğu saptandı (Tablo 1). Kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun Covid döneminde ataması yapılan hemşireler olması bu durumu açıklamaktaydı. Çalışma düzeni olarak büyük bir çoğunluğu **vardiyali çalışmakta (% 89,2)** olup ortalama olarak **haftada 48 saat** civarında çalıştığı belirlendi (Tablo 1). Son yıllarda yapılan çalışmalarda hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile ilişkili farklı çalışmalar göze çarpmaktadır. Açar'ın (2023) acil hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada haftalık ortalama çalışma süresi 66,75±11,33 olduğu, Moç (2023) ile Çelik ve Öztürk'ün (2023) çalışmalarında ise hemşirelerin haftalık çalışma saati 40 saat ve altı olduğu görüldü. Çalışma sonucumuza benzer olarak Çavuşoğlu ve Gün (2022) çalışmasında da dahiliye kliniğinde çalışan hemşirelerin %83,1'inin 40-48 saat arası çalıştığı tespit edildi.

Çalışmanın yapıldığı kliniklerde nöbet teslimi ile ilgili veriler incelendiğinde; **günlük ortalama 19,22±11,76 hastaya bakım** verildiği belirlendi (Tablo 2). Günlük bakım verilen hasta sayısı hemşirenin çalışmış olduğu kliniğin özelliklerine göre değişmektedir. Erişkin 3. Seviye yoğun bakım ünitesinde hemşire iki hastaya bakım verirken klinikler için aynı durum geçerli olmamaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 21 08. 2020 tarih 31220 sayılı) (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm>. Erişim Tarih: 05.05.2023). Çavuşoğlu ve Gün (2022) çalışmasında hemşirelerin % 49,3'ünün 11 ve

üzeri hastaya bakım verdiği, Durukan'ın (2019) cerrahi hemşirelerin de yapmış olduğu çalışmada günlük ortalama 16-29 arasında hastaya bakım verdiği, Yurtsever ve Karagözoğlu (2020) bir üniversite hastanesinde yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin % 34,1'inin 21 ve üzeri sayıda hastaya bakım verdiği görüldü. Bu sonuçlar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermekte, kliniklerde hemşire üzerine düşen hasta sayısının fazla olduğu gerçeğini bir defa daha ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin **%54,1'i çalışma öncesinde meslek hayatları süresince nöbet teslimi ile ilgili bir eğitim aldığını belirtti** (Tablo 2). Hasta teslimi ile ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelerin nöbet teslim eğitimi alma durumunu gösteren çalışma sayısı oldukça azdır. Sert ve ark. (2019) İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesi yoğun bakım hemşireleri ile yapmış olduğu çalışmada hemşirelerinin %58,7'sinin nöbet teslimi eğitimi almadığı, Çevik ve ark (2020) çalışmasında bir vakıf üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin ise %88,3'ünün eğitim almış olduğu görüldü.

Çalışmamızda hemşirelerin **%70,3'ünün nöbet teslimini yatak başında sözel olarak yaptığı, %64,9'unun teslim esnasında hastayı devralan ve devreden hemşirenin hazır bulunduğu belirlendi. Hemşirelere yöneltilen “Nöbet teslimi sizce nasıl olmalı?” sorusuna %54,1'inin hasta başında sözel olarak yapılmasının uygun olduğunu ifade ettiği saptandı** (Tablo 2). Çalışmanın yapıldığı kurumda herhangi bir sistematik model doğrultusunda hasta teslimi yapılmamakta olup sağlıkta kalite standartları kapsamında en temel bilgiler (kimliklendirme, kısa klinik bilgi) verilerek hasta teslimi gerçekleştirilmektedir. Çalışmamızda model esas alınarak oluşturulmuş hasta teslimi hemşireler tarafından zaman alıcı olarak algılandığı düşünüldü. Yapılan çalışmalarda hasta teslimlerinin; önce hemşire deskinde sonra hasta odalarında hasta başında yapılması, teslimlerin hem sözlü hem de yazılı olarak yapılması, hastaya ait tüm verilerin nöbeti devralan hemşireye çift taraflı kontrol yapılarak teslim edilmesi önerilmektedir (Taşkiran ve Sarı 2017, Tuğrul ve Şahbaz 2021). Kayıt altına alınmayan, sadece sözel ve hasta odası kapısında gerçekleştirilen hasta teslimi ile tedavide gecikmelere, hasta bakımında eksikliklere, hasta memnuniyetinin olumsuz etkilenmesine, hastanede kalış süresinin artması ile zaman ve maliyet kaybına neden olduğu bildirilmektedir

(Tuna ve Dallı 2018, Çevik ve ark 2020). Çalışma sonucumuza benzer olarak Tuğrul ve Şahbaz'ın (2021) çalışmasında da hemşirelerin hasta teslimlerini yatak başında sözel olarak gerçekleştirdiği, Çevik ve ark. (2020) çalışmasında ise; % 83,4'ünün hasta odasında hasta teslimini gerçekleştirdiğini ifade ettiler. Tuna ve Dallı (2018)'nın bir kamu hastanesindeki çalışmasında da hemşirelerin % 94,1'i hasta başında ve % 77'si sözel olarak hasta teslimi yaptığı, acil hemşireleri ile yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %61,7'sinin hasta başı sözel hasta teslimi yapıldığını belirtti (Güngör, Akçoban ve Tosun 2022). Literatür bilgisi doğrultusunda çalışma bulgularımız benzer özellikte idi.

Hasta tesliminin süresi bakım verilen hasta sayısına ve hastaların durumuna göre değişiklik göstermektedir. Çalışma öncesinde kliniklerde **teslim süresinin ortalama olarak 31,49 dk olduğu (min. 10, max. 60) belirlendi.** (Tablo 2). Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Sert ve ark (2019) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin ortalama teslim süresinin 30 dk dan az olduğu (%73,7), yine yoğun bakımda yapılan başka bir çalışmada 2-4/hasta/hemşire sayıda bakım verilen hastanın teslim süresinin 20 dk ve altında (%68,4) olduğu, ortalama teslim süresinin ise 21,93 dakika olduğu görüldü (Öztürk 2022). Tuna ve Dallı (2018) çalışmasında ise ortalama nöbet teslim süresi 24,73 dakika idi. Başka bir çalışmada ise hemşireler nöbet tesliminin 27-43 dk arasında sürdüğünü belirtti (Tuğrul ve Şahbaz 2021). Bu bulgunun çalışma sonuçlarımız ile uyumlu olduğu görüldü.

8 Mart 2010 tarihli 27515 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>) (Erişim Tarihi: 05.05.2023) hemşire “Tüm uygulamaları kayıt altına alır.” maddesinde de belirtildiği üzere hasta tesliminin kayıt altına alınması gerekmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda teslim sürecinin sistematik ve veri doğrultusunda bütüncül yaklaşımla ele alınmaması nedeniyle SBAR gibi iletişim modellerine ihtiyaç duyulmuştur (Bressan et al 2019; Tobiano et al. 2020). Yapılandırılmamış hasta teslimlerinde en yaygın olarak güncel veya net olmayan hasta formları, imzasız eksik ilaç çizelgeleri teslim sürecinin tamamlanmasını engellemektedir. İletişim açısından, hasta öyküsü ve hastaya yapılacak işlemler hakkında yetersiz açıklamalar, hasta katılımının olmaması gibi sorunlarda hasta şikayetlerinin artmasına ve sağlık

bakım hizmetleri memnuniyet düzeyinin azalmasına neden olacaktır (Pun 2023). **Nöbet tesliminin kayıt edilmesi için en çok tercih edilenin yatan hasta listesi (%73) ya da hasta gözlem formu (%51,4) olduğu tespit edildi** (Tablo 2). Hasta teslimi; hastaya ait bilgilerin kolayca ulaşılabilir olması, kaybolmaması, atlanmaması ve istenmeyen olayların azaltılmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda hasta teslimiyle kaliteli hemşirelik bakımı desteklenmekte ve bakımın devamlılığı sağlanmaktadır (Tuğrul ve Şahbaz 2021). Teslimin içeriği bakım verilen kliniğin özelliğine göre değişmektedir. Teslimde hastanın mevcut durumu, tıbbi öyküsü, tedavisi, bakımı planı, laboratuvar verileri, beklenen sonuçları sistemsel değerlendirmeler yer almalıdır (Çevik ve ark. 2020; Taşkiran ve ark. 2021, Tuğrul ve Şahbaz 2021). Hasta tesliminin kayıt altına alınması amacıyla yurtdışında yaygın olarak kullanılan ve son yıllarda da ülkemizde özel ve üniversite hastanelerinde yapılandırılmış modele dayalı teslim formları kullanılmaya başlanmıştır. Formların içerikleri kliniğin ihtiyacına göre değişkenlik göstermekte olup teslim esnasında aktarılan bilginin kalıcı olmasını sağlamakla birlikte aynı zamanda hemşireler için yasal bir doküman özelliğini sağlamaktadır (Halterman et al. 2019, Cengiz 2019, Özdemir Özleyen 2022). Aydın ilinde dört farklı hastanede yapılan çalışmada ise hemşirelerin hasta teslimi esnasındaki bilgileri boş not kağıdına (%59,8) kayıt ettiği saptandı (Tuğrul ve Şahbaz 2021). Çalışmanın yapıldığı hastanede iletişimde kanıta dayalı bir uygulamanın kullanılmaması, nöbet devri sonrası takip edilecek parametreler ile ilgili standardizasyonunun olmaması kaynaklı her klinikte farklı nöbet teslimi uygulamalarının olduğu bilinmektedir. Bu durumun kurumların işleyiş prosedürleri ile ilgili olduğu düşünüldü.

Nöbet teslimini engelleyen durumlar incelendiğinde ise; **ortamdaki gürültü (% 94,6), iş yoğunluğunun fazla olması (% 83,8), kısıtlı zamanda bakım verilen hasta sayısının fazlalığı (%59,5)** olduğu belirlendi (Tablo 2). Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Çevik ve ark (2020) çalışmasında ise hemşirelerin %49,1'i hasta teslimi esnasında hasta yakınlarının bulunmasını bir engel olarak görmekte idi. Çalışmamızla uyumlu olarak Tuğrul ve Şahbaz (2021)'in çalışmasında iş yoğunluğu (%69,5) ve gürültünün (%60,5) ilk iki sırayı oluşturmakta olduğu görüldü. **Nöbet tesliminde hastanın adı-soyadı (%75,7), tedavi planı (%78,4) ve yaşamsal bulgular (%62,2)** olmak üzere sadece üç verinin en çok kullanıldığı

görüldü (Tablo 2). Birey merkezli ve bütüncül bir değerlendirme sunmadan yapılan teslimler nedeniyle hasta güvenliğinin tehdit altına girdiği literatürde de vurgulanmaktadır. Bu amaçla bütüncül ve sistematik bir şekilde, bireyin tedavi ve bakımına özgü verilerin de aktarılmasını sağlayan modellerin geliştirilmesine gereksinim duyulmuştur.

Bu amaçla geliştirilen modellerden biri olan **SBAR iletişim modelini çalışmaya dahil edilen hemşirelerin daha önce duyup duymadıkları sorgulandığında sadece %21,6'sının duyduğu, çoğunluğunun eğitim hayatında bilgi sahibi olduğu, ancak %91,9'unun SBAR iletişim modelinin açılımına doğru cevap verdiği belirlendi** (Tablo 2). Cerrahi hemşirelerinde yapılan çalışmada da hemşirelerin %20,3'ünün SBAR hakkında bilgi sahibi olduğu, %66,7'sinin SBAR iletişim modelinin açılımını bildiği gözlemlendi (Vatan 2019). Yine yapılan başka bir çalışma da da hemşirelerin %15'i SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi olduğunu dile getirdi (Chetwood Garg and Burton 2018). SBAR ile ilgili bilgi sahibi olan hemşire sayısının bu kadar az olmasına karşın modelin açılımının hemşireler tarafından doğru cevap verilmesi dikkat çekici olarak karşımıza çıkmakta idi.

5.2. HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİ İLE HHİ VE SBAR GERİ BİLDİRİM FORMUNUN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan hemşirelerin iş birliği düzeylerinde uygulama öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen, alınan puan ortalamasının son testte gözle görülür bir şekilde yükseldiği görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin HHİ ölçeği genel olarak yüksek düzeyde idi (**ön test HHİ 79,11±9,81, son test HHİ 80,35±9,80**) (Tablo 3). İş birliğine etki eden faktörlerin hemşirelerin bireysel özelliklerinden bağımsız olduğunu gösterdiği gibi, çalışma ortamı kaynaklı olabileceği, çalıştıkları kliniklerden memnuniyet düzeylerinin yüksek olması ihtimalini de düşündürdü. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da hemşirelerin iş birliği puan ortalamasının yüksek olduğu görüldü (Ylitörmänen et al 2019, Lee and Hwang 2019, Ghasemi, Ghafourifard Hassankhani, Dehghannezhad 2021). Yurt içinde son yıllarda yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldı (Çelik Durmuş

ve Yıldırım 2018, Aktaş 2020, Hatip ve Seren Harmacı 2021, Yiğit Avcı ve Yılmaz 2022, Çavuşoğlu ve Gün 2022). Hemşirelik profesyonel sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev yapan ve çalışma süresince kendi meslektaşları ve diğer meslekler ile ortak amaca, bireye hizmet etme amacına sahip olması bu bulgunun nedeni olarak göz önüne alındı.

HHİ ölçeği ile klinikler arasında ve zamana göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (Tablo3, Tablo 4). Kliniklerde ki uygulamaların eş düzeyden başarı göstermesini sağlaması amacıyla olumlu olarak değerlendirildi. HHİ ölçeği ile sosyodemografik verilerden yaş, eğitim durumu, meslekte, kurumda ve birimde çalışma süresi arasında da anlamlı farklılık olmadığı (Tablo 5, Tablo 6) **ancak hemşirelerin haftalık çalışma saati ile HHİ son test çatışma yönetimi alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlendi (Tablo 6)**. Hemşirelerin haftalık çalışma süresine göre çatışma yönetimi konusunda zorluk yaşadığı, bu durumunda aslında en düşük puana sahip olan iletişim alt boyutunu açıkladığı aynı zamanda haftalık çalışma saatinin fazla olmasının bir sonucu olarak hemşirelerin iş yükünün, yorgunluğunun arttığı ve dikkatinin azalabileceği düşünüldüğünde hemşire iş birliğinin de olumsuz etkileneceği varsayıldı. Çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak Unaç Koçak (2019), Çavuşoğlu ve Gün (2022) ile Yiğit Avcı ve Yılmaz (2022) çalışmalarında da eğitim durumunun HHİ düzeyini etkilemediği tespit edildi. Ancak bazı çalışmalarda ise eğitim durumu HHİ düzeylerini etkilediği görüldü (Çelik Durmuş ve Yıldırım 2018; Aktaş, 2020; Karadaş, Doğu and Kaynak 2022). Bu çalışmalar ile bizim çalışmamız arasındaki bu farklılığın örneklem farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yaş ile hemşire iş birliği arasında farklı sonuçlar karşımıza çıkmakta olup Al-handam ve ark. (2021) çalışmasında yaş ile HHİ ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiş olup çalışmamızla benzer özelliktedir. Bunun aksine Gün ve Çavuşoğlu'nun (2022) araştırmasında 33-45 yaş aralığında yer alan hemşirelerin HHİ ölçeği ve alt boyut puanları, 23- 33 yaş aralığında yer alan hemşirelerden daha yüksek bulundu. Zengin (2021)'in Samsun'da yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşı, mesleki deneyim ve kurumda çalışma süreleri ile koordinasyon algıları arasında pozitif yönlü ve çok zayıf ilişki tespit edildi. Deveci (2020)'nin Ankara şehir hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada yaşlarına göre problem çözme puanları açısından anlamlı farklılık tespit

edilmiş olup 27-29 yaş grubunda olan hemşirelerin problem çözme puanları, 30 yaş ve üzerinde olanlara göre daha yüksek idi.

Hemşirelerin işbirliği düzeyleri incelendiğinde en yüksek ortalama puanın “Profesyonellik” alt boyutunda, en düşük ortalama puanın ise “iletişim” alt boyutunda olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Türkiye’de lisans düzeyinde eğitim alan hemşire sayısının artması ile profesyonellik düzeyi de artmaktadır. Yükseköğrenim ile mesleki yetkinlik kazanan hemşireler, diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde çalışmaktadır (Çelik Durmuş ve Özsoy 2022). Çalışmaya katılan hemşirelerin tamamına yakınının lisans düzeyinde eğitim almış olması **profesyonellik** alt boyutundan yüksek ortalamaya sahip olunmasını açıklamaktaydı. Profesyonellik ve mesleki farkındalık hemşire işbirliği açısından oldukça önem arz etmektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde farklı sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Çelik Durmuş ve Yıldırım (2018), Ylitörmanen ve ark (2019), Hatip ve Harmancı Seren (2021), Ghasemi ve ark (2021), Çelik Durmuş ve Özsoy (2022)’un çalışmalarında profesyonellik alt boyutunun yüksek olduğu görüldü. Ancak Çavuşoğlu ve Gün (2022), Yiğit Avcı ve Yılmaz (2022), Zengin (2021)’in Samsun’da, Aktaş (2020)’in Adana tıp fakültesi hastanesi hemşireleri üzerinde yapmış oldukları çalışma da ise en yüksek ortalamanın çatışma yönetimi alt boyutunda olduğu görüldü. Hassona ve El- Aziz (2017) Mısır yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise en yüksek puan ortalamasının iletişim alt boyutunda olduğu görüldü. Bu sonuç bulgularımızla benzerlik göstermekteydi.

Sağlık bakım hizmeti esnasında hemşire iş birliğini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin başında iletişim gelmektedir. Hemşireler arasındaki iletişim problemleri tıbbi hataların ana nedenlerindendir. Bu hatalar hasta bireylerin hastane kalış süresinde uzama, mortalite ve morbiditenin artması ve hatta birçok hukuksal problemlere neden olmaktadır (Ylitörmanen et al. 2019). Profesyonel sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşirelerin bakım sürecini etkin bir şekilde gerçekleştirmeleri için hem kendi meslektaşları ile hem de diğer ekip üyeleri ile iletişim içerisinde olması önemlidir. Etkin iletişim sağlanamadığı durumlarda hasta bakım kalitesi ve hizmet olumsuz etkilenmektedir. Bu sebeple sağlık ekibi arasında iletişim oldukça

önemlidir (Türe Yılmaz ve Yıldırım 2018, Çelik Durmuş ve Özsoy 2022). **Çalışmaya katılan hemşirelerin “iletişim” alt boyunda düşük puan ortalamasına** sahip olması olumsuz bir sonuç olarak ele alındı (Tablo 3). Çalışmanın Batı Karadeniz bölgesinde yer alan bir ilin merkezindeki tek hastane olması nedeniyle yoğun çalışma saatleri, hasta sayısının fazlalığı, düşük iş doyumu ve dolayısıyla ekip içi iletişim sorunlarından kaynaklanabileceğini düşündürdü. Maalesef ki yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmalarda da hemşire iş birliğinde en düşük ortalamanın iletişimde olduğunu gösteren çalışma sonuçları olduğu da görüldü (Aktaş 2020, Hatip ve Harmancı Seren 2021, Zengin 2021, Ghasemi et al. 2021, Çavuşoğlu ve Gün 2022, Çelik Durmuş ve Özsoy 2022).

Katılımcılara SBAR iletişim modeline göre hazırlanmış olan hasta teslim formunun kullanımı ile ilgili deneyimlerini geri bildirim formu ile değerlendirmeleri beklendi. Formda **“SBAR iletişim tekniğini kullanmam çok kolay oldu”, “SBAR iletişim aracını kullanmamız, diğer ekip üyeleri tarafından da olumlu bulundu”, “Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracını kullanmaya devam etmek istiyorum” sorularına katılımcıların hepsinin hayır ifadesini kullanması dikkat çekici bir sonuç olarak karşımıza çıkmakta idi** (Tablo 7). Aslında SBAR iletişim tekniği genel olarak iletişim için başarılı bir çerçeve sağlamakta, dolayısıyla hemşire-hemşire iletişimini arttıracak bildirilmektedir (Burgener 2020). Cengiz ve Seren İntepeler (2021)’in bir üniversite hastanesinin iki cerrahi üç dahiliye kliniğinde, Demir ve Hotun Şahin (2014) kadın doğum kliniğinde yaptığı çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun aynı sorulara hayır cevabını vermesi çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermekteydi. Çalışma sonucumuzun aksine özel bir hastanede yapılan çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun iletişim aracını benimsedikleri görüldü (Siew Eng, Teh Gek and Mani 2017). Lupei ve ark. (2021) Kardiyovasküler yoğun bakım ünitesinde standartlaştırılmış hasta teslim formunun etkinliğini inceledikleri çalışmasında çalışanların memnuniyet düzeylerinin zamanla birlikte arttığı görüldü. Özdemir Özleyen (2022) çalışmasında özel bir hastanede hemşirelerin %90,32’si SBAR hasta teslim formunu kullanmakta zorluk yaşamadığını dile getirdi. Çalışmada SBAR iletişim tekniğinin kullanımının hemşireler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmesinin nedeni olarak kliniklerin yoğunluğu ve mevcut uygulamanın daha kolay olduğu düşünüldü. Üstelik çalışma

için üç aylık bir süre ayrılması mevcut uygulamaya alışan hemşirelerin yeni bir uygulama modeline geçmeleri için daha fazla zamana ihtiyaçları olduğunu düşündürdü. Ayrıca Türkiye’de genel olarak SBAR hasta tesliminin özel kurumlarda daha çok uygulandığı, kamu kurumlarında yaygın olmadığı, yurt dışında da yaygın olarak kullanıldığı düşünülürse çalışmanın bu verisi şaşırtıcı değildi.

SBAR geri bildirim formunda hemşirelerin **%64,9’u SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyemeyeceğini düşündüğünü ifade etti** (Tablo 7). Bu sonuç Cengiz’in (2019) çalışması ile benzer sonuç göstermedi. Ancak Fabila ve ark (2016) çalışmasında ise; SBAR iletişim modelinin sözel iletişimde meydana gelebilecek hataları önlediği belirlendi. SBAR iletişim modeline göre oluşturulmuş hasta devir teslim protokolüne yönelik algının ölçüldüğü başka bir çalışmada ise, devir teslim hata deneyimlerinin önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir (Sonali and Kaur 2020). Yapılan birçok çalışmada iletişim modeli ile yapılan hasta teslimlerinin tıbbi hataları azalttığı belirtilmiştir (Randmaa Mårtensson, Leo Swenne, Engström 2014, Nagammal, Nashwan, Nair and Susmitha 2016, Ting Peng Lin and Hsiao 2017, Mulfiyanti and Satriana 2022). Literatür verisine rağmen hemşirelerin çoğunluğunun olumsuz düşünmesinin model ile teslimin ek iş yükü olarak algılandığını düşündürdü.

Çalışmamızda iletişim modeli ile oluşturulan hasta teslim formunun **hasta ile ilgili bilgileri eksiksiz ve tam olarak iletmediğini düşünen hemşire oranı % 70,3** (Tablo 7) olup Cengiz’in (2019) çalışması ile benzerlik göstermekte idi. Konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda genel olarak SBAR formunun hasta tesliminde zaman kaybına neden olduğu düşünülmektedir (Demir ve Hotun Şahin 2014, Cengiz 2019, Öztürk 2022). Fakat çoğunlukla yurtdışında yapılan çalışmalarda ise teslim süresini kısalttığı (Cornell Townsend Gervis, Yates and Vardaman 2014, Nagammal et al. 2016, Zhang, Xu and Han 2022), bu durumun aksine bazı çalışmalarda teslim süresini değiştirmedeğini (Funk et al 2016, Uhm, Lim and Hyeong 2018); bazı çalışmalarda ise uzadığı sonucuna varıldı (McCorry et al 2012). Çalışmada formun doldurulması ve teslim esnasındaki formun kullanım süresi dakika olarak değerlendirilmemesine rağmen, hemşireler formun kendilerine zaman kaybettirdiği algısı ile sürenin fazla olduğunu düşündürüyor olabilir. Genel olarak hasta ad, soyad,

tanı ve temel klinik bilgiler ile gerçekleştirilen teslim sürecinde model ile sistematik ve bütüncül teslim yapılması mevcut uygulamaya göre daha fazla sürede gerçekleştirildiği söylenebilir.

SBAR iletişim aracının hemşirelerin işini daha iyi yapmaya yardımcı olmadığı (%83,8), ekip iletişimine katkı sağlamadığı (%94,6) ve nöbet teslimine olumlu yönde katkısının olmadığı (%73) belirlendi (Tablo 7). Ülkemizde SBAR iletişim modeline göre yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Cengiz (2019) ve Hotun ve Şahin'in (2014) çalışmaları ile benzerlik göstermekte idi. Bunun aksine Özdemir Özleyen'in (2022) çalışmasında hemşireler bilgi aktarımı ve kalitesini artırma (%50), verimliliği artırma (%44,2) ve hasta güvenliğini artırmada (%35) SBAR formunun etkili olduğunu bildirdi. Kore'de yapılan bir çalışmada ise SBAR iletişim modeli kullanımı sonrası hemşirelerin bilgilerinin doğruluğu ve anlaşılabilirliğini arttığı görüldü (Kim and Kim 2018). Tayvan'da doğum kliniğinde yapılmış bir çalışmada SBAR iletişim aracının hasta teslimine olumlu katkı sağladığı ve ekip iletişimini güçlendirdiği görüldü (Ting et al 2017). Nagammal ve ark (2016) çalışmasında da hemşireler nöbet teslimi için SBAR iletişim modeline uygun formun kullanımını çok faydalı bulduklarını, SBAR kullanımının “düşüncelerini düzenlemelerine” ve verileri düzene sokmalarına yardımcı olduğunu, iletişim için başarılı bir çerçeve sağladığını bildirdi. Yeni oluşturulan forma uyum zorlukları ve değişime uyum açısından yeterli sürenin geçmemiş olması SBAR iletişim aracının getirdiği katkının farkındalığını olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızın yapıldığı dönemde hemşirelerin **%51,4'ü advers olay yaşamadığını dile getirdi** (Tablo 7). Bu sonucun aksine Cengiz (2019) çalışmasında formun kullanıldığı dönemde hemşirelerin %84,61'inin advers olay yaşamadığını belirtti. Uhm ve ark (2018), SBAR kullanımı sonrası, devir teslimle ilgili hataların oranının %51,2'den %32,4'e düştüğünü saptadı. Hasta teslimi esnasında kullanılan **SBAR iletişim modelinin diğer ekip üyeleri tarafından da kabul görmesi gerektiği (%67,6) belirlendi** (Tablo 7). Literatürdeki diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (Demir ve Hotun Şahin 2014, Cengiz 2019, Shaid et al 2022, Murphy et al 2022).

Çalışmamızda SBAR geri bildirim formunun sosyodemografik verilerle ilişkisine bakıldığında ise; **nefroloji kliniğinde “SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.” maddesine evet oranı nöroloji kliniğine göre daha yüksek idi** (SBAR GB 2) (Tablo 8). Advers ilaç reaksiyonu bir ilacın normal dozlarda kullanıldığında görülen istenmeyen reaksiyonlardır ve hastalarda önemli mortalite ve morbiditeye neden olur (Tiftik, Duman, Ün 2019). ABD’de advers etki ile ölüm nedeni 4. sıklık ölüm olarak açıklanmış, ABD ve Avustralya için advers etkilerin hasta yatışındaki etkisinin, hastaneye tüm yatışların % 4-6’sından sorumlu olduğu belirtilmiştir (Eskin 2019). Nefroloji kliniği 3. Basamak sağlık hizmeti sunan oldukça kapsamlı uygulamaları bulunan (ör: diyaliz çeşitleri, akut- kronik böbrek yetmezliği, böbrek nakil öncesi ve sonrası bakım) bir klinikdir. Diğer kliniklere göre kullanılan ilaçların daha akılcı ve hasta güvenliğini riske atmayan prosedürle uygulanması gereken özelliktedir. Bu nedenle nefroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında bilgi sahibi oldukları düşünüldü.

Klinikler bakımından **nefroloji kliniğinde “SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektiriyor.” maddesine evet diyenlerin oranı dahiliye ve nöroloji kliniğine daha yüksek idi** (Tablo 8). Hemşirelik, iletişimin birçok boyutu ile çok önemli olduğu bir meslektir. İletişimin yetersiz ve etkin olmayan hali, hemşire-hemşire iş birliğinin ve ekibin etkin çalışmasının yanı sıra, sunulan bakımın kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Hatip Harmancı Seren 2021). Nefroloji Kliniğinde daha kritik hastaya bakım ve tedavi hizmet verilmesi nedeniyle hemşirelerin hem kendi aralarında hem de diğer sağlık çalışanlarıyla hemde hasta ve yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olmalarından dolayı SBAR’ın hasta tesliminde kullanılmasında ekip üyelerinin de desteğine ihtiyaç olduğu düşüncesini desteklemektedir.

5.3. HHİ ÖLÇEĞİNİN SBAR GERİ BİLDİRİM FORMU İLE KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelik hizmetlerinin kalitesi sağlık hizmetlerinin kalitesinin temel göstergesidir aynı zamanda hasta güvenliği ile bağlantılıdır. Hasta güvenliğinin amaçlarından biri,

etkili iletişim sağlayarak istenmeyen olayların sayısını en aza indirmektir. Etkili iletişim yöntemlerinden biri, SBAR iletişim modelidir. Model ile eleştirel düşünme becerisi ile hasta bakım sürecinde zamanın etkin ve verimli kullanılması sağlanmaktadır (Mulfiyanti and Satriana 2022). Yapılan bir çalışmada etkili iletişim kullanmanın işini ve hesap verilebilirliği kolaylaştıracağı belirtilmiştir (Fadlia 2020). SBAR yöntemiyle etkili iletişim, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda diğer meslektaşları ve sağlık profesyonelleri ile arasındaki işbirliğini kolaylaştırır. Hasta güvenliği hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik yapılan araştırmalarda iş birliğinin artırılması için etkili iletişim olması gerektiği vurgulanmıştır (Uhm, Ko and Kim 2019).

Nöbet teslim süreci, hemşirelerin günlük klinik uygulamalarında önemli bir rol oynar. Hemşirelik devir teslimleri sırasında, bir hastanın bakımına yönelik sorumluluk ve mesuliyet bir hemşireden diğerine aktarılır. Bu süre zarfında çok sayıda hastaya özel bilgi devredilir. Hasta bakımı sorumluluğunun devri ve kabulü, başarılı iletişim yoluyla sağlanır (Ghosh et al. 2021). Nöbet teslimi aynı zamanda iletişim kaynaklı hataların en çok yaşandığı ve sürecin etkisizleşmeye en açık olduğu zaman dilimidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında etkili iletişimi kolaylaştırmaya yardımcı olacak açık ve özlü formatta bilgileri düzenlemek için iletişim modelleri kullanılması önerilmektedir. SBAR'ın en sık kullanılan devir teslim aracı olduğunu yapılan çalışmalarda bildirmiştir (Uhm et al 2018, Shahid ve Thomas 2018).

Çalışmamızda SBAR geri bildirim formu ile HHİ ölçeği karşılaştırmasında iletişim ve çatışma yönetimi ölçek maddeleri ile geri bildirim formu arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü. Hemşireler diğer sağlık çalışanları ve hasta yakınları ile yakın iletişim halinde olan bir meslek grubu olması nedeniyle sıklıkla çatışmalarla baş etmek durumunda kalmaktadır (Çabuk 2021). Hemşirelerin yaşamış oldukları bu çatışmaları etkili şekilde yönetememesi sonucu uzun vadede duygusal tükenmişlik hissi yaşamalarına, kurumsal ve mesleki ilişkilerinin zarar görmesine, duyarsızlaşma, kişisel motivasyon ve başarı seviyelerinde düşme yaşamalarına neden olmaktadır (Göçen 2021). Hemşireler tükenmişliğe maruz kalma konusunda en yüksek risk altında olan meslek grubunda yer almaktadır. Çünkü meslek gereği hemşireler hastalık, güçsüzlük, yalnızlık, ölüm gibi durumlarla çok sık karşı karşıya kalmakta

olup bunları yaşayan bireyleri tekrar sağlıklarına kavuşturmak için çalışmaktadır (Bilben 2020). Sağlık hizmetinin kesintisiz olarak devam etmesi çalışma ortamıyla alakalı birçok nedenden dolayı hemşireler yoğun strese maruz kalmaktadır. Bu durumun hemşirelerin tükenmişliğine etken olduğu düşünülmektedir (Akyüz 2015). Hemşireler için tükenmişlik nedenleri arasında; rol atışması, iş tanımı belirsizliği, insan hayatının söz konusu olması nedeniyle hatayı kabul etmemesi, yoğun teknoloji kullanımı, hasta, hasta yakını ve diğer ekip yeleri ile yoğun iletişim halinde olmaları, kişiler arası çatışmaya müsait ortamlarda çalışılması bu nedenler arasında sayılabilir (Bilben 2020). Son yıllarda ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da vardiyalı olarak çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Gündüz Hoşgör ve ark. 2021, Arslan Çağatay Savaş 2023).

5.4. KLİNİKLERİN SBAR HASTA TESLİM FORMU KULLANIM DURUMUNA İLİşKİN BULGULARIN TARTIşILMASI

Yapılan literatür araştırmasında Türkiye’de SBAR hasta teslimini ele alan üç farklı çalışmaya rastlanıldı. Kamu ve niversite hastanesinde SBAR hasta tesliminin hastane rutinde yer almadığı sadece belirli kliniklerde kullanıldığı, özel bir hastanede yapılan çalışmada ise hastane genelinde kullanılan iletişim yönteminin değerlendirildiği görüldü. Özel hastane ve bir kadın doğum kliniğinde yapılan çalışmada hemşirelerin SBAR hasta teslimi ile ilgili geri dönüşlerinin olumlu olmasına rağmen niversite hastanesinde yapılan çalışmada ise hemşirelerin iş yükü nedeniyle SBAR hasta teslimini tercih etmedikleri görüldü (Hotun ve şahin 2014, Cengiz 2019, zdemir zleyen 2022). Özel hastanede elde edilen bu sonucun kurumda çalışan hemşirelerin uygulamalara riayet etmek zorunda kalmalarından kaynaklı olduğu düşünüldü.

Çalışmaya dahil edilen nefroloji, nöroloji ve dahiliye kliniğinde SBAR iletişim modeliyle hazırlanan hasta teslim formunun kullanım düzeyleri incelendiğinde; Formun S (Situation) kısmının en çok nefroloji kliniğinde (%76,3), B (backgorund) bölümünün en çok dahiliye kliniğinde (%69,9), A (asssesment) ise %63,6 ile nefroloji kliniğinde ve son olarak R (recommedation) basamağının ise %96,2 ile dahiliye kliniğinde doldurulduğu görüldü. Totalde klinikler tarafından en çok

doldurulan bölümün %90,4 ile R (recommedation) “öneri “ kısmı olduğu, en az kullanılan bölümün ise %59,1 ile A (assessment) “değerlendirme” olduğu belirlendi (Tablo 17). Çalışma bulgularımızla kısmen benzer olan Cengiz ve Seren İntepeler’in (2021) çalışmasında da en az kullanılan bölümün “değerlendirme” olduğu, en çok doldurulan bölümün ise “durum” olduğu görüldü. Kliniklerde formun kullanımı gözlemlendiğinde en çok nefroloji kliniğinde kullanıldığı belirlendi (Tablo 17). Klinik sorumlu hemşiresinin formun kullanımı konusunda ekip arkadaşlarını motive etmesi, sorumlu hemşirenin yeniliklere açık, hasta güvenliği ve kalite konusunda farkındalığının yüksek olması nedeniyle formun kullanım oranının fazla olduğu düşünüldü. Formun üçüncü basamağında yer alan A (Assesment) bölümünün en az doldurulma nedeni hemşirelerin hastayı değerlendirme adına formda yer alan bazı parametreleri HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) üzerine, hemşire gözlem formuna vb alanlarda da kayıt altına aldığı için formun bu bölümünün kullanım oranının düşük olduğu tahmin edildi. R basamağının en çok doldurulan alan olması bakımın devamlılığının sağlanması için önem arz etmektedir. Bu basamağın doldurulma oranının yüksek olması sevindiriciydi. Hemşireler R basamağında yer alan parametreleri çalışma öncesinde de nöbet tesliminde özellikle değindiği konular arasında yer aldığı için bu basamağın en çok doldurulan basamak olduğu düşünüldü. İlerleyen dönemde SBAR formunda elektronik ortama aktarılması formun daha etkin doldurulmasını sağlayabilir.

Literatürde SBAR hasta tesliminde kullanımıyla ilgili yapılan çalışmalarda istenmeyen olayların azaldığı, devir sırasındaki eksiklikleri ve hataları azalttığı belirlendi (Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne, Engström 2014; Li, Zhao and Fu 2022). Acil hemşireleriyle yapılan çalışmada SBAR hasta teslimi ile advers olayların %23,1’den %8.1’e düştüğü ve hatalı hasta teslimi oranında azalma olduğu görüldü (Li et al 2022). Anestezi kliniklerinde yapılan bir başka çalışmada ise SBAR uygulanması ile iletişim kaynaklı hataların %31’den %11’e düştüğü belirlendi (Randma et al 2014).

Nöbet teslimi esnasında eksik veya yanlış bilgi verilmesi gibi durumlarda hasta teslimi verimsiz hale gelmekte bu durum hem hasta hem de personel için tehlikeli durumlara yol açabilmektedir. Nöbet tesliminde standardizasyonun olmadığı

durumlarda, alakasız, alıntısız ve tekrarlayan bilgi ile süreç engellenmektedir (Funk et al 2016, Ernst, McComb, Ley 2018). Nöbet teslim süreci hemşireler için günün yoğun saatlerinde, zaman kısıtlılığı ve dikkatinin dağılmaya elverişli zaman diliminde gerçekleşmekte bu nedenlerden ötürü nöbet teslimleri iletişim yöntemleri ile standart haline getirilmelidir (Uhm et al 2018). Ülkemizde SBAR hasta tesliminin özel ve üniversite hastanelerinde uygulanmasına karşın yurt dışında kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasından dolayı konu ile ilgili yurt dışı çalışma verisi oldukça fazladır. SBAR hasta teslimi sadece kliniklerde hasta teslimi için kullanılmamakta olup yoğun bakım ünitelerinde (Scolari et al. 2021, Murphy et al. 2022, Abbaszade et al 2021), post op hasta tesliminde (Zhang, Xu Han 2022, Kalthof et al 2022), acil kliniğinde (Al- Sabri et al 2022, Li et al. 2022), telefonda hastayla ilgili bilgilerin diğer sağlık çalışanına iletilmesinde (Routhly et al 2023), hastanın hastane içi başka bir birime tesliminde veya kurumdışı teslimlerde kullanılabilen bir iletişim modelidir. Ülkemizde bu modelin kullanılabilirliği konusunda farklı alanlarda çalışmalar yapılması ve uygulamanın yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dahiliye kliniklerinde SBAR hasta teslim formunun hemşirelerin iletişim ve işbirliğine etkisini belirlemek amacıyla 24 Ocak-31 Mart 2023 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi Nefroloji, Dahiliye ve Nöroloji klinikleri çalışmaya dâhil edilmiş olup bu kliniklerde hasta tesliminde SBAR hasta teslim formu kullanılmıştır. Çalışmaya bu bölümlerde çalışan 37 hemşirede dahil edilmiştir.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının $28,03 \pm 4,66$ olduğu, %94,6'sinin kadın olduğu, %81,1'inin lisans mezunu olduğu, ortalama $4,78 \pm 4,43$ yıl mesleki deneyime, $3,32 \pm 2,48$ yıl kurum deneyimine, $2,73 \pm 1,90$ yıl birimde çalışma deneyimine sahip olduğu, %89,2'sinin vardiyalı çalıştığı ve haftalık çalışma süresinin ortalama $48,86 \pm 8,80$ saat olduğu görüldü.
- Hemşirelerin günlük ortalama $19,22 \pm 11,76$ hastaya bakım verdiği, %54,1'inin meslek hayatı süresince nöbet teslimi ile ilgili eğitim aldığı, %70,3'ünün hasta teslimini sözel olarak yatak başında gerçekleştirdiği, teslim süresinin ortalama $31,49 \pm 12,13$ dk sürdüğü, %64,9'u hasta tesliminde teslim eden ve teslim alan hemşirenin teslim katıldığını, hasta teslimi nasıl olmalıdır sorusuna %54,1'inin sözel hasta başı olmalı cevabını verdiği, %73,0'ü nöbet teslimini yatan hasta listesine kayıt ettiği tespit edildi.
- Hasta teslimine engel olarak %94,6'sının gürültü cevabını verdiği, %78,4'ünün nöbet tesliminde tedavi planı ve yapılan testlere değindiği, %78,4'ünün SBAR iletişim modelini daha önce duymadığını, %91,9'unun SBAR açılımına doğru cevap verdiği saptandı.
- Hemşire- hemşire iş birliği düzeyinin zamana karşı farklılık göstermediği ve sosyo demografik veriler karşılaştırıldığında haftalık çalışma saati ve son test çatışma yönetimi alt boyut hariç farklılık bulunmadığı tespit edildi.
- Hemşirelerin SBAR hasta teslim formu ile ilgili olumsuz geri bildirimlerinin olduğu görüldü.

- SBAR geri bildirim formu ile sosyo demografik verilerin karşılaştırmasında cinsiyet, eğitim durumu, çalışma şekli, birimde çalışma süresi ile haftalık çalışma saati arasında farklılık bulunmadığı anlaşıldı.
- Nefroloji kliniğinde “SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.” maddesine evet oranının nöroloji kliniğine göre daha yüksek olduğu belirlendi.
- Nefroloji kliniğinde “SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektiriyor.” maddesine evet diyenlerin oranı dahiliye ve nöroloji kliniğine göre daha yüksek olduğu görüldü.
- Meslekte ve kurumda çalışma süresi ortalamasının “SBAR iletişim aracı kullandığım dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşanmadı.” maddesine hayır diyenlerin oranı evet diyenlere göre daha yüksek olduğu görüldü.
- Yaş ortalaması bakımından “SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektiriyor.” maddesine hayır diyenlerin oranı evet diyenlere oranla daha yüksek olduğu belirlendi.
- Formun kliniklerde kullanım oranlarına bakıldığında en çok nefroloji kliniğinde kullanıldığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İletişim modeline göre hazırlanan formun kullanımı ile ilgili özellikle kamu kurumlarında çalışmalar yapılması,
- Kliniklerde uygulama sonrası geçmişe yönelik tıbbi hata oranlarının incelenmesi,
- SBAR iletişim aracını uygularken zaman tutularak teslim süresi yönünden değerlendirilmesi,
- Teslim sürecinin önemi ve nasıl olması gerektiği konusunda yeni başlayan hemşireye oryantasyon eğitimi düzenlenmesi
- SBAR iletişim modelinin lisans eğitiminde tüm sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerinde müfredata alınması
- Formun HBYS ile elektronik ortama entegrasyonu
- Hasta ile ilgili önemli ve hayati bilgilerin aktarıldığı devir teslim süreçlerinde yapılandırılmış bir model kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Açar A. (2023). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Yıldız).
- Akın Korhan E, Dilemek H, Mercan S, Uzelli Yılmaz D. (2017). Determination of attitudes of nurses in medical errors and related factors. *International Journal of Caring Sciences* May– August Volume 10 Issue 2
- Aktaş S. (2020). Hemşire-Hemşire İş Birliğinin Değerlendirilmesi: Adana Örneği. Ç.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana (Dr. Öğr. Üyesi Gülşah Kumaş).
- Akyüz İ. (2015). Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 21-34.
- Al- Hamdan ZM, Alyahia M, Al- Maaitah R, Alhamdan M, Faouri I, Al- Smadi AM, Bawadi H. (2021). The relationship between emotional intelligence and nurse-nurse collaboration. *Journal of Nursing Scholarship*, 0:0, 1–8. <https://doi.org/10.1111/jnu.12687>.
- Al Ibrahim M. (2014). Improving Nursing Handoff Process in the Cardiovascular Intensive Care unit. Institute of Leadership Royal College of Surgeons, Published master thesis in Quality & Safety in healthcare management. in Ireland (Zainab Jaber).
- Albayrak S. (2021). Farklı Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Prof. Dr. Ükke Karabacak)
- Alsabri M, Boudi Z, Lauque D, Dias RD, Whelan JS, Östlundh L, Alinier G, Onyeji C, Michel P, Liu SW, Jr Camargo CA, Lindner T, Slagman A, Bates DW, Tazarourte K, Singer SJ, Toussi A, Grossman S, Bellou A. (2022). Impact of teamwork and communication training interventions on safety culture and patient safety in emergency departments: A systematic review. *J Patient Saf.* Volume 18, Number 1, January
- Anderson J, Malone L, Shanahan K, Manning J. (2015). Nursing bedside clinical handover – an integrated review of issues and tools. *J Clin Nurs*, 24(5-6): 662-671. Available from:

- Arslan Ü, Çağatay A, Savaş AY. (2023). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumunun İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14 (37) , 226-246 . DOI: 10.21076/vizyoner.1133729
- Arslanoğlu A. (2019). Etkili iletişimin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi ve iç girişimciliğin aracı rolü: Bir özel hastane uygulaması. *İnsan & İnsan*, Yıl 6, Sayı 21, Yaz, 431-451 DOI: <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.537757>.
- Aslan Y. (2019). Bir Üniversite Hastanesinde Bildirimi Yapılan Tıbbi Hata / Olayların “Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na Göre Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul (Prof. Dr. Mehveş Tarım).
- Avcı K, Aktan T. (2015). Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (2): 48-54
- Aycan A. (2019). Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçülenmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Seda Kumru).
- Bakon S, Wirihana L, Christensen M, Craft J. (2017). Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *Int J Nurs Pract*, 23:e12520. <https://doi.org/10.1111/ijn.12520>
- Başol E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1): 76-93.
- Bayer E, Çevik G. (2019). Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: bir araştırma uygulama hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3): 653-676.
- Bilben GS. (2020). Bir Özel Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Doç. Dr. Yazile Sayın).
- Blom L, Petersson P, Hagell P, Westergren A. (2015). The situation, background, assessment and recommendation (SBAR) model for communication between health care professionals: a clinical intervention pilot study. *Int. J. Caring Sci*. 8 (3), 530–535.

- Bressan V, Mio M, Palese A. (2020). Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *J Adv Nurs*. 76:927–938. <https://doi.org/10.1111/jan.14288>.
- Bressan V, Cadarin L, Pellegrinet D, Bulfone G, Stevanin S, Palese A. (2019). Bedside shift handover implementation quantitative evidence: Findings from a scoping review. *J Nurs Manag*, 27:815-832. <https://doi.org/10.1111/jonm.12746>.
- Bukoh MX, Siah C-JR. (2020). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *J Nurs Manag*, 28:744–755. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- Burgener AM. (2020). Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *The Health Care Manager* Volume 39, Number 3, pp. 128–132 DOI: 10.1097/HCM.0000000000000298
- Burgess A, Diggle C, Roberts C, Mellis C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2):459 <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Caymaz M. (2015). Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4).
- Cengiz G, Seren İntepeler Ş. (2021). Hasta güvenliği iletişim aracına uygun nöbet teslim sürecinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4): 404- 412.
- Cengiz G. (2019). Hasta Güvenliği İletişim Aracına Uygun Nöbet Teslim Sürecinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Prof. Dr. Şeyda Seren İntepeler).
- Cengiz İ, Küçükay A. (2019). Tıbbi malpraktis, tıbbi malpraktisin psikolojik boyutları ve özel hastanede çalışan hekimin tıbbi malpraktisten doğan hukuki sorumluluğu. *TAAD*, Yıl: 10, Sayı: 37.
- Chetwood JD, Grag P, Burton K. (2018). High-fidelity realistic acute medical simulation and SBAR training at a tertiary hospital in Blantyre, Malawi. *Simul Healthc* 13:139-145.
- Chichirez CM, Purcărea VL. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of Medicine and Life*, Vol. 11, Issue 2, April-June pp.119-122.

- Chien LJ, Slade D, Dahm MR, Brady B, Roberts E, Goncharo L, Taylor J, Eggins S, Thornton A. (2022). Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 1413–1430. <https://doi.org/10.1111/jan.15110>.
- Cho S, Lee JL, Kim KS, Kim EM. (2022). Systematic review of quality improvement projects related to intershift nursing handover. *J Nurs Care Qual*, Vol. 37, No. 1, pp. E8–E14 DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000576
- Coleman R. (2018). Improving Nurse-to-Nurse Handover through Implementation of Standardized SBAR. Gardner-Webb University Hunt School of Nursing North Carolina Master of Science in Nursing Degree (Candice Rome)
- Cornell P, Townsend Gervis M, Yates L, Vardaman JM. (2014). Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *Medsurg nursing*, 23(5).
- Çabuk M. (2021). Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelere Göre Yöneticilerinin Çatışma Yönetimi Stilleri Ve Algılanan Stres Düzeyleri. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Deniz Acuner).
- Çakıcı N. (2020). Hekim hemşire iş birliği ve iş doyumunu arasındaki ilişki. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 9(2),175-180. doi: 10.17100/nevbihtek.697252.
- Çalışkan Alkan M. (2020). Hemşirelerin Profesyonellik Tutumlarının Hemşireler Arası işbirliğine Etkisi. Yozgat Bozok Üniversitesi - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat (Dr. Öğr. Üyesi Serpil Çelik Durmuş).
- Çavuşoğlu E, Gün M. (2022). COVID-19 küresel salgını sürecinde iç hastalıkları kliniklerinde hemşire-hemşire iş birliğinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(1):47-56.
- Çelenk O, Topoyan M. (2017). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin problem çözme beceri düzeylerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (4), 251-259.
- Çelik Durmuş S, Özsoy Z. (2022). Bir devlet hastanesinde hemşireler arası işbirliği ve hemşirelerin iş doyumunu düzeyinin incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 10, Sayı: 128, Mayıs 2022, s. 90-101 ISSN: 2148-2489 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.58205>
- Çelik Durmuş S, Yıldırım A. (2018). Hemşireler arası işbirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(3), 210 - 216. 10.5222/SHYD.2018.210.

- Çelik HNB, Öztürk ES. (2023). Hemşirelerin COVID-19 korkusu ve iş yaşam kalitelerinin belirlenmesi: Bir devlet hastanesi örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 101-111. DOI:10.38108/ouhcd.1090265.
- Çelik OG, Arabacı BL, Ejder GB. (2022). Sağlık bakım uygulamalarında tıbbi şikayet olgularının incelenmesi: Retrospektif bir çalışma. *EGEHFD*, 38(2), 109-117. DOI:10.53490/eghemşire.1105093.
- Çevik B, Kav S, Uğurlu Z, Doğan N, Karakurt Ç, Erdoğan B. (2020). Hemşirelerin hasta teslimine ilişkin görüşleri. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 1(1): 39-52.
- Dalky HF, Al-Jaradeen RS, AbuAlRub RF. (2020). Evaluation of the situation, background, assessment, and recommendation handover tool in improving communication and satisfaction among Jordanian nurses working in intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs*. 39:339-47.
- Della PR, Aloweni F, Ang SY, Lim ML, Uthaman T, Ayre TC. (2020). Shift-to-shift nursing handovers at a multi-cultural and multi-lingual tertiary hospital in Singapore: An observational studyb. Watson and J. Krieger (eds.), *Expanding Horizons in Health Communication, The Humanities in Asia* 6, https://doi.org/10.1007/978-981-15-4389-0_9
- Demir E. (2019). Yönetim Süreçleri Bağlamında Bilgi evlerinin İncelenmesi: Küçükçekmece Belediyesi Örneği. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Esra Töre).
- Demir S, Şahin HN. (2014). Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: Kullanılan iletişim teknikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (3), 32-37.
- Demirel G, Akgün Ö, Doğaner A. (2020). İntörn öğrencilerin hasta güvenliği tutum ve kültürlerinin tıbbi hata durumlarına etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(2):276-283 <https://doi.org/10.31067/0.2020.266>.
- Deveci H. (2020). Hemşire- Hemşire ve Hekim- Hemşire İş Birliğinin İş Doyumu ve Hasta Bakım Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Prof. Dr. Dilek EKİCİ).
- Dhingra- Kumar N, Brusaferrro S, Arnoldo L. (2021). Patient Safety in the World. L. Donaldson et al. (eds.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*, https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_8

- Dikmen Y, Kara Yılmaz D, Yıldırım Usta Y. (2016). Hemşirelerin otonomi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* Sayı: 8 Doi: 10.17371/UHD.2016823282
- Dougherty MB, Larson EL. (2010). The nurse-nurse collaboration scale. *Journal of Nursing Administration*, 40(1), 17–25.
- Durmuş S, Ekici D, Yildirim A. (2018). The level of collaboration amongst nurses in Turkey. *Int Nurs Rev*, 65(3):450-458.
- Durmuş SÇ, Yıldırım A. (2016). Adaptation to turkish of nurse–nurse collaboration scale. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3521-3528.
- Durukan E. (2019). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışları Ve Çalışma Koşulları. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya (Prof. Dr. Belgin Akın).
- Eberhardt S. (2014). Improve handoff communication with SBAR. *Nursing*, 44(11), 17–20. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000454965.49138.79>
- Emich C. (2018). Conceptualizing collaboration in nursing. *Nurs Forum*, 2018;53:567- 573. <https://doi.org/10.1111/nuf.12287>
- Er ŞN. (2019). Sağlık Çalışanlarının Ve Hastaların Hasta Güvenliği Algısı Ve Tutumu: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Dr.Öğr.Üye Esra Çiğdem Cezlan).
- Erikmen E, Vatan F. (2019). Hemşirelerin bireysel ve mesleki otonomilerinin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, Sayı: 2 Cilt: 6 doi:10.5222/SHYD.2019.36036.
- Ertürk C, Özmen D. (2018). Hemşirelerin profesyonel tutumlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (3), 191-199.
- Eskin HE. (2019). Hemşirelerde Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Farkındalık Oluşturmada Eğitimin Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Prof. Dr. Nefise Bahçecik).
- Eşkin Bacaksız F, Taşkiran Eskici G, Uğuz G, Harmancı Seren AK. (2020). Türkiye’de “hasta güvenliği” konusunda son on yılda (2008-2017) yayımlanan ulusal çalışmaların değerlendirilmesi: Bibliyografik bir inceleme. *JAREN*. 2020;6(3):523-37.

- Fabila TS, Hee HI, Sultana R, Assam PN, Kiew A, Chan YH. (2016). Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. *Singap Med J*. 57(5):242.
- Fadlia, N. (2020). Hubungan Penerapan Komunikasi Sbar Saat Handover dengan Kepuasan Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Rsud Labuang Baji Makassar Skripsi. Stikespanakkukang.Ac.Id, 105. <https://stikespanakkukang.ac.id/assets/uploads/alumni/d9f361f0c6844105c06e317a691f8bbd.pdf>.
- Forde MF, Coffey A, Hegarty J. (2018). The factors to be considered when evaluating bedside handover. *J Nurs Manag*, 26:757–768. <https://doi.org/10.1111/jonm.12598>
- Forsey J, Ng S, Rowland P, Freeman R, Li C, Woods NN. (2021). The basic science of patient-physician communication: A critical scoping review. *Academic Medicine*. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004323>
- Funk E, Taicher B, Thompson J, Iannello K, Morgan B, Hawks S. (2016). Structured handover in the pediatric postanesthesia care unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(1), 63-72.
- Galatzan BJ, Carrington JM. (2018). Exploring the state of the science of the nursing hand-off communication. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 36(10), 484–493. doi:10.1097/CIN.0000000000000461.
- Ghasemi R, Ghafourifard M, Hassankhani H, Dehghannezhad J. (2021). The association of work environments and nurse-nurse collaboration: A multicenter cross-sectional study. *Nurse Media Journal of Nursing*, 11(3), 370-379. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i3.41065>.
- Ghiasee A, Karakaş M. (2022). Gestasyonel süreçte iletişim. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(4), 365-371.
- Ghosh S, Ramamoorthy L, Pottakat B. (2021). Impact of structured clinical handover protocol on communication and patient satisfaction. *Journal of Patient Experience* 1-6 DOI: 10.1177/2374373521997733.
- Gore A, Leasure AR, Carithers C, Miller B. (2015). Integrating hand-off communication into undergraduate nursing clinical courses. *Journal of Nursing Education and Practice* Vol. 5, No. 4 DOI: 10.5430/jnep.v5n4p70.

- Göçen BC. (2021). Yönetici Hemşirelerin Mizah Tarzları İle Çatışma Yönetimi Stratejileri: Hemşireler Tarafından Bir Değerlendirme. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Handan Alan).
- Göksu T. (2017). Yönetimin Fonksiyonları. [http://www.Turgutgoksu.Com/ File upload/Ks7441/File/Yonetiminfonksiyonlari12.Pdf](http://www.Turgutgoksu.Com/File%20upload/Ks7441/File/Yonetiminfonksiyonlari12.Pdf).(Erişim Tarihi: 05.02.2023).
- Güngör S, Akcoba S, Tosun B. (2022). Evaluation of emergency service nurses' patient handover and affecting factors: A descriptive study. *International Emergency Nursing*, 61, 101154.
- Gündüz Hoşgör D, Çatak Tanyel T, Cin S, Bozkurt Demirsoy S. (2021). Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: İstanbul İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* , 8 (2) , 372-386 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/asead/issue/62195/866800>.
- Güven B. (2021). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ve Yetkinlik Düzeylerinin Bakım Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun (Dr. Öğr. Üyesi Seval Ağaçdiken Alkan).
- Güven ŞD, Şahan S, Ünsal A. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumları. *İzlek*, 2019; 2(2): 75-85.
- Halterman RS, Gaber M, Janjua MST, Hogan GT, Cartwright SMI. (2019). Use of a checklist for the postanesthesia care unit patient handoff. *J. perianesth. Nurs. Off. J. Am. Soc. PeriAnesthesia Nurs.* 34 (4) 834–841.
- Hassona FMH, El-Aziz MA. (2017). Relation between nurse-nurse collaboration and missed nursing care among intensive care nurses. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(2), 28-35. <https://doi.org/10.9790/1959-0602092835>.
- Hatip Ö, Seren AH. (2021). Bir üniversite hastanesinde hemşireler arasındaki iş birliğinin hemşirelerin iş doyum düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 181-194.
- Hendekci A. (2020). Cerrahi Ve Dahiliye Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları Ve Bakım Rollerine Oryantasyonlarının Belirlenmesi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu (Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş).
- Hilda H, Setiadi R, Putri Wahyuni E, Supriadi S, Rasmun R, Lorian R, Nurachmah E. (2018). Strengthening patients safety culture through the implementation of sbar communication method. *Health Notions*, 2(8), 856– 861. <https://doi.org/10.33846/hn.v2i8.262>.

- Hunter H, Tara C, Wesley C, Juliane B, Susan H, Paula S, Renaldo B. (2017). Assessing sbar during intraoperative handoff. *Perioperative Care And Operating Room Management*, 6, 7-10.
- Hyun MS, Cho HJ, Lee MA. (2016). Effect of sbar-collaborative communication program on the nurses' communication skills and the collaboration between nurses and doctors. *Journal Of Korean Academy Of Nursing Administration*, 22(5), 518-530.7
- International Council of Nurses 2012
<http://www.abennacional.org.br/images/conteudo/file/ICN%20Code%20of%20Ethics%202012.pdf>. Erişim Tarihi: 08.02.2023.
- International Council of Nurses Patient Safety Global Ministerial Summit 2018 Statement
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Glob%20Minist.%20Pt%20Safety%20Summit_ICN%20statement%20final%20%281%29.pdf. Erişim tarihi: 02.02.2023.
- Işık Andsoy İ, Kar G, Öztürk Ö. (2014). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir alışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1 (1) , 17-27 . DOI: 10.17681/hsp.06267.
- İnstitute For Healthcare Improvement. 2019. SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation.
<https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx/>. Erişim tarihi:15.03.2023.
- İşci N. (2015). Hastanede alışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. A.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum (Danışman: Do.Dr. S Altuntaş).
- James D, Jukkala A, Azuero A, Auutrey P, Vining L, Miltner R. (2013). Development of the medical intensive care unit shift report communication scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Review* , 3:59-65 <https://doi.org/10.2147/NRR.S42000>.
- Joint Commission International International Patient Safety Goals 2017
https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/offerings/other-resources/jci_2017_ipsg_infographic_062017.pdf. Erişim Tarihi: 05.02.2023)
- Kandemir A, Yüksel S. (2020). Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2): 287-297. DOI: 10.17049/ataunihem.659960.

- Karadaş A, Doğu , Kaynak S. (2022). The effect of nurse-nurse collaboration level on job satisfaction. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 7(1), 128-135. doi: 10.4274/cjms.2021.2959.
- Karakurt N, Ekinci M. (2015). Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(4).
- Kardaş Özdemir F, Akgün şahin Z. (2015). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili rneği. *OD Tıp Dergisi*, e139-e144.
- Kaya A, Karataş N, İşler Dalgıç A. (2019). Profesyonellik çerçevesinde hemşirelik bilimi: genel bir bakış. 2nd International Health Sciences and Life Congress Full Text Book-1, 24-27 April, Burdur.
- Kerr D, Klim S, Kelly A-M, McCann T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *International Journal of Nursing Practice*, 22: 89–97 doi:10.1111/ijn.12365.
- Kim MY, Kim KS. (2018). The effect of SBAR communication on nurse's perception about communication and attitudes toward patient safety. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 24(1), 23-33.
- Koralay G. (2021). Cerrahi Birimlerde alışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum Ve Görüşleri: Karma Yöntem alışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara (Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tunçbilek).
- Korkutan M, Kurt ME. (2021). Hasta güvenliği kültürünün türkiye'deki mevcut durumu ve nemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1):19 -31.
- Lee YJ, Hwang JI. (2019). Relationships of nurse-nurse collaboration and nurse-physician collaboration with the occurrence of medical errors. *J Korean Acad Nurs Adm*, Vol. 25 No. 2, 73-82 <https://doi.org/10.1111/jkana.2019.25.2.73>.
- Lemetti T, Stolt M, Rickard N, Suhunen R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: A literature review. *Int Nurs Rev*, 62:248- 266.
- Li X, Zhao J, Fu S. (2022). SBAR standard and mind map combined communication mode used in emergency department to reduce the value of handover defects and adverse events. *J Healthc Eng*. 2022:8475322. 10.1155/2022/8475322.

- Lippke S, Wienert J, Keller FM, Derksen C, Welp A, Kötting L, Hofreuter-Gätgens K, Müller H, Louwen F, Weigand M, Ernst K, Kraft K, Reister F, Polasik A, Huener nee Seemann B, Jennewein L, Scholz C, Hannawa A. (2019). Communication and patient safety in gynecology and obstetrics - study protocol of an intervention study. *BMC Health Services Research*, 19:908 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4579-y>.
- Livorsi D, Knobloch MJ, Blue LA, Swafford K, Maze L, Riggins K, Hayward T, Safdar NA. (2016). Rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. *Int Nurs Rev*. 63(3):372–6.
- Lupei M, Munshi N, Kaizer AM, Patten L, Wahr J. (2021). Implementation and 1 year follow-up of the cardiovascular ICU standardised handover. *BMJ Open Qual* 10(3): 63-65.
- Lupieri G, Creatti C, Palese A. (2016). Cardio-thoracic surgical patients’ experience on bedside nursing handovers: findings from a qualitative study. *Intensive Crit. Care Nurs*. 35, 28–37.
- Ma C, Stimpfel AW. (2018). The association between nurse shift patterns and nurse-nurse and nurse- physician collaboration in acute care hospital units. *Journal of Nursing Administration*, 48(6), 335–341. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000624>.
- Makary MA, Daniel M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139.
- Manias E, Geddes F, Watson B, Jones D, Della P. (2015). Perspectives of clinical handover processes: A multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 80–91. <https://doi.org/10.1111/jocn.12986>.
- Mankan T, Bahçeçioğlu Turan G, Polat H. (2017). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde malpraktis. *HSP*, 4(2):98-104 DOI: 10.17681/hsp-dergisi.276950.
- Maraşlı İ. (2015). Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin İş Doyumuna Etkisi ve İlişkili Faktörler. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.(Dr.Öğr. Üyesi Ebru Erek Kazan).
- McCrory MC, Aboumatar H, Custer JW, Yang CP, Hunt EA. (2012). “ABC-SBAR”training improves simulated critical patient hand-off by pediatric interns. *Pediatr Emerg Care*. 28(6):538–43.
- Moç, T. (2023). Merhamet Yorgunluğunun İş Stresine ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi. Hemşireler Üzerine Bir Araştırma. *Social Sciences Research Journal*, 12 (1), 1-12.

- Moore J, Prentice D, Salfi J. (2017). A mixed-methods pilot study of the factors that influence collaboration among registered nurses and registered practical nurses in acute care. *Clinical Nursing Studies*, vol. 5, no. 4, pp. 1–11,
- Mulfiyanti D, Satriana A. (2022). The Correlation between the use of the SBAR Effective Communication Method and the Handover Implementation of Nurses on Patient Safety. *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*, 2(1), 376-380.
- Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. (2016). “Gearing Up” to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17(83), 1–8. doi:10.1186/s12875-015-0398-3
- Murphy M, Engel JR, McGugan L, McKenzie R, Thompson JA, Turner KM. (2022). Implementing a standardized communication tool in an intensive care unit. *CriticalCareNurse* Vol 42, No. 3.
- Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8:e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202.
- Nagammal S, Nashwan AJ, Nair SL, Susmitha A. (2016). Nurses’ perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *J Nurs Educ Pract*, 7(4), 103-10.
- Narayan MC. (2013). Using sbar communications in efforts to prevent patient rehospitalizations. *Home Healthcare Nurse*, vol. 31 no. 9 DOI:10.1097/NHH.0b013e3182a87711.
- Ndundu LD. (2015). Nurses' perceptions of nurse-nurse collaboration in the intensive care units of a public sector hospital in Johannesburg [dissertation]. Johannesburg: University of the Witwatersrand
- Nenni Ünal F, Kırılmaz H. (2020). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algılarına yönelik bir araştırma. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 28(1):46-54
- Nenni Ünal F. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarına Yönelik Bir Araştırma. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya (Doç. Dr. Harun Kırılmaz)
- O’Connell B, Ockerby C, Hawkins, M. (2014). Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 3(3-4): 560-570.

- Oksay A, Kılıç M, Seyhan M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. *BAİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 19, Sayı: 2/Yaz: 455-476 <https://dx.doi.org/10.11616/basbed.v19i47045.499175>
- Öz M, Özyürek P. (2018). Cerrahi hemşirelerin profesyonel değer algıları ve örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5 (2), 113-122.
- Özdemir Özleyen Ç.(2022). SBAR İletişim Tekniği'ne Göre Yapılandırılmış Hemşire Devir-Teslim Kullanımı İle İlgili Hemşirelerin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Prof. Dr. Hülya Bulut).
- Özen N, Onay T, Terzioğlu F. (2019). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *HSP*, 6(2): 283-92 DOI:10.17681/hsp.451510
- Özkaya İ, Çilhoroz Y, Işık O, Biçer İ. (2022). Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin İş Doyumuna Etkisinin İncelenmesi. 5nd International 15th National Congress on Health and Hospital Administration, Türkiye
- Özlük B, Sur H. (2017). Türkiye’de hemşireliğin profesyonelleşmesi kapsamında değerlendirilmesi ve Avrupa Birliğine uyum süreci: Niteliksel bir çalışma. *Journal of Health and Nursing Management*, Sayı:3, Cilt:4, doi:10.5222/SHYD.2017.098.
- Öztürk S. (2022). Erişkin Covid-19 Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Teslim Formunun Oluşturulması ve Hemşirelerin Forma İlişkin Görüş ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa (Doç. Dr. Adalet Kutlu).
- Palese A, Grassetti L, Destrebecq A, Mansutti I, Dimonte V, Altini P, Bevilacqua A, Brugnolli A, Dal Ponte A, De Biasio L, Fasci A, Grosso S, Mantovan F, Marognolli O, Nicotera R, Randon G, Tollini M, Canzan F, Saiani L, Gonella S. (2019). Nursing students’ involvement in shift-to-shift handovers: Findings from a national study. *Nurse Educ. Today*, 75, 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.001>.
- Petersen HV, Foged S, Nørholm V. (2019). “It is two worlds” cross- sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 28:1999–2008. <https://doi.org/10.1111/jocn.14805>

- Polat H. (2013). Hemşirelerin Problem Çözme Becerileri Ve Atılabilirlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın (Doç. Dr. Fatma Demirkıran).
- Pun J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Front. Psychol.* 14:1021110. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1021110.
- Raeisi A, Rarani MA, Soltani F. (2019). Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *J Edu Health Promot*, 8:173.
- Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 4: e004268. doi:10.1136/bmjopen-2013-004268.
- Rifai A, Afandi AT, Hasanah A. (2019). Bedside nursing handover: Patient's perspective. *Nurseline Journal*, 4(2), 123-130. p-ISSN 2540-7937 e-ISSN 2541-464X
- Rikos N, Linardakis M, Merkouris A, Rovithis M, Philalithis A. (2019). Exploration of the experiences, opinions and attitudes of nurses on inter-shift handover procedures. *Archives Of Hellenic Medicine*, 36(4):515-525.
- Rikos N, Linardakis M, Rovithis M, Philalithis A. (2018). Features of recording practices and communication during nursing handover: a cluster analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 52:e03401. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018006203401>.
- Rut A, Laowo T, Pakpahan M, Octaria M. (2019). The correlation between attitude and motivation with the implementation of sbar communication technique done by emergency room nurses while doing patient handover in a private hospital in west region of indonesia. *Nursing Current Jurnal Keperawatan*, 6(2), 38–46.
- Sağlık Bakanlığı (2018). Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu. <https://www.saglikaktuel.com/d/file/28439,grs2017-sonpdf.pdf> Erişim Tarih: 15.03.2023.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı (2020) Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (Erişim tarihi: 15.03.2023).

- Saygılı M, Özer Ö. (2020). Sağlık çalışanlarında ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* Cilt: 11, Sayı: 27, 444-454.
- Sert H, İlhan P, Okçu P. (2019). Erişkin yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin yatak başı hasta teslimlerinin incelenmesi: standardize edilmiş form gerekli mi? Hemşire görüşleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(3):160-167.
- Shahid S, Thomas S. (2018). Situation, background, assessment, recommendation (sbar) communication tool for handoff in health care – a narrative review. *Safety in Health*, 4:7 <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>.
- Shahid S. Thabane L. Marrin M. Schattauer K. Silenzi L. Borhan S. Thomas S. (2022). Evaluation of a modified SBAR report to physician tool to standardize communication on neonatal transport. *American Journal of Perinatology*, 39(02), 216-224. DOI: 10.1055/s-0040-1715524
- Sharp L, Dahlén C, Bergenmar M. (2019). Observations of nursing staff compliance to a checklist for person-centred handovers—a quality improvement project. *Scand J Caring Sci*, 33(4):892-901. doi:10.1111/scs.12686.
- Sherman J, Sand-Jecklin K, Johnson J. (2013). Investigating bed-side nursing report: A synthesis of the literature. *MEDSURG Nursing*, 22(5), 308–312, 318.
- Sıvacı M. (2017). Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci Hakkındaki Görüşleri ve Deneyimleri. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Prof. Dr. Aysel Badır) .
- Siew Eng H, Teh Gek Kin A, Mani TAP. (2017). Effects of Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) usage on communication skills among nurses in a private hospital in kuala lumpur, *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University*, 2017; 6(2):74-78.
- Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 6. Art. No.: CD009979. DOI: 10.1002/14651858.CD009979.pub2.
- Sonali S, Kaur H. (2020). The Human Factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing quality and safe care. *Journal of Clinical Engineering*, 45(3), 150-154.
- Spooner AJ, Aitken LM, Corley A, Fraser JF, Chaboyer W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: an observational study. *Int J Nurs Stud*, 61:165–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006>.

- Stewart Kathryn R, (2016). SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. Honors Theses.
- Şahbaz F. (2019). Hemşireler Arası işbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi. Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat (Dr. Öğr. Üyesi Serpil Çelik Durmuş)
- Şenoğlu A, Taşpınar A, Karaçam Z. (2020). Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde hasta güvenliği ve ebelerin sorumlulukları. *MKÜ Tıp Dergisi*, 11(40): 66-73 DOI: 10.17944/mkutfd.535827
- Şimşek S, Ceylan B. (2021). Hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.* 12(2): 411-417. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.849356>
- Taşkıran N, Erdem H, Sarı D. (2021). Hasta teslim değerlendirme ölçeği'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi: Metodolojik çalışma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 13(4):879-87.
- Taşkıran N, Sarı D. (2017). Hasta güvenliği açısından önemli bir sorun: hasta teslimi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 14(1), 93 - 97.
- Temuçin E, Dolu İ, Kargın M. (2019). Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği: klinikte çalışan hemşire örnekleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1):1-7.
- Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. (2017). The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 171-174.
- Tiftik N, Duman İ, Ün İ. (2019). Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Farmakovijilans Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirmesi . *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 9 (3), 285-293 . DOI: 10.31020/mutftd.581540.
- Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 243–258. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.01>.
- Tobiano G, Ting C, Ryan C, Jenkinson K, Scott L, Marshall AP. (2020). Front-line nurses' perceptions of intra-hospital handover. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2231-2238.

- Tuğrul E, Khorshid L. (2015). Hemşirelerin önemli işlevlerinden biri: hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 95- 107.
- Tuğrul E, Şahbaz M. (2021). Hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili uygulamaları ve görüşleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5 (1) 13- 25 doi:10.46237/amusbfd.717408.
- Tuna R, Dallı B. (2018). Hemşirelerin nöbet devir teslim etkinliği ve ilişkili değişkenler. *ACU Sağlık Bil Derg*, 9(4):432-437 <https://doi.org/10.31067/0.2018.65>
- Tuncay A. (2021). Hasta Güvenliği Kültürünün ve Hemşirelik Mesleği İle İlgili Faktörlerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi. Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep (Dr. Öğr. Üyesi Meryem Kılıç).
- Tunçel K, Sökmen SM. (2021). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve olay bildirim eğilimi. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2):70-77
- Türe Yılmaz A, Yıldırım A. (2018). İletişim ve bilgi paylaşımı ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 6, Sayı: 70, Mayıs 2018, s. 76-90.
- Uhm JY, Lim EY, Hyeong J. (2018). The impact of a standardized inter-department handover on nurses' perceptions and performance in Republic of Korea. *Journal of nursing management*, 26(8), 933-944.
- Uhm JY, Ko YJ, Kim S. (2019). Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 80, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.034>.
- Unaç Koçak H. (2019). Hemşire–Hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir (Dr. Öğr. Üyesi Aysun Türe Yılmaz).
- Vatan M. (2019). Cerrahi Hemşirelerinde Eğitim Öncesi Ve Sonrası SBAR İletişim Modeli Farkındalığının Değerlendirilmesi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ (Doç. Dr. Tülin Yıldız).
- Wang W, Liang Z, Blazeck A, Greene B. (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 Education Today*, 35(7), 881-887.

- Weller J, Boyd M, Cumin D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* , 90:149–154. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131168.
- Wieke Noviyanti L, Ahsan A, Sudartya TS. (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J. Public Health Res.* 10, 2225.
- Wilson D, Kochar A, Whyte-Lewis A, Whyte H, Lee KS. (2017). Evaluation of situation, background, assessment, recommendation tool during neonatal and pediatric interfacility transport. *Air Medical Journal*, 36(4), 182-187.
- Wiltjer H. (2017). Why collaboraion should count as a core value of nursing. *Nursing Times* [online], 113(12), 47-48.
- Yavuz Van Giersbergen M. Yoltay HE. (2022). Hemşireler arası profesyonel mesleki işbirliği: kanıt temelli uygulamalar. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6 (2) 334-344. Doi: 10.46237/amusbfd.893013.
- Yıldırım Erduranlı K. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Hasta Teslimine Katılma Durumu İle Klinik Karar Verme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kars (Prof. Dr. Yeliz Akkuş).
- Yılmaz B, Oskay Ü. (2021). Perinatal hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(1), 123-132.DOI:10.38108/ouhcd.825864.
- Yiğit Avcı Ş, Yılmaz D. (2022). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler arasındaki iş birliği düzeyinin incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 5(2) 84–93. DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1116121>.
- Ylitörmänen T, Kvist T, Turunen H. (2019). Perceptions on nursenurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, <https://doi.org/10.1111/scs.12669>.
- Yozgat S. (2022). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Alev Yıldırım Keskin).
- Yöyler F. (2019). Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Farkındalıkları ile Raporlama Durumları Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Dr.Öğr. Üyesi Fahriye Vatan Prof. Dr. Şeyda Seren İntepeler).

- Yurtsever İ, Karagözoğlu Ş. (2020). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hastanede kullanılan hemşirelik bakım planını iyileştirme konusundaki görüş ve önerileri: Karma modelde bir çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2020; 7(3): 215-225. DOI: 10.31125/hunhemsire.834055.
- Yüksel A. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme öz değerlendirme sonuçları ve etkileyen faktörler. *Araştırma Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37–49.
- Zengin Ş. (2021). Hemşirelerin Örgütsel Güven Algısının Hemşire-Hemşire İşbirliği Üzerine Etkisi. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan (Dr. Öğr. Üyesi Serap Sökmen).
- Zhang G. Xu L.Han Y.(2022). Reengineering Surgical Patient Transfer and Handover Process in Operating Room. *Journal of Clinical and Nursing Research*, 2022, Volume 6, Issue 6. <http://ojs.bbwpublisher.com/index.php/JCNR>.

EKLER

EK-1 UZMAN GÖRÜŞ FORMU

UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU

SBAR HASTA TESLİM FORMU

Sayın.....

Yüksek lisans tez çalışması kapsamında hazırlamış olduğumuz SBAR hasta teslim formunun değerlendirmeniz için uzman görüşünüze almak istiyoruz. Formun sadece dahili kliniklerde nöbet devir tesliminde kullanılması planlanmaktadır. Formun içeriğinin SBAR hasta tesliminde kullanılmasının yeterli olup olmadığı ve içeriğinin yeteri kadar anlaşılır olup olmadığı hakkında görüşlerinizi form üzerinde *“Üygun Değil - 1 Puan”, “İfadenin Çok Düzeltilmesi Gerekli – 2 Puan”, “Üygun, Ancak Ufak Değişiklikler Gerekli – 3 Puan” Ve “Çok Üygun - 4 Puan”* seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeniz ve cümle ile ilgili öneriniz varsa ilgili cümlelerin devamında açıklamanızı rica ediyoruz.

Katkı ve öneriniz için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Esin KELAĞALAR

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans
Programı

Doç.Dr.Özlem DOĞU

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim
Dalı

SBAR Hasta Teslim Formu	Kapsam Geçerliliği			
	Uygun Değil	İfadenin Çok Düzeltilmesi Gerekli	Uygun Ancak Ufak Değişiklik Gerekliyor	Çok Uygun
SITUATION (DURUM) Öneriniz:				
1- Oda No Öneriniz:				
2- Hastanın Adı Soyadı Öneriniz:				
3- Kliniğe Kabul Tarihi Öneriniz:				
4- Allerji Öyküsü Öneriniz:				
5- Sorumlu Hekimi Öneriniz:				
6- Tıbbi Tanısı/ Şikayeti Öneriniz:				
7- İzolasyon Durumu ☐ Yok ☐ Var..... Öneriniz:				
8- Refakatçısı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet Evet ise: takip ve bakıma katılım sağlıyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet				
9- Eklemek istediğiniz var mı?				
BACKGROUND (ÖZGEÇMİŞ) Öneriniz:				
1- Kronik Hastalık Öneriniz:				
2- Geçirilmiş Operasyonlar Öneriniz:				
3- Kullandığı İlaçlar Öneriniz:				
4- Yeni başlayan tedavi var mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise ☐ kan ve veya kan ürünü ☐ Narkotik ilaç..... ☐ Diğer.....				
5- Hastadan herhangi bir kültür örneği alındı mı? ☐ Hayır ☐ Evet..... Kim tarafından ?..... Sonuç:.....				
6- Hastanın invaziv girişim yapılmaması gereken bir bölgesi var mı ? ☐ Hayır ☐ Evet.....				
7- Takip edilmesi gereken bir ilacı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet..... İlaç..... kaçınıcı gün				
8- Eklemek istediğiniz var mı?				

ASSESSMENT (DEĞERLENDİRME)				
Öneriniz:				
1- Anormal Yaşam Bulgusu ☐ Yok ☐ Var..... Ağrı Puanı:(1-10 arası puan verin) Lokalizasyonu:..... Var ise : Ağrı için birşey yaptınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet Öneriniz:				
2- Bilinç Durumu ☐ Oryante ☐ Desoryante ☐ Konfüze GRS Puanı: Öneriniz:	Göz Yanıtı (1-4) Motor Yanıtı (1-6) Soluk Yanıtı(1-5)			
3- Oksijen İhtiyacı Dk Lt ☐ Evet..... ☐ Hayır Evet ise ☐ Maske ☐ Maskesiz Öneriniz:				
4- Aldığı Çıkardığı Takibi: ☐ Yok ☐ Var Var ise Balanı:..... Öneriniz:				
5- Mobilizasyon ☐ Mobil ☐ İmmobil İmmobil ise hastanın pozisyonu: ☐ Supine ☐ Prone ☐ Fowler ☐ Semi Fowler ☐ Sağ/ Sol Öneriniz:				
6- Düşme Riski Puanı:..... Öneriniz:				
7- Beslenme Durumu ☐ Oral ☐ NG ☐ Parenteral Rajim 1 ☐ Rajim 2 ☐ Rajim 3 Aç ☐ Açık Öneriniz:				
8- Basıncı Yararı Risk Puanı:..... Basıncı Yararı ☐ Var ☐ Yok Evetse: ☐ 1 Evre ☐ 2. Evre ☐ 3. Evre ☐ 4. Evre ☐ Evreleendirilmeyen evre Lokalizasyonu:..... Öneriniz:				
9- İnkontinans Mevcut Mu? ☐ Hayır ☐ Evet ise ☐ İdrar ☐ Gaita Öneriniz:				
10- Kateter Mevcut mu? ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Perifirik Vazba kateter ☐ Foley sondalı kateter ☐ Port Kateter ☐ Yücelik Riskli Kateter ☐ Epidural ☐ Intratekal ☐ Arteriyel Öneriniz:				
11- Kateter Bakımı/Değişim Tarihi Öneriniz:				
12- Bakım İhtiyaçları: Ağrı Bakımı ☐ Hayır ☐ Evet Kolostomi Bakımı: ☐ Yok ☐ Hayır ☐ Evet Trakeostomi Bakımı: ☐ Yok ☐ Hayır ☐ Evet NG/Pag Bakımı: ☐ Yok ☐ Hayır ☐ Evet Vücut Bakımı ☐ Hayır ☐ Evet Öneriniz:				
13- Kanama Riski var mı? ☐ Hayır ☐ Evet..... (şu kayıtlarda) Öneriniz:				
14- Ödem ☐ Hayır ☐ Evet..... Göde 1- ☐ 2- ☐ 3- ☐ 4- ☐ Evet ise bölge:..... Öneriniz:				
15- Kısıtlama Durumu ☐ Fiziksel ☐ Kimyasal ☐ Kısıtlama Yok Var ise süre:..... Öneriniz:				

16- Ekleme istediğiniz var mı?				
RECOMMEDATION (ÖNERİ)				
<i>Öneriniz:</i>				
1-Özellikle dikkat edilmesi gereken bakım uygulamaları var mı?				
<i>Öneriniz:</i>				
2- Bakım Önerisi var mı ? ☐ Hayır ☐ Evet.....(Açıklayınız)				
<i>Öneriniz:</i>				
3-Hasta ve/veya hasta yakınının eğitim ihtiyacı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet				
<i>Öneriniz:</i>				
4- Ek istemler Laboratuvar İstemi ☐ Hayır ☐ Evet.... Radyoloji İstemi ☐ Hayır ☐ Evet.... Kan İstemi/ rezerve kanı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet.... Hastaya Ait İlaç/ Eşya / Evrak ☐ Hayır ☐ Evet....				
<i>Öneriniz:</i>				
5-Ekleme istediğiniz var mı?				

SBAR Nöbet Devir Teslim Formunun geliştirilmesi için formun geneli hakkında görüş ve önerileriniz varsa buraya belirtebilirsiniz.

.....

.....

.....

.....

.....

EK-3 HHIÖ İZİN

İzin 



Esin Kelagalar <esinkelagalar@gmail.com>

22 Kas 2022 Sal 20:12



Alıcı: temucinelif

Sayın Hocam

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. tez çalışmam kapsamında 2019 yılında yayınlamış olduğumu hemşire- hemşire işbirliği ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

Esin Kelağalar

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Koordinatörü



Dr. Öğr. Üyesi Elif Dönmez <temucinelif@gmail.com>

22 Kas 2022 Sal 23:53



Alıcı: ben

Merhaba Esin,

Ölçeği tezinde ve diğer çalışmalarında kullanabilirsin,

Basarılar dilerim

EK-4 SBAR GERİ BİLDİRİM FORMU



Esin Kelagalar <esinkelagalar@gmail.com>

17 Nisan Pzt 13:56



Alıcı: sevdakarakas

Sayın Hocam

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. tez çalışmam kapsamında 2014 yılında yayınlamış olduğunuz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde Hasta Tesliminde SBAR İletişim Tekniğinin Kullanımı ve Hemşire/Ebelerin Görüşlerinin Belirlenmesi çalışmasında yer alan geri bildirim formunu izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

Esin Kelağalar

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Koordinatörü



Sevda KARAKAŞ <sevdakarakas@arel.edu.tr>

17 Nisan Pzt 14:57



Alıcı: ben

Merhaba Esin,

"SBAR İletişim Tekniğini Geri Bildiri Formunu" kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim. Başarılar

EK 5 HASTA TESLİMİ GÖZLEM FORMU

..... Kliniği SBAR Hasta Teslim Formu

Gözlemci:.....

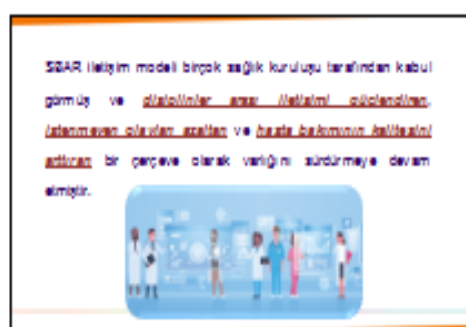
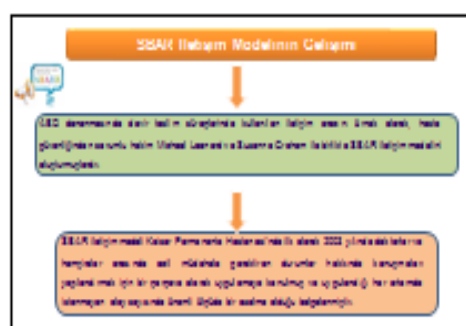
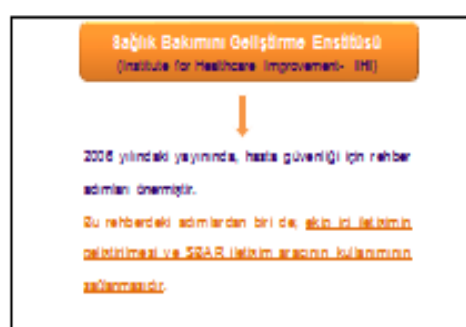
Parametreler		Tarih:.....		Tarih:.....		Tarih:.....		Tarih:.....		Tarih:.....	
		Uygulanmadı	Kasnen Uyguladı	Uygulanmadı	Kasnen Uyguladı	Uygulanmadı	Kasnen Uyguladı	Uygulanmadı	Kasnen Uyguladı	Uygulanmadı	Kasnen Uyguladı
SITUATION COURANT	Hasta Adı-Soyadı										
	Kliniğe Kabul Tarihi										
	Allerji Öyküsü										
	Sorumlu Hekimi										
	Tıbbi Tanısı/Şikayeti										
	İzolasyon Durumu										
	Refakatçısı var mı?										
BACKGROUND (ÖZGEÇMİŞ)	Kronik Hastalık										
	Geçirilmiş										
	Operasyonlar										
	Kullandığı İlaçlar										
	Yeni başlayan bir tedavi var mı?										
	Hastadan herhangi bir kültür örneği alındı mı?										
	Hastanın ~~invaziv~~ girişim yapılması gereken bir bölgesi var mı?										
ASSESMENT (DEĞERLENDİRME)	Takip edilmesi gereken bir ilacı var mı?										
	Anormal Yaşam Bulgusu										
	Bilinç Durumu										
	Oksijen İhtiyacı /Dk.										
	Lt.										
	Aldığı Çıkardığı Takibi										
	~~Mobilizasyon~~										
	~~Düme Riski~~										
	Beslenme Durumu										
	Basınç Yarası										
	~~İnkontinans~~ Mevcut Mu?										
	~~Kateter~~ Mevcut mu?										
	~~Kateter~~ Bakımı/Değişim Tarihi										
	Bakım İhtiyaçları										
	Kanama Riski var mı?										
	Ödem										
	Kısıtlama Durumu										
RECOMMENDATION ÖNERİ	Özellikle dikkat edilmesi gereken bakım uygulamaları var mı?										
	Bakım Önerisi var mı?										
	Hasta ve/veya hasta yakınının eğitim ihtiyacı var mı?										
	Ek istemler										

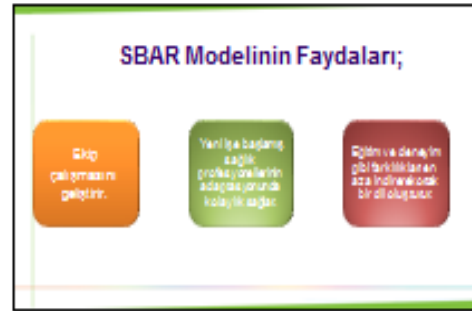
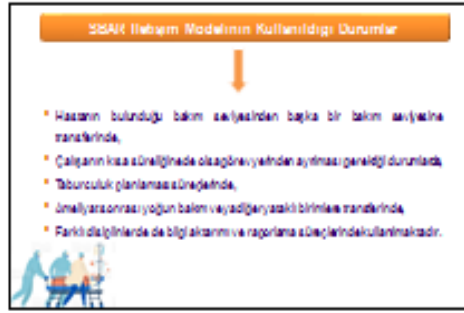
amalgamated r.

Diagram illustrating the flow of information and coordination between the Ministry of Health, the Ministry of Education and Science, and the Ministry of Health and Family Welfare.

Hasta tesliminde hasta ile ilgili bilgiler, sistematik olarak şifri zone anen hemşire tarafından şifri yani başlayacak olan hemşireye teslim edilir.

- Hastanın bilginin değerlendirilmesi,
- Kayıtların tutulması,
- Uyumun sağlanması,
- Adres (bilinmeyen) bilgilerin sağlanması,
- Salgınların sürekliliğinin sağlanması,
- Teorilerin sağlanması ve
- Hastaların memnuniyetlerinin artırılması ekidir.





Literatürde;

O'Connell ve ark. (2014), yaptıkları çalışmada;
SBAR iletişim araçından hemşirelerin;

%91.2'si memnun olduklarını,

SBAR ile ilgili olarak yapılan çalışmada hemşirelerin %91.2'si SBAR iletişim araçından memnun olduklarını bildirdi.

SBAR dört bölümden oluşmaktadır:

S- Situation (Durum): Hastanın mevcut durumu

B- Background (Tıbbi Öykü): Hastanın öneki tıbbi geçmişi

A- Assessment (Değerlendirme): Hasta problemlerinin değerlendirilmesi

R- Recommendation (Öneri): Problemin çözümü için öneriler

S- Situation (Durum)

Bu kısımda hastanın mevcut durumu/problemi hakkındaki bilgileri verilmektedir.

Bulunduğu birim
Hastanın oda-sırtak numarası
Adı, soyadı
Yaşı
Cinsiyeti
Yatış tarihi
Sorunun ne olduğu
Sorunun ne zaman başladığı

B- Background (Özgeçmiş)

Hastanın tıbbi sorunları

İlaçlarının olup olmadığı

Cerrahi hikayesi

Pozitif/negatif olduğu olduğu

İçerik için açık bekleme durumu

Diyete Riski

İzolasyon durumu

Kullanılan mevcut ilaçlar

İmmünoiz (M) sıvılar

En son vital bulguları

Laboratuvar sonuçları

Hastanın durumu ile ilgili özgeçmişini içeren bilgiler yer almaktadır.

Gerekli kadar veri aktarımı yapın! Eksik/ya da fazla değil

A- Assessment (Değerlendirme)

Mental durum değerlendirildi

Solunum değerlendirildi

Kardiyovasküler değerlendirildi

Gastrointestinal değerlendirildi

Öznen değerlendirildi

Kas-iskelet değerlendirildi

Özve değerlendirildi

İçerik

İmmünoizasyon bulguları

İçerik - çıkardığı/ıdrarı değerlendirildi

Laboratuvar testleri

Seküler durumu

Sorumlu yetki verildi

Öznen değerlendirildi

Bu kısımda hastanın mevcut durumu/problemi hakkındaki bilgileri verilmektedir.

- Sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirildi

- Bu kısımda hastanın fiziksel ve/veya zihinsel olarak değerlendirildi

R-Recommendation (Öneri)

Yapılan bulgularla ilgili

İddia/kandığı, şüpheli

Kan güvenliği

Masa-pozisyon girişimlik öneriler

Değiştirilmesi veya ilave yapılması gereken öneriler

Sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirildi

Öneri nedir?

SBAR Hasta Teslim Formu

Hasta Ziyaretçi

Ölüm/Tabur Tarih

Ölüm/Tabur

Sorumlu Hekim

Tedavi Tarih/İlaçları

İlaçların Durumu ☐ Var ☐ Yok

Kaliteli/Var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Kaliteli/Var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Kaliteli/Var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

SBAR Hasta Teslim Formu	
Hasta Kimliği	
Eğilimli Durumlar	
Kulandığı İlaçlar	
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu

SBAR Hasta Teslim Formu	
Hasta Kimliği	
Eğilimli Durumlar	
Kulandığı İlaçlar	
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu

SBAR Hasta Teslim Formu	
Hasta Kimliği	
Eğilimli Durumlar	
Kulandığı İlaçlar	
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu
Yeni ilaçların alındığı var mı?	Çevre / Çile / ...
Genel sağlık durumu	Genel sağlık durumu

SBAR İletişim Aracıyla İlgili Bir Hemşire-Hasta Teslim Örneği:

S- Situation (Durum): Hastanın mevcut durumu

" 228 numaralı odada kalmakta olan Bayan AK, 74 yaşında, MI (Myokard infarktüsü) tanısı ile acil servise dün akşam yatırılmış. Kalbinde 1 adet servise alt kalp, ayrıca parasistol aletleri de mevcut. Ben aileyi kol bandını takam."

B- Background (Tıbbi Öykü): Hastanın önceki tıbbi geçmişi

Dün öğle saatlerinde sol kolunda uyuşma, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti başlamış. Sonrasında MI geçiren kol bandında acil servise getirilmiş. Hastanın diyabet ve hipertansiyon tanısı da mevcut. İlaç servise bakılan CK (Kreatinin) 1.26 UL (Ref. Aralığı: 0.6 – 1.26 UL) çıkmış.

Bugün operasyon için ayarlanıyor. 20 ml 0.9% NaCl infüzyonu başlatıldı. Önceden kullanıldığı ilaçları ile ilgili (PO) tedavi kısıtlı, yenidoğanı Sodyum 0.9% (SC) edilebilir. Başlangıçta operasyonu planlandığı için dün öğle saatlerinde Dr. A'nın önerisiyle atıldım.

A- Assessment (Değerlendirme): Hasta problemlerinin değerlendirilmesi

Hastanın vital bulguları:

Ateş: 37,0 °C
Nabız: 120/dk
Solunum: 24/dk
Tansiyon: 145/90 mmHg
Saturasyon: 98%
Ağrı (VGS): 4

A- Assessment (Değerlendirme): Hasta problemlerinin değerlendirilmesi

Hastanın ağrılı ve aktif olduğu mevcut. Kan basıncı 145/90 mmHg. Kan şekeri izlenim normaldir, sabah aç olduğu için insülinli insülin. Sağ dizinde Miasaasinda Ozartha dıymashta bağı 4 düzeyinde ağrı mevcut. Kol grafisinde fakiriz sağanıdır. Dr. A. Önerleyle analjezik uygulandı, kan basıncı da normalde geriledi, hastanın sol alt ekstremitesi ağrı ve nabızları elle palpe edilemiyor, izlemek için sardım, mobilizasyonu ve hareketi olduğu izledi. Hasta kaşıkla görünümde, basınç yaraları yönünden risk grubunda, değerlendirme formu çıkardım.

R- Recommendation (Öneri): Problemin çözümü için öneriler

Yaşam bulguları 24x1 izlenebilir, kan şekeri takibi 4x1, hastanın mobilizasyonu izlenebilir, basınç bölgelerini değiştirmek amaçlı 8x1 masaj/pozisyon planlanabilir. Nörovasküler izlem 12x1 yapılmalı, sol alt ekstremitesi yalın takip gerektiriyor.

ÖZETLE...

- Yaşam sürecinde SÖÖR iletim aracının kullanılması hasta bilgilerinin tam ve eksiksiz iletilmesinde önemli bir araçtır.
- SÖÖR iletim modelinin kullanılması, iletim kaynaklı bilgi hatalarının azaltılmasına da önemli düzeyde katkılar sağlayacaktır.

Teşekkürler...

EK-6 GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

I-ARAŞTIRMANIN İÇERİĞİ

Sevgili Katılımcı;

“**Dahiliye Kliniklerde Yapılandırılmış Hasta Teslim Formunun İletişim ve İşbirliğine Etkisi**” konulu araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde dahili kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirilecek, çalışmada sizin sosyo demografik bilgilerinizi, nöbet devir teslimi ve SBAR farkındalığınız belirlendiği, hemşire iş birliğinizin değerlendirildiği bilgi formlarını doldurmanız istenecektir. Bu formlarını doldurmanız 10-15 dakika sürecektir.

II-GÖNÜLLÜ HAKLARI

Çalışma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacıya numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya da bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma talebinde bulunursanız araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılımda kayıtlar yasalara uygun olarak araştırmacı tarafından toplanacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırma sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel dergilerde yayınlanabilir. Çalışma sonrasında kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Sayın Doç. Dr. Özlem DOĞU tarafından ve yardımcı araştırmacı Hemşire Esin KELAĞALAR tarafından Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Dahiliye kliniklerde nöbet devir tesliminde SBAR temelli hasta teslimi ile ilgili araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Hemşire Esin Kelağalar’a nolu telefondan Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu arařtırmaya katılmak zorunda deęilim ve katılmayabilirim. Arařtırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranıřla karřılařmıř deęilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamıř bulunmaktayım. Kendi bařıma belli bir dūřünme sūresi sonunda adı geçen bu arařtırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti būyūk bir memnuniyet ve gūnūllūlūk içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gūnūllūye arařtırmadan ōnce verilmesi gereken bilgileri gūsteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sūzlū açıklamalar yapıldı. Bu kořullarla sūz konusu arařtırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. **Tarih:**

Gūnūllūnūn Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan **araştırmacının** Adı-soyadı, İmzası: Hemşire Esin Kelağalar

Rıza alma iřlemine bařından sonuna kadar **tanıklık eden kuruluř gūrevlisinin** Adı-soyadı, İmzası, Gūrevi

EK-7 KİŞİSEL TANITIM FORMU

Değerli meslektaşım;

Bu çalışma, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmekte olup, "DAHİLİYE KLİNİKLERDE YAPILANDIRILMIŞ HASTA TESLİM FORMUNUN İLETİŞİM VE İŞBİRLİĞİNE ETKİSİ"ni belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmanın güvenilir olması ve amacına ulaşabilmesi için her soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanızı rica eder, gösterdiğiniz ilgi, alaka ve yardımlar için şimdiden teşekkür ederim.

Esin KELAĞALAR

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yaş:.....

Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

Eğitim Durumu: 1) Lise ,Önlisans 2) Lisans 3) Lisans Üstü

Hemşirelik Mesleğinde Çalışma Süreniz (Yıl):

Kurumda Çalışma Süreniz (Yıl):.....

Birimde Çalışma Süreniz (Ay) :.....

Çalışma Şekliniz: 1) Gündüz 2) Vardiyalı

Günlük Bakım Verdiğiniz Hasta Sayısı:.....

Haftalık Çalışma Saatiniz:.....

Daha önce nöbet devir teslimi ile ilgili bir eğitim aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır

Nöbet değişimi esnasında hasta teslimlerinin ne şekilde yapmaktasınız?

- 1) Yatak başında sözel
- 2) Yatak başında yazılı
- 3) Hemşire deskinde sözel
- 4) Hemşire deskinde yazılı
- 5) Yatak başında sözel, hemşire odasında yazılı

Nöbet değişim esnasında yapılan hasta teslim ortalama süresi (DK).....

Hasta teslimine kimler katılmakta;

- 1) Tüm servis hemşireleri
- 2) Hastadan sorumlu olan hemşire – teslim eden hemşire
- 3) Klinikte bulunan hekim ve hemşireler

Sizce vardiya değişimlerinde hasta teslimi nasıl ve nerede olmalı?

- 1) Sözel hemşire deski
- 2) Yazılı hemşire deski
- 3) Hasta teslimine gerek yok
- 4) Sözle hasta başı
- 5) Yazılı hasta başı
- 6) Hasta başı sözel / yazılı
- 7) (Farklı bir öneriniz varsa buraya yazabilirsiniz).

Hasta teslimini nasıl kayıt altına alıyorsunuz?

- 1) Nöbet teslim defteri
- 2) Hasta gözlem formu
- 3) Bilgisayar kayıtları
- 4) Yatan hasta listesi
- 5) Boş kayıt

Sizce nöbet teslimi esnasında teslimi engelleyen durumlar nelerdir? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz?

- 1) İş yoğunluğu
- 2) Gürültü
- 3) Hasta sayısının fazla olması
- 4) Zaman kısıtlılığı
- 5) Hemşireler arası iletişim problemleri
- 6) Bilgilerin eksik ya da yanlış olması
- 7) Aynı zamanda hekim vizitinin olması
- 8) Teslim esnasında gereksiz konuların konuşulması
- 9) Teslim esnasında ilgisiz tavır ve tutumlar
- 10) Yargılayıcı teslim alma

Nöbet teslimi esnasında hasta tesliminde aşağıda yer alan verilerden hangi 3'ünü özellikle söylersiniz?

- 1) Hastanın adı soyadı- doktoru
- 2) Başvuruda yer alan şikayetleri
- 3) Tedavi planı ve yapılan testler
- 4) Teşhisi
- 5) Yaşamsal bulguları
- 6) Allerjisi

- 7) Düşme riski
- 8) Tahlil sonuçları

Daha önce SBAR iletişimi modelini hiç duydunuz mu? 1) Evet 2) Hayır

Cevabiniz evet ise; a) Eğitim Hayatımda

b) Hizmet İçi Eğitim Kapsamında

c) seminerlerde

d) kurs

e) diğer:.....

Sizce SBAR iletişim modelinin açılımı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Safety (Güvenlik), Balance (Denge), Abbreviate (Kısaltma), Recommendation (Öneri)
- b) Situation (Durum), Background (Özgeçmiş) , Assessment (Değerlendirme) , Recommendation (Öneri)
- c) Sanction (Yaptırım), Balance (Denge), Assessment (Değerlendirme), Repast (Öğün)
- d) Safety (Güvenlik) ,Background(Özgeçmiş) , Abbreviate (Kısaltma), Repast (Öğün)

EK 8 HEMŞİRE HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Katılıyorum (3)	Kesinlikle Katılıyorum (4)
Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır.				
Hastanın bakımıyla ilgili bir problemin en iyi çözümüne ulaşmak için bütün hemşireler birlikte çalışmalıdır.				
İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır.				
Hemşireler kaliteli bir çözüme ulaşmak için kendi deneyim ve uzmanlığından yararlanır.				
Bu servisteki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.				
Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum.				
Bu serviste çalışan hemşirelerden kimi zaman hastalar hakkında doğru olmayan bilgiler alırım.				
Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir.				
Bu servisteki diğer hemşirelerle açık bir şekilde konuşmak benim için kolaydır				
İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim.				
Kendi servisimde hasta bakımı ile ilgili önemli ölçüde söz sahibiyim.				
Serviste çalışan hemşireler hasta güvenliği hedefleriyle ilgili uzlaşma içindedirler.				
Hemşireler santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden işlemleri durdurma yetkisine sahiptir.				
Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar.				
Hemşireler hasta bakımına ilişkin konuların tartışılması gerektiğinde toplantı yaparlar.				
Hasta bakımı için ulaşılabilir, yazılı, kanıta dayalı tedavi protokolleri vardır.				
Hemşireler tarafından verilen bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler bulunmaktadır.				
Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar				
Hemşireler arasında saygılı ve samimi bir ilişki vardır.				
Hemşireler birbirleri ile işbirliği konusunda isteklidirler.				

Hemşireler bu serviste hastalara order edilen ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahiptirler				
Bu serviste hemşireler hastalara güvenli bakım sağlamak için gerekli teknik becerilere sahiptir.				
Bu serviste deneyimli hemşireler öğretir ve yardımcı olurlar.				
Bu serviste yönetici hemşireler iş birliğini destekler.				



EK 9 SBAR GERİ BİLDİRİM FORMU

Görüşler	Evet	Hayır
SBAR iletişim tekniğini kullanmam çok kolay oldu.		
SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.		
SBAR iletişim aracı ile hastam hakkında bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim ettim.		
Nöbet tesliminde SBAR iletişim aracının bana zaman kaybettirdi.		
SBAR iletişim aracı, işimi daha iyi yapmama yardımcı oldu.		
Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracının kullanımı ile ekip içinde iletişimin daha sağlıklı oldu.		
SBAR iletişim aracını kullanmamız, diğer ekip üyeleri tarafından da olumlu bulundu.		
SBAR iletişim aracı kullandığım dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşanmadı.		
SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyumunu gerektiriyor.		
SBAR iletişim aracı kullanmak nöbet teslimlerine bir olumlu katkı getirmede.		
Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracını kullanmaya devam etmek istiyorum.		

