

TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA GÜVENLİĞİ İLETİŞİM ARACINA
UYGUN NÖBET TESLİM SÜRECİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÜLÇİN CENGİZ

**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ
İZMİR-2019**

TEZ KODU:DEU.HSI.MSc-2016970050

TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA GÜVENLİĞİ İLETİŞİM ARACINA
UYGUN NÖBET TESLİM SÜRECİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLÇİN CENGİZ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

TEZ KODU:DEU.HSI.MSc-2016970050

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans programı öğrencisi Gülçin CENGİZ ‘Hasta Güvenliği İletişim Aracına Uygun Nöbet Teslim Sürecinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi’ konulu Yüksek Lisans tezini 19.09.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

BAŞKAN



Prof.Dr. Gülseren KOCAMAN

ÜYE



Dr.Öğr.Ü. Fahriye VATAN

ÜYE

Dr.Öğr.Ü. Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU
YEDEK ÜYE

Prof.Dr. Ülkü GÜNEŞ YAPUCU
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Soruları.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Hasta Güvenliği	7
2.2. Tıbbi Hataların Kök Nedenleri ve İletişimin Önemi	9
2.3. Hasta Teslimleri.....	10
2.4. Hemşire Vardiya Değişimlerinde Profesyonel İletişim Aracı Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkisi	13
2.5. Değişim ve Yeniliğe Uyum.....	18
2.5.1. Değişimin Nedenleri.....	19
2.5.2. Değişim Süreci.....	19
2.5.3. Değişime Direnç.....	20
2.6. SBAR İletişim Aracı ve Tıbbi Hataları Önlemedeki Önemi	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Çalışma Materyali	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	27

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.10. Etik Kurul Onayı	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.2. Hemşirelerin SBAR Teslim Formunu Kullanım Durumuna İlişkin Bulgular	31
4.3. Hemşirelerin SBAR Geri Bildirimlerine İlişkin Bulgular	35
5. TARTIŞMA	37
5.1. SBAR İletişim Aracının Kullanımı	37
5.2. SBAR İletişim Aracının Kullanımına İlişkin Hemşire Geri Bildirimleri	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR.....	44
8. EKLER.....	54
Ek I. Tanıtıcı ve Çalışma Durumu Bilgi Formu	54
Ek II. SBAR Hasta Teslim Formu	55
Ek III. SBAR Geri Bildirim Formu	56
Ek IV. Kullanılacak Geri Bildirim Formu için İzin Belgesi	57
Ek V. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni.....	58
Ek VI. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni (Karar Tarihi:24.05.2018, Karar No: 2018/13-31)	59
Ek VII. Araştırmacı Özgeçmişi	61

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: I PASS the BATON İletişim Tekniği	17
Tablo 2: Sp's İletişim Tekniği	18
Tablo 3: Kliniklere Göre Hemşire Dağılımları	25
Tablo 4: Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri	29
Tablo 5: Kliniklere ve Aylara Göre SBAR Teslim Formunun Kullanımı.....	31
Tablo 6: SBAR Teslim Formunun İçindeki Bölümlerine Göre Kullanımı	32
Tablo 7: Son Üç Ay Verilerine Göre SBAR Teslim Formunun Klinik Bazda Hafta İçi- Hafta Sonu Kullanım Farkları.....	33
Tablo 8: Son Üç Ay Verilerine Göre SBAR Teslim Formunun Klinik Bazda Vardiyalar Arası Kullanım Farkları.....	34
Tablo 9: Hemşirelerin Kullanım Süresine Göre SBAR Geri Bildirim Sonuçları.....	35

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care): Avustralya Sağlık Bakımında Güvenlik ve Kalite Komisyonu

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): Sağlık Bakımında Araştırma ve Kalite Ajansı

CRICO (Controlled Risk Insurance Company): Harvard Üniversitesi Risk Yönetim Vakfı

IHI (Institute for Healthcare Improvement): Sağlık Bakımını Geliştirme Enstitüsü

IOM (Institute of Medicine): Ulusal Tıp Enstitüsü

ISQUA (The International Society for Quality in Health Care): Uluslararası Sağlıkta Kalite Kuruluşu

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations): Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu

JCI (Joint Commission International): Uluslararası Birleşik Komisyon

NPSF (National Patient Safety Foundation): Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı

NORC (National Opinion Research Center): Ulusal Bağımsız Araştırma Enstitüsü

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

WHO (World Health Organization): Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Tez sürecinin her aşamasında desteği, bilgi paylaşımı ve rehberliği için saygıdeğer danışmanım Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e;

Tezin şekillenmesindeki değerli önerileri için Prof.Dr. Gülseren KOCAMAN ve Doç. Dr. Hatice MERT'e;

Eğitim sürecimin başından sonuna her an yanımda olan eşime, aileme ve oğlum Berk Utku CENGİZ'e;

Geçirdiğim her zorlu zamanda yardımını esirgemeyen arkadaşlarıma;

Veri toplama sürecinde destekleri için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

HASTA GÜVENLİĞİ İLETİŞİM ARACINA UYGUN NÖBET TESLİM SÜRECİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülçin CENGİZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

gulcin.oztoprak@gmail.com

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hasta güvenliğinde kullanılan ve önerilen iletişim aracı SBAR tekniğine uygun olarak oluşturulan nöbet teslim formu ile hasta tesliminin gerçekleştirilmesi ve değerlendirilmesidir.

Yöntem: Eylem araştırması olarak yürütülen araştırmanın örneklemine İzmir’de bulunan bir üniversite hastanesinin iki cerrahi, üç dahili kliniğinde çalışan 55 hemşire alınmıştır. Veriler Ekim 2018- Eylül 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik ve frekans olarak tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: SBAR teslim formunun Durum (S) bölümü %98,93, Tıbbi Öykü (B) bölümü %96,17, Değerlendirme (A) bölümü %75,88 ve Öneri (R) bölümü %91,56 oranında doldurulmuştur. Hemşirelerin %86,48’i, nöbet tesliminde SBAR iletişim aracının zaman kaybettirdiğini düşündüğünü bildirmiştir. Bu oran dokuz ay kullanan klinikte %53,84 olarak belirlenmiştir. SBAR iletişim aracı kullanmanın nöbet teslimlerine bir olumlu katkı getirmediğini düşünen hemşire oranı %86,48 olarak bulunmuş, dokuz ay kullanan kliniğe bakıldığında ise bu oranın %53,84 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %59,45’i ve dokuz ay süreyle kullanan klinik hemşirelerinin %84,61’i SBAR iletişim aracı kullandığı dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşamadığını bildirmiştir.

Sonuç: Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu formu kullanmaya devam etmek istemediğini belirtmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda yönetici ve klinik hemşirelere, iletişim süreci ve hasta güvenliği konularında düzenli eğitimlerin planlanması, güvenlik kültürü algılarının yükseltilmesi, profesyonel iletişim tekniği kullanımının sağlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği, hemşire nöbet teslimi, iletişim hataları, SBAR iletişim aracı

ABSTRACT

IMPROVING AND EVALUATING NURSE HANDOVER PROCESS BY USING PATIENT SAFETY COMMUNICATION TOOL

Gülçin CENGİZ

Dokuz Eylül University Health Sciences Institute

Nursing Department

gulcin.oztoprak@gmail.com

Purpose: The aim of this study to improve and evaluate the nurse handover process by using handover form which is used in patient safety and proposed according to SBAR technique.

Method: An action research study was employed. The sample consisted of 55 registered nurses working in three surgical and three internal wards of a university hospital located in İzmir. The data was collected in between October 2018- September 2019. Descriptive statistics (frequency/percentage, arithmetic mean) were used in data evaluation.

Results: Situation (S) part of SBAR handover form has been filled with a ratio of 98,93%, Background (B) part; 96,17%, Assessment (A) part; 75,88% and Recommendation (R) part; 91,56%. Nurses participating in this study stated that the use of the SBAR communication tool lost time on handover with the percentage of 86,48%. This ratio in the experimented clinic was 53,84%. 86,48% of sample reported that using the SBAR communication tool did not contribute positively to nurse handovers, in the experimented clinic 53,84% of sample thought this. 59,45% nurses and 84,61% experimented clinic nurses reported that there were no adverse events when using the SBAR communication tool.

Conclusion: The majority of the nurses stated that they did not want to continue using the form. According to the results, it may be suggested to plan regular trainings to manager and clinical nurses on communication process and patient safety, to increase the safety culture and to provide the use of professional communication techniques.

Key words: Patient Safety, Nursing Handover, Communication Errors, SBAR Communication Tool

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği; hastaları, sağlık bakımı ile ilişkili tıbbi hatalardan korumak şeklinde tanımlanmaktadır (WHO 2007). Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM), yayımladığı raporda sağlık hizmetlerinde en büyük iki sorunun; tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite sorunu olduğunu bildirmektedir (IOM 2001). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tıbbi hataları Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde üçüncü ölüm sebebi olarak bildirmiştir. İngiltere'de yeni araştırmalar her 35 saniyede bir hastanın zarar gördüğünün raporlandığını göstermektedir. Tüm dünyada yılda 421 milyon hastaneye yatış olduğu tahmin edilmekte ve bu yatışların yaklaşık 42,7 milyonunda tıbbi hata yaşandığı görülmektedir (WHO 2017). Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International- JCI) verilerine göre, 2005-2017 yılları arasındaki tıbbi olayların %52,9'u ölümle sonuçlanmaktadır (JCI 2017). Bununla birlikte tıbbi hataların maliyet açısından da önemi büyüktür. Sadece ABD'de 2010-2015 yılları arasında hasta güvenliği uygulamalarına odaklanarak, hastane tıbbi hizmetlerinde 28 milyar dolar kar elde edilmiştir (WHO 2017).

Uluslararası Birleşik Komisyonu 2014 istenmeyen olay raporunda, hataların kök neden analizlerinde iletişim, üçüncü sırada yer almaktadır (JCI 2015). Aynı zamanda DSÖ raporunda da zayıf iletişim ve koordinasyon ilk sırada bulunmaktadır (WHO 2011). Harvard Üniversitesi Risk Yönetim Vakfı (CRICO)'nın yayımladığı rapora göre; 2009-2013 yılları arasında açılan malpraktis davalarının %30'unun iletişim kaynaklı olduğu görülmüştür. Bu davaların %49'u ekip içi iletişim hatalarından kaynaklanmaktadır (CRICO 2015). Ülkemizde ulusal hata bildirim sistemi olan 'Güvenlik Raporlama ve Hata Sınıflandırma Sistemleri' verilerine göre iletişim kaynaklı hataların %6,56 olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2016).

Sağlık çalışanları arasında görülen iletişim hataları ciddi sonuçlara, tedavide gecikme, tıbbi hata, hasta düşmeleri, kan nakil hataları, hastaneye bağlı enfeksiyonlara neden olabilmektedir (JCI 2015). Yapılan çalışmalar da hemşireler ve meslekler arası iletişimin önemini ortaya koymaktadır. Smeulers ve ark. (2014)'nın çalışmasında, iletişime bağlı istenmeyen olay görülme sıklığı %11 olduğu bildirilmiştir. Starmer ve ark. (2013), iletişim aracı uygulayarak yaptıkları çalışmada, önlenabilir advers olayların girişim sonrası %3,3'ten %1,5'e düştüğü gözlenmiştir. Ülkemizde yurtdışına göre daha yüksek oranla iletişim kaynaklı hata olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda hemşireler, tıbbi hataların kaynağı olarak

yüksek oranda iletişim eksikliğini düşündüklerini belirtmişlerdir (Andsoy, Kar ve ark. 2014; Kahrıman, Öztürk ve ark. 2014;Gökdoğan, Yorgun 2010).

DSÖ 2007 verilerine göre, gelişmekte olan ülkelerin %62'si hasta güvenliğinde çözülmesi gereken sorunun hasta teslimlerindeki iletişim olduğunu belirtmektedir (WHO 2007).

İletişime bağlı hasta güvenliği sorunlarının yaşanmaması açısından hasta teslimleri önem arz etmektedir. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO), hasta teslimini, hastanın durumunu yansıtan önemli verilerin, bakım verenden diğer bakım verene doğru, tam ve etkileşimli şekilde devredildiği, standart bir iletişim tekniği kullanılan iletişim süreci olarak tanımlamaktadır (JCAHO 2006). Yazılı hemşire teslimleri, tıbbi hataları azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak için önemli iki süreç olarak bilinmektedir (Randell, Wilson ve ark.2011). Hasta başında yapılan nöbet teslimleri hastalar, aileleri ve hemşireler arasında etkin bir iletişim olması için iyi bir fırsat olarak tanımlanmaktadır (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ 2013). Avustralya Sağlık Bakımında Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care- ACSQHC)'na göre; her hastanın teslimi, standartlaştırılmış bilgiler iletilerek gerçekleştirilmelidir. Hasta bilgilerinin doğru şekilde aktarılması hasta güvenliği açısından büyük önem taşımaktadır(ACSQHC 2010).Smeulers ve ark. (2014)'e göre, hasta güvenliğini sağlamak için, yüzyüze iletişim, yapılandırılmış bir teslim formu ve hastanın sürece katılması, hemşire teslimlerine rehberlik etmelidir. Gregory ve ark. (2014) yaptıkları sistematik derlemede, araştırmaların %34,5'i yatakbaşı teslimlerin hasta güvenliğini artırdığını belirtmektedir. Welsch ve ark. (2010), ABD' de yaptıkları kalitatif çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin %25'i teslimler sırasında yapılandırılmış form kullanmanın olumlu ve destekleyici olduğunu, %55'i, yapılandırılmış teslim formları ile bakım planlarını daha iyi yaptıklarını belirtmişlerdir.

Yaşanan iletişim sorunlarının ortadan kaldırılması yönünde JCAHO'nun hasta güvenliği hedeflerinde yer verdiği nöbet teslimlerinde standartlaştırılmış bir iletişim aracının kullanılması gerekmektedir (JCAHO 2006). DSÖ de, bu kapsamda hasta güvenliğinde iletişimi geliştirmek için SBAR (Situation- Background- Assessment- Recommendation *Durum, Tıbbi öykü, Değerlendirme, Öneriler*) tekniğinin kullanılmasını önermektedir (WHO 2007). Aynı zamanda Sağlık Bakımını Geliştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement-IHI)'nın 2006 yayınında, hasta güvenliği için önerdiği rehber adımlardan biri

de ekip içi iletişimin geliştirilmesi ve SBAR iletişim aracının kullanımının sağlanmasıdır (Botwinick, Bisognano ve ark. 2006).

SBAR, hastanın durumunu içeren bilgilerin, bir sağlık çalışanından diğerine iletilmesini sağlayan iletişim tekniği olarak bilinmektedir (Yeh, DeName, 2009). SBAR, hatırlanması kolay, ekip çalışmasını geliştiren ve hasta güvenliği kültürünü yerleştiren bir teknik olarak bilinmektedir. ABD’de bir hastanede hasta güvenliğinden sorumlu Dr. Micheal Leonard ile meslektaşları Doug Bonacum ve Suzanne Graham tarafından geliştirilmiş bir iletişim modelidir (IHI 2017). SBAR tekniği kısaca özetlenecek olursa şöyle açıklanabilmektedir;

S- Situation/Durum: Hastanın mevcut durumu nedir?

B- Background/Tıbbi Öykü: Klinik geçmişi ve yatış sebebi nedir?

A- Assessment/Değerlendirme: Problemin olduğunu düşünüyorum.

R- Recommendation/Öneri: Ben öneririm.

Hasta güvenliği kuruluşlarının önerilerinin yanısıra yapılan çalışmalarda da profesyonel iletişim aracı olarak SBAR tekniğinin kullanıldığı belirtilmiştir. Riesenber ve ark. (2009), yaptıkları sistematik derlemede, iletişim yöntemi olarak 24 anımsatıcının incelendiği çalışmalarda, çoğunlukla (%69,6) SBAR tekniğinin kullanıldığını saptamışlardır. Bir diğer çalışmada, hasta teslimlerinde SBAR iletişim tekniğini kullanan hemşirelerin ekip içi iletişimin daha açık olduğunu düşündüğü, SBAR kullanımıyla daha kolay hasta teslimi görevini tamamladığı ve hasta bakımı planını kolaylaştıran bütün bilgilere hakim olduğu sonucuna varılmıştır (James, Jukkala ve ark. 2013). ABD’de yapılan çalışmalarda, hemşirelerin iletişimde iyi bir araç olarak SBAR tekniğini seçtikleri ve teslimlerde SBAR kullanımından memnun oldukları belirlenmiştir (Rykse 2017; Beckett, Kipnis 2009). İsveç’te bir hastanenin üç cerrahi kliniğinde yapılan yarı deneysel çalışmada hemşirelerin çoğunluğu SBAR tekniğini çok yararlı bulmuş, çalışma sonuç olarak SBAR tekniğinin sağlık ekip üyeleri arasında hasta güvenliğini arttıran iyi bir iletişim aracı olduğunu göstermiştir (Blom, Petersson ve ark. 2015). Bir başka çalışmada SBAR kullanımından sonra yapılan karşılaştırma sonucunda iletişim hatalarına bağlı tıbbi hata oranının %31’den %11’e düştüğü gözlenmiştir (Randmaa, Martensson ve ark. 2014). Katar’da JCI onaylı bir kanser merkezinde yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %81,4’ü SBAR tekniği kullanıldığında bilgi kalitesinin daha iyi olduğunu, %95,1’i SBAR tekniğinin mantıklı bir sıralama ile bilgi aktardığını, %91,2’si memnun olduğunu düşünmekte ve %56,9’u SBAR tekniğinin iletişim hatalarını azalttığına inanmaktadır (Nagammal, Nashwan ve ark. 2017). Malezya’da bir özel hastanede

yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, SBAR kullanımının hemşirelerin iletişim becerilerini geliştirmekte çok etkili olduğu gözlenmiştir (Siew Eng, Kin ve ark. 2017). Tayvan’da doğum kliniğinde yapılmış bir çalışmada, SBAR tekniğinin hasta güvenliğini, takım çalışması, güvenlik iklimi, iş doyumu, stres yönetimi, çalışma şartları, yönetim algısı boyutunda geliştirdiğini göstermiştir (Ting, Peng ve ark. 2017). Belçika’da yapılmış bir çalışmada hemşirelerin SBAR aracını kullandıktan sonra aralarındaki iletişimin daha etkili olduğu ve hastalarda görülebilecek beklenmeyen ölüm sayısında bir azalma olduğunu düşündükleri sonucuna varılmıştır (De Meester, Verspuy ve ark. 2013). O’Connell ve ark. (2017), yaptıkları çalışmada hasta teslim yapısı incelenmiş, hasta teslimlerinin SBAR kullanımından sonra süre olarak beş dakikanın altına düştüğü sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada SBAR iletişim aracından hemşirelerin %91,2’si memnun olduklarını, %56,9’u iletişim hatalarını azalttığına inandıklarını ifade etmiştir.

Tüm çalışmalar incelendiğinde, SBAR iletişim aracı kullanılmasının, kullanıcılar tarafından benimsendiği, teslimlerin kısa sürede gerçekleştirilebildiği, en önemlisi de tıbbi hatalardaki azalmada etkili bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak ülkemizde SBAR tekniğinin iletişim hataları üzerine etkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Demir ve Şahin’in (2014) yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%74,3) istenmeyen olay yaşanmasında SBAR iletişim tekniğinin engelleyici olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Bu tekniğin, ülkemizde hasta güvenliği hatalarını azaltma yönünde kullanılabilmesi, hemşirelerde konuya ilişkin farkındalığın oluşturulması, aynı zamanda hemşire yöneticiler ve hastane yönetimlerine strateji geliştirme açısından yol göstermesi amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, hasta güvenliğinde kullanılan ve önerilen iletişim aracı SBAR tekniğine uygun olarak oluşturulan nöbet teslim formu ile hasta tesliminin gerçekleştirilmesi ve değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin nöbet tesliminde SBAR teslim formu doldurma oranları nasıldır?
2. Hemşireler sbar teslim formu geri bildirimleri nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, hastaların sağlık hizmeti ile ilgili hatalardan korunması olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik, hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve kalite yönetiminin en önemli unsurlarından biridir. Hasta güvenliği, küresel olarak giderek önemi artan bir kavram olarak bilinmektedir. DSÖ, 2004 yılında başlattığı hasta güvenliği programıyla, hasta güvenliği sorunlarına dikkat çekmektedir (WHO 2017).Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluşu (National Patient Safety Foundation-NPSF) ve Sağlık Bakımını Geliştirme Enstitüsü(IHI) ise hasta güvenliğini sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu zararların ortadan kaldırılması olarak tanımlamaktadır (IHI 2017). Tüm dünyada70’den fazla üyesi olan Uluslararası Sağlıkta Kalite Kuruluşu (The International Society for Quality in Health Care-ISQUA), mevcut üye ülkelerin sağlık sistemlerindeki iyileşmeleri ve hasta güvenliği hedeflerini izlemektedir (<https://www.isqua.org/about/partners.html>).Hasta güvenliği konusunda akla ilk gelen kuşkusuz ki tıbbi hata kavramıdır. Sağlık KuruluşlarıAkreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) tıbbi hata kavramını; “*sağlık hizmeti sunan birprofesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalardayetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi*” şeklinde tanımlamaktadır (JCAHO 2006). Özel sektör ve kamu alanında, kalitenin artırılması içinhasta güvenliği alanlarının geliştirilmesihedeflenmektedir. Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından yayımlanmış ve sağlık sistemlerinin iyileştirmesindeki altı amaç aşağıda sıralanmıştır (IOM 2001);

Güvenilir hizmet: Verilen sağlık bakımında hastaların hatalardan/yaralanmalardan korunması,

Etkili hizmet: Bilimsel bilgiler ve kanıtlar ışığında hizmet sunumu, faydası olmayan tüm uygulamalardan geri durulması,

Hasta odaklı hizmet: Hastanın ihtiyaçlarına, değer ve tercihleri doğrultusunda tüm klinik kararlarda hasta katılımının sağlanması,

Zamanında verilen sağlık hizmeti: Bakımı veren ya da alan kişilerin gecikme ve uzun bekleme sürelerinin düşürülmesi/azaltılması,

Verimli hizmet: Maliyet etkin bir hizmetin planlanması,

Tarafsız hizmet: Verilen hizmet kalitesinin, cinsiyet, etnik köken, coğrafya ve sosyoekonomik duruma bakılmaksızın eşit dağıtılması.

Sağlık sektöründe kamu ve özel kurumlar; farklı niteliklerde çalışanın olması, hizmet vermede çeşitli değişkenlerle karşılaşılması, yoğunlukla teknolojinin kullanılması nedeniyle karmaşık bir yapıdadır. Sağlık hizmet sistemlerinde etkin bir yönetim anlayışı olmazsa, tıbbi hatalar ve güvenlik problemleri beraberinde gelmektedir. Tüm sağlık kurumları değerlendirildiğinde farklı türde tıbbi hatalarla ve sonuçlarla karşılaşıldığı görülmektedir (Canatan, Erdoğan, Yılmaz 2015).

Tıbbi hatalar, kök nedenleri ve türleri yönünden iki şekilde sınıflandırılabilir (Özata ve Altunkan 2010);

Kök Nedenlerine Göre Hatalar

- Prosedür kaynaklı hatalar: Yanlış işlemi uygulama
- İhmal kaynaklı hatalar: Doğru işlemi uygulamama
- Uygulama kaynaklı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama

Türü Yönünden Hatalar

- İlaç Hatası
- Cerrahi Hatalar
- Tanı Koyma Sürecinde Yapılan Hatalar
- Sistem Kaynaklı Hatalar
- Diğer Hatalar (Kan transfüzyonu, düşmeler, hastane enfeksiyonları)

Nedenleri incelendiğinde, tıbbi hataların; insan etmeni, kurumsal etmenler ve teknik etmenler olmak üzere, üç nedenle gerçekleştiği görülmektedir (Akalın 2005).

İnsan Etmeni: Eğitim eksikliği, iletişim bozukluğu, yorgun olma, güç/kontrol, zamanı iyi kullanamama, karar hatası, kişilik özelliği/yatkınlık.

Kurumsal Etmenler: Kurum yapısı, yönetim şekli, idari yapı, çalışanların doğru dağıtılmaması, kurumun hasta güvenliği konusunda yetersiz olması.

Teknik Etmenler: Bilgi-işletim sistemindeki eksiklikler, tıbbi malzemelerdeki eksiklikler ve arızalar, entegrasyon eksikliği, karar destek sisteminin olmaması.

Ancak sağlık çalışanının mutlak yarar sağlamaya çalışmasına rağmen tıbbi hataların oluşması engellenememektedir. Tıbbi hatalar, tanı hataları, hastane enfeksiyonları ve ilaç hataları olarak karşımıza çıkmaktadır. IHI'nin son verilerinde hem sağlık çalışanları hem de hastaların hasta güvenliğini geliştirmede rolü olduğu belirlenmiştir. Ulusal Bağımsız

Araştırma Enstitüsü (NORC)'nün 2500 katılımcı ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %21'i, kişisel olarak tıbbi hataya maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (IHI 2017). Hasta güvenliğinde hemşirenin rolü zamanla gelişmiş fakat güvenlik bilinci, hemşireliğin birincil hedefi olarak kalmıştır (Shaid, Thomas 2018). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği yeni bir kavram olup hemşirenin bu alandaki aktif rolü çok önemlidir (Özkan ve Kömürcü 2012). Dolayısıyla tıbbi hatalarda kök nedenlerin incelenmesi ve önleyici uygulamaların düzenlenmesi gerekmektedir.

2.2. Tıbbi Hataların Kök Nedenleri ve İletişimin Önemi

İletişim, yazılı, sözlü ve sözlü olmayan işaretler gibi birçok şekilde oluşmaktadır. Sistemlerden, süreçlerden ve kültürden etkilenmektedir. İletişimde alıcı ve gönderen olmak üzere iki unsur yer almaktadır; gönderen mesajı gönderip alıcı ise mesajı almakta ve geribildirimle karşılamaktadır. Fakat bazen alıcı ile gönderen arasında iletişim zorlukları yaşanmaktadır. Özellikle karmaşık yapıları sağlık sistemlerinde ve hasta gruplarında, hastanın iyileşme süreci ve güvenliği için iletişim açık ve etkin olmalıdır. Sağlık bakımında oluşan iletişim hatalarının ciddi, genellikle ölümcül sonuçları olabilmektedir (Ross 2018).

İletişim hataları, 1996 yılından bu yana JCI sentinel olay raporlarında birincil kök neden olarak yerini almıştır. Sağlık kuruluşundaki yapılanma ve rol karışıklıkları, iletişim hatalarına yol açıp sağlık bakım kalitesini ve hasta güvenliğini azaltmaktadır (Nadzam 2009). Etkisiz iletişime bağlı önlenemez hataların artmasından dolayı 2006'da JCI etkili iletişimi, ulusal güvenlik hedefleri arasına almıştır (Lee ve ark. 2016). Etkin iletişim, çalışanlar için olumlu takım çalışmasının temelidir. İletişimin yeterli olmadığı birimlerde, tükenmişlik oranlarının yüksek; çalışan memnuniyetinin düşük olduğu açıkça görülmektedir (Holtmann, 2018). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerinde tıbbi hataların kaynağının büyük oranda iletişim olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012).

Sağlık bakım sağlayıcı olarak hemşireler, sözel olarak hastanın ihtiyaçları ve durumuyla ilgili önemli bilgileri aktarmaktadır. Kontrol listeleri ve protokoller gibi standartlaşmış bir dil kullanmak, bakımın başlıca parçası olan hemşirelere bu alanda yardımcı olmaktadır. Bakımın devamlılığının sağlanması açısından belgelerle kurulan iletişim önem arz etmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması, iletişim becerilerinin gelişmesi zaman alsa da öncelik arz etmektedir (Ross 2018). Sağlık kurumlarında yöneticilerin, iletişimi güçlendirmek için ekip çalışmasının önemini vurgulaması gerekmektedir (Nadzam 2009).

Hasta bakım uygulamalarında etkin iletişimin kurulması, hasta güvenliğini tehdit eden durumların önceden fark edilmesi ve gereken önlemlerin alınmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla çalışanlar arasındaki iletişim, istenmeyen olayların engellenmesinde önemli bir paya sahip olmaktadır (Alcan ve ark. 2012). Hemşireler, sağlık sistemlerinde hasta ile ilgili bilgilerin en çok aktarıldığı ve iletişimin en yoğun olduğu çalışan grubudur. Yapılan bir çalışmada vardiya bazında hemşirenin hemşire ile hasta bilgi paylaşımı 42 dk, hekim ile 10.95 dk ve diğer sağlık çalışanı ile yedi dakika olarak bulunmuştur (Tschanner, Schaville ve ark. 2013).

JCI, çalışanlar arasındaki iletişimi geliştirmeyi ulusal hasta güvenliği 2018 hedefleri arasında belirtmiştir. Teslimler sürecinde iletişimin geliştirilmesi ulusal hasta güvenliği hedefleri arasında 2010 yılından bu yana görülmektedir. Aynı zamanda DSÖ, 2006'dan bu yana hasta teslimlerindeki iletişime, hasta güvenliği girişimlerinde ilk beş sırada yer vermektedir (Sirgo Rodriguez ve ark. 2018). Ancak tüm gelişmelere rağmen iletişime bağlı tıbbi hatalar halen ortaya çıkmaktadır. İletişim, hemşireler arasında köprü rolü görmektedir. Bu aşamada tıbbi hataların önlenmesinde hemşire-hemşire hasta teslimlerinin önemi açıkça görülmektedir.

2.3. Hasta Teslimleri

Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations- JCAHO), hasta teslimini, hastanın durumuna özgü özellikli bilgilerinin, bir bakım verenden diğerine tam, doğru ve etkileşimli şekilde, standart bir iletişim tekniği kullanılarak devredildiği profesyonel bir iletişim süreci olarak tanımlamaktadır (JCAHO 2006). Bilgi aktarımı, bir süreç şeklinde olmalıdır. Eğer doğru şekilde sağlanmazsa, hasta bakım kalitesi üzerinde belirgin bir etkisi olmaktadır (Sirgo Rodriguez ve ark. 2018). Kaliteli hasta bakımı ve hasta güvenliği çerçevesinde kritik bir öneme sahip olan hasta teslimleri, hemşirelerin her gün vardiya değişimlerinde kullandıkları fonksiyonel bir süreçtir. Hasta teslimlerinde hasta ile ilgili bilgiler sistematik bir süreçte vardiyası sona eren hemşire tarafından yeni vardiyaya başlayacak olan hemşireye iletilmektedir. Hasta teslimlerinin temel amacı, vardiyaya gelen ve giden ekip arasında hasta bakımı doğrultusunda bilgilerin doğru, açık ve sistemli bir şekilde devredilmesidir. Böylece, hasta ile ilgili bilgilerin unutulması ve kaybolması engellenerek istenmeyen olayların oranı belirgin düzeyde azalmaktadır. Bu süreçte, hastaların genel durumu gözden geçirilir ve sona eren vardiyada tamamlanmamış görevler belirlenerek bakımın sürekliliği sağlanmış olur.

Ayrıca, hasta teslimleri hasta memnuniyetini arttıran faktörlerden biridir. Hasta teslimleri genellikle sözel olarak yapılmaktadır. Bu nedenle hemşireler arasındaki iletişim bu süreçte anahtar role sahiptir. Klinik teslim sırasındaki iletişimsizlik; gereksiz, yanlış, eksik bilgi aktarımına ve zamanın etkin kullanılmamasına neden olabilmektedir (Tuğrul, Khorshid 2015). Hasta teslimlerinin sağlık çalışanlarına sağladığı yararlar şu şekilde sıralanabilmekte (Toeima ve Morris, 2013);

- Deneyimli çalışanlar tarafından yürütülen hasta teslimleri mesleğe yeni başlamış olan personel için bir eğitim fırsatı oluşturmakta,
- Kapsamlı hasta teslimi, ekip çalışmasını arttırmasının yanı sıra planlama ve organizasyonu geliştirmekte,
- Uygun çoklu profesyonel bakım sağlama yeteneği kazandırmakta,
- Hasta teslimi, sağlık bakım profesyonellerinin hastanın klinik durumunu birden fazla kez değerlendirmesini ve daha önce tanımlanamayan problemlerin tanımlanması için bir fırsat sağlamakta,
- Yeterli bilgiye sahip olmak, çalışanların zamanı iyi yönetmesini sağlar ve işle ilgili streslerini azaltmakta,
- Kaliteli bakım vermek, iş memnuniyeti ve iş doyumu duygusunun gelişmesinde yararlı olmaktadır.

Hemşire-hemşire teslimlerinde kurumlar arası farklılıklar görülmektedir. Genel anlamda süreç, kurum politikasına göre şekillenmektedir. Literatürde hemşire teslim biçimleri genellikle şu şekilde tanımlanmaktadır (Smeulers, Lucas ve ark. 2014) ;

Yatak Başı Teslim: Hasta odasında, hastanın yanında yapılan teslimdir. Yatak başı hasta teslimi, hastanın hemşire ile yüz yüze iletişimini sağlamaktadır. Hastanın sözel katılımını desteklemekte ve bilgi alışveriş sürecinde hasta merkezli etkileşimi sağlamaktadır.

Sözel Teslim: Genellikle hemşire deskinde veya hemşire odasında gerçekleştirilmektedir. Bir grup hastadan sorumlu olan hemşire, bilgileri hasta ile ilgili kayıtlardan diğer hemşirelere iletmektedir.

Yazılı Teslim: Hemşire deskinde veya hemşire odasında gerçekleştirilmektedir. Bilgi alış veriş; hastaların kayıtlarından, ilaç kartlarından, bakım planı notlarından ve izlem formlarından anlatılarak yapılmaktadır.

Kayıtla Yapılan Teslim: Hemşire deskinde veya hemşire odasında gerçekleştirilmektedir. Sorumlu hemşire hastaların günlük durumlarını içeren bilgileri edinir

ve çalışmaya gelecek yeni hemşireye aktarmak üzere ses kaydedici cihaza okuyup kaydetmektedir. Yeni vardiyaya gelen hemşire hasta ile ilgili bilgileri bu kayıtları dinleyerek almaktadır.

Hasta güvenliğinin sağlanması açısından hemşire teslimlerinin hastabaşında yapılması gerekmektedir. Tanım olarak hasta başı teslimler, nöbeti devreden hemşire ile teslim alan hemşirenin arasında gerçekleşen bir süreç olarak açıklanmaktadır ve hasta da bu şekilde bakım sürecinin bir parçası haline gelmektedir. AHRQ, hasta başı teslimleri, hastalar, aileleri ve hemşireler arasında etkili iletişim olduğundan emin olmak için bir fırsat olarak görmektedir.

AHRQ'ya göre, hasta başı teslimlerin en önemli unsurları şunlardır (AHRQ 2013);

- ✓ Hasta, hasta yakınları ve hemşire ekibinin birbirine tanıtılması
- ✓ Hastanın ve hasta yakının (hastanın izni ile) sürece dahil edilmesi
- ✓ Elektronik hasta kayıtlarının hastabaşında açılması
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının anlayacağı biçimde SBAR iletişim aracının kullanılarak rapor verilmesi
- ✓ Hasta değerlendirmeleri ve çevre güvenliğine odaklanılması
- ✓ Yapılacak girişimlerin gözden geçirilmesi
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaç ve endişelerinin belirlenmesi

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin de hasta başı teslimlerle ilgili endişeleri şu şekilde belirlenmiştir (Ofori-Atta, Binienda ve ark. 2013);

- ✓ Teslim sırasında odada bilinmeyen ziyaretçi ya da hasta yakının olması
- ✓ Hastaya henüz açıklanmamış laboratuvar sonuçları ya da tanıların açığa çıkması
- ✓ Uyuyan hasta
- ✓ Hastanın duyuşsal ya da bilişsel kısıtlamalar yüzünden katılamaması
- ✓ Raporlama süresini uzatan hasta soruları
- ✓ Yarıözel odalarda hasta mahremiyetinin olmayışı

Hemşire teslimleri bir kurumun kendi içinde bile farklılıklar göstermektedir. Bu konuda yapılmış ve teslim süreçlerinin incelendiği birçok çalışma bulunmaktadır. Thomson ve ark. (2018)'ın ABD'de bir hastane acil servisinde yaptıkları çalışmanın sonucuna göre hasta teslimlerinin kalitesini etkileyen koşullar belirlenmiştir. Bunlar; hastaların triyajdan doğru şekilde geçmesi, hasta güvenliği kültürünün olması ve nöbetdeğişen hemşirelerin

olumlu ilişkide olması şeklinde belirtilmiştir. Hemşireler arası nöbet teslimlerinde, profesyonel iletişim araçları kullanarak etkili iletişim sağlanmalıdır.

Ülkemizde de hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesinin sağlanması Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) arasında yer almaktadır. SKS, tüm hastaneler için bir kılavuz olarak kullanılmakta ve standart bir metin olarak ortak dil yaratmaktadır. Hastaların sağlık çalışanları arasındaki teslimleri, iletişimin yoğun olduğu bir zaman dilimdir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012). Bu açıdan hasta teslimleri hasta güvenliği uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Bir kamu hastanesinde 250 hemşireyle yapılmış çalışmanın sonucuna göre; nöbet tesliminde doğru bilginin verilmesi ve etkin iletişimin sağlanmasının büyük önem arz ettiğinin hemşirelerce kavranması, teslimleri etkileyen durumların belirlenmesi ve süreçte olumsuzluk yaratan değişkenler açısından gerekli önlemlerin alınması hasta güvenliğine önemli katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Tuna, Dalı 2018).

2.4. Hemşire Vardiya Değişimlerinde Profesyonel İletişim Aracı Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkisi

Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO), iletişimin geliştirilmesini hasta güvenliği hedefi olarak 2006'dan bu yana gündeminde tutmaktadır. Etkin iletişimin sürdürülebilmesi için; profesyonel iletişim teknikleri oluşturulmuştur (JCAHO 2006). Demir ve Şahin (2014), hasta güvenliği açısından önem arz eden, nöbet teslimleriyle ilgili çalışmalarında, hastaya istenmeden verilebilecek zararın önlenmesinde iletişimin sağlık hizmeti sunum aşamasındaki önemine vurgu yapmaktadır. Araştırmalarında, hasta tesliminin eksiksiz, tam ve açık bir şekilde iletilmesine, hasta teslimlerinde standardize edilmiş bir aracın kullanılmasına ve profesyonel teknik geliştirilmesinin önemine vurgu yapmışlardır.

Hasta teslimlerinin güvenli şekilde gerçekleşmesi için geliştirilmiş profesyonel iletişim tekniklerinin kullanıldığı durumlar aşağıda gösterilmiştir:

- Nöbet teslimleri
- Kısa bir süreliğine personelin bakım alanını terk etmek durumunda olduğu süreçler
- Bölümlerarası nakiller (acil bölümden yoğun bakım ünitesine)
- Konsültasyon görüşmeleri
- Ameliyat sonrası teslim süreci
- Diğer transferler (diğer sağlık kuruluşuna nakillerde)

İletişim araçları, mesleklerarası değerlendirme formlarında, ilaç istem raporlarında, hasta gözlem formlarında kullanılabilir. Aracın yazılı ya da sözlü olmasına bakılmaksızın, etkili bir iletişim aracı;

- ✓ Kullanıcı kolay uyum sağlamalı
- ✓ Gereksiz zaman kaybettirmemeli
- ✓ Bilgiyi etkin bir şekilde iletmeli
- ✓ Mesleklerarası işbirliğini desteklemeli
- ✓ İletişime bağlı tıbbi hata ihtimalini azaltmalıdır (Nadham 2009).

Literatürde en sık karşılaşılan profesyonel iletişim tekniklerinden bazıları şunlardır:

- SBAR
- I PASS the BATON
- 5 P's
- HANDOFFS

SBAR İletişim Tekniği

SBAR, hastanın durumuyla ilgili bilginin bir sağlık çalışanından diğer sağlık çalışanına iletilmesini sağlayan, kanıta dayalı olarak kullanılan etkin bir iletişim tekniğidir. Çalışanların iletişimine odaklanmış, basitleştirilmiş, hasta durumunu doğru bir şekilde aktaran, anlaması kolay bir iletişim aracı olarak tanımlanmaktadır (Alcan ve ark. 2012; Yeh, DeName, 2009). SBAR yöntemi Kolorado'dan Dr. M. Leonard ve arkadaşları tarafından sağlık bakımına uyarlanmıştır. Teknik olarak baş harfler kullanılarak hatırlatıcı modelde bir araç olan SBAR;

S (Situation)= Durum

B (Background)= Tıbbi Öykü

A (Assessment)= Değerlendirme

R (Recommendation)= Öneri

olarak açıklanabilmektedir. SBAR iletişim aracı, hastayla ya da durumla ilgili her bilgiyi iletirken kullanılabilen bir tekniktir. Hemşire-hemşire teslimlerinde kullanılabildiği gibi hekim ile ya da kurum içi ve kurumlararası nakillerde de kullanılabilecek bir yöntemdir. Aşağıda SBAR iletişim aracıyla ilgili bir hemşire-hemşire hasta teslim örneği yer almaktadır;

- Hasta A, 74 yaşında. Acil servisten iki gün önce yatırılmış. Kol bandı acil servise ait kalmış, üstelik beyaz, parasetamol alerjisi mevcut. Ben değiştirmesi için yönlendirdim

(S=Durum)

- Akut arter tıkanıklığı tanısıyla yatıyor, ek diyabet ve hipertansiyon tanısı da mevcut. Bugün operasyon için aç bekliyor. 50 cc/s sf inf başladım. Önceden kullandığı Coraspin tb PO tedavisi kesildi, yerine Clexane 0,6 cc SC tedavisi başlandı, operasyon planlandığı için dün akşamki dozunu Dr. A. önerisiyle atladım (**B=Tıbbi Öykü**)
- Hastanın kan basıncı yüksek seyretti. Kan şekeri izlemi normaldi, sabah aç olduğu için insülinini atladım. Sol alt ekstremitede şiddetli ağrısı mevcut. Dr. A. önerisiyle aneljezik uyguladım, tansiyonu da normale geriledi, hastanın sol alt ekstremitesi soğuk ve nabızları elle palpe edilemiyor, ısıtmak için sardım, mobilizasyonu ve hareketi oldukça kısıtlı, hasta da kaşektik görünümde, basınç yarası yönünden risk grubunda, değerlendirme formu çıkardım (**A=Değerlendirme**)
- ANTA 6*1 izlenebilir, kan şekeri takibi 4*1, hastanın mobilizasyonu kısıtlı basınç bölgelerini değiştirmek amaçlı 6*1 masaj/pozisyon planlabılır. Nörovasküler izlemi 12*1, sol alt ekstremita yakın takip gerektiriyor (**R=Öneri**).

Örnekte de görüldüğü gibi, SBAR iletişim aracı sözel iletişim için oldukça uygun ve kullanılabilir bir tekniktir. SBAR tekniğinin etkin kullanımı sağlık çalışanları arasındaki iletişim becerilerini geliştirmektedir. İletişim araçlarının kullanımı sonucu hasta durumuyla ilgili açık iletişimde olunması, kişilerarası iletişimi de güçlendirmektedir (Holtzman 2018).

SBAR kullanımının sağlık çalışanları açısından faydaları şu şekilde sıralanmaktadır (Alcan 2012);

- Farklı disiplinler ve personel seviyeleri arasında etkin iletişim engellerini azaltmaktadır (hiyerarşi, etik değerler, farklı iletişim tipleri, cinsiyet, vs.).
- Hasta ile ilgili kritik bilgilerin ve durum değerlendirmelerinin ekip üyeleri tarafından etkili bir şekilde paylaşılmasını sağlamaktadır.
- SBAR, zaman yönlendirici ve hatırlanması kolaydır. Aynı zamanda literatürde yararları ve geçerliliği kanıtlanmıştır. Bu nedenle özellikle iletişim konusunda kişileri cesaretlendirmek ve aynı dili kullanma ile anlatma ve anlaşılma konusunda uygun bir zemin hazırlamaktadır.
- İş yükünü azaltmaktadır.
- Yanlış iletişime bağlı hataları azaltmakta, aktarılan bilginin organize edilmeden iletilmesini önlemektedir.
- İletişim esnasında yaşanacak olan istenmeyen kesintileri önlemektedir.
- İletişimi kişinin becerilerinden kurtarıp standart hale getirmektedir.

Hasta ile ilgili bilgi alışverişi, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasında günlük işleyişte yoğunlukla meydana gelmektedir. Bu açıdan hemşirelerin standardize iletişim aracı kullanıp tıbbi hataları azaltmaları beklenmektedir. SBAR, verilen bilgide hata ya da eksiklik kalmasının önlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Model olarak son yıllarda üzerinde bir çok çalışma yapılmıştır. SBAR iletişim aracının, ramak kala ve tıbbi hataları önlediği, hasta teslim süresini kısalttığı ve çalışan memnuniyetini arttırdığı bilinmektedir (Nagammal 2017; Funk, Taicher ve ark. 2016; Randmaa 2014; Sears, Lewis ve ark. 2014; Sherman ve ark. 2013; De Meester, Verspuy ve ark. 2013).

SBAR, uygulaması kolay bir iletişim aracı olarak görülmekte fakat yine de uygulanması sırasında meydana gelebilecek bazı güçlükler dikkat çekmektedir (Shaid, Thomas 2018);

- Tıbbi öyküsü ve bakım planları oldukça yoğun ve karmaşık olan hasta bilgisi verirken güçlük yaşanabilmektedir,
- İletişim aracı olarak tüm klinik çalışanları tarafından iyi anlaşılması ve benimsenmesi gerektirmektedir,
- Örgüt kültürü olarak uyumu gerektirmektedir.

I PASS The BATON İletişim Tekniği

'I PASS The BATON'un, hastanın tüm bilgilerinin tam ve uygun şekilde teslim edilmesi için güven duyulan bir profesyonel araç olduğu düşünülmektedir (Yeh, DeName 2009). Tablo 1'de iletişim tekniği açıklanmıştır.

Tablo 1:I PASS The BATON İletişim Tekniği

Teknik	Türkçe	Açıklama
I-I	Ben	Kendinizi, rolünüzü veya işinizi tanıttın (hasta dahil)
P-Patient	Hasta	İsim, yaş gibi tanımlayıcılar
A-Assessment	Değerlendirme	Mevcut başlıca şikayet, yaşamsal belirtiler, semptomlar ve tanı
S-Situation	Durum	Kod durumu, son değişiklikler ve tedaviye yanıt dahil olmak üzere mevcut durum veya koşullar
S-Security Concerns	Güvenlik Endişeleri	Kritik laboratuvar değerleri veya raporları, sosyoekonomik faktörler, alerji ve uyarılar (örneğin düşme veya izolasyon)
The		
B-Background	Geçmiş	Komorbiditeler, önceki durum, mevcut ilaçlar ve aile öyküsü
A-Action	Eylem	Hangi işlemler yapıldı, gerekliliğini tanımlayın
T-Timing	Zamanlama	Aciliyet düzeyi, açık olarak zamanlama ve eylemlerin önceliklendirilmesi
O-Ownership	Sahiplik	Hasta veya aile dahil kim sorumludur (kişi veya ekip)?
N-Next	Sonraki	Bundan sonra ne olacak? Beklenen değişiklikler var mı? Plan nedir? Acil durum planları var mı?

<https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html#communication>

Elektronik I PASS iletişim aracı uygulanmış bir çalışmada teslim zamanı ve teslimler sırasında verilen gereksiz bilginin azaldığı görülmüştür (Zavodnick, Jaffe, Altshuler2018).

5 P's İletişim Tekniği

ABD' de bir sağlık bakım merkezinde geliştirilen 5 P's iletişim aracı toplam 5 kategoriden oluşmaktadır. 5 P's iletişim aracının diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında daha kısa olduğu görülmektedir, fakat diğer yöntemlerde olduğu gibi hasta tesliminin hızlı, tüm bilgiyi içeren şekilde olmasını sağlamaktadır (Tablo 2) (Yeh, DeName 2009).

Tablo 2: 5P's İletişim Tekniği

Teknik	İngilizce	Türkçe	Genel Bilgi
1P	Patient	Hastanın Tanıtılması	Hastanın yaşı, cinsiyeti, şu anki şikayeti, tanısı
2P	Plan	Bakımın Planlanması	Sıvı alımı, hastanın aldığı çıkardığı sıvı, intravenöz girişim)
3P	Purpose	Amaç	Hastanın klinik bulguları sonucunda belirlediğimiz amaç
4P	Problems	Sorunlar	Anormal bulgular, ağrı skalası, yaşam bulguları, değerlendirme
5P	Precautions	Alınabilecek Önlemler	Alerji durumu, düşme riski, izolasyon durumu

HANDOFFS İletişim Tekniği

Hasta bilgilerinin hasta teslimi sırasında uygun ve etkin bir şekilde iletilmesini sağlayan iletişim aracı olarak, gerekli bilgilerin İngilizce baş harflerinden meydana gelmiş bir iletişim tekniğidir (AHRQ 2013).

H-Hastanın Kurumdaki Odası/Yeri

A-Alerjiler/İlaç Yan Etkileri

N-Adı/Hasta Numarası

D-DNR?/Diyet

O- Mevcut Cerrahi/Dahili Problemleri

F-Yatış Nedeni

F-Hastaya Uygulanacaklar Bilgisi

S- Öneriler (Riesenberg, Leitzsch, Brian 2009).

Hasta güvenliği açısından önem arz eden SBAR iletişim aracının kullanılması, bir değişim sürecini beraberinde getirmekte ve bu durum hemşireler açısından uyum sağlanması gereken bir konu olarak düşünülmektedir.

2.5. Değişim ve Yeniliğe Uyum

Dünyada yaşanan gelişmelerin, günümüzde tüm kurumları değişime zorladığı bilinmektedir. Değişim, tanım olarak bir şeyin durumunda meydana gelen her türlü farklılaşma, değişim yaratmak ise bireylere yeni fikirler, yeni yöntemler sunmak olarak bilinmektedir (Oktay 2016; Aktan 2011; Yeniçeri 2002). Kurumsal değişim ise kurumun bütün işleyiş konularında o zamanki durumdan farklı bir konuma gelmeyi ifade etmektedir (Koçel 2005). Kurumlarda değişim kaçınılmazdır. Değişim sadece kurumların kendi yapılarından kaynaklanan sorunların çözümüne yönelik değil, aynı zamanda kurumun içinde bulundukları çevreye de uyum sağlamanın bir zorunluluğu olarak da gerçekleşmektedir. Bu bağlamda kurumlar, değişim ihtiyacına uygun cevap vermenin arayışı içindedirler. Değişim ihtiyacının bir süreç olarak algılanması onu daha etkin kılmaktadır. Değişim, tüm kurumlar ve insanlar için gelişimin kaynağı olarak görülmektedir. Bu açıdan değişime doğru anlam vermek onun algılanmasını ve yönetimini daha etkin kılacaktır (Seçkin, Demirel ve ark. 2016)

Değişimi iyi anlayabilmek için nedenlerini, süreci ve değişime direnci anlamak gerekmektedir. Hemşirelik alanında da değişim vazgeçilmez bir kavramdır. Hemşire, kendini sürekli gelişen yönde değiştirmekte olan bir sağlık profesyoneli.

2.5.1. Değişimin Nedenleri

Kurumlar, değişim sürecine neden olan birçok etkenle karşılaşmaktadır. Değişimin gerekliliği değiştirilemez fakat nedenleri her kurum için farklı olabilmektedir.

İçsel nedenler: Kurum içinden kaynaklanıp değişime kurumu zorlayan nedenlerdir. Örneğin, verimlilik oranının düşmesi, azalmış güç ve güdülenme düzeyi, çalışanlar arası yoğun anlaşmazlıklar, kişilerin eğitim düzeylerinin yükselmesi sayılabilir (Ulusoy 2014). Teknolojik yenilikler, stratejik hedeflerdeki farklılıklar, işleyiş yöntemlerindeki değişimler kurumun iç çevresinde olan diğer etken değişkenlerdir. Zaman içinde amaçların yapısının, bölümlerarası ilişkilerin, denetim biçimlerinin ve denetim alanlarının, iletişim türünün, karar oluşturma etkinliğinin, çalışanlardaki doyum düzeyinin değişmesi kurumun iç çevresinde olan değişim nedenleri olarak belirtilebilir (Sullivan ve Decker 2009; Toker 2007).

Dışsal nedenler: Bütün kurumlar belirli bir çevrenin içinde işleyişlerini sürdürmektedirler. Kurum sınırları dışında kalan her öge dış çevreyi oluşturur (Koçel 2005). Dış çevre

etkenlerinde meydana gelen bir değişim, kurumu etkileyip, kurum üzerinde değişim baskısı yaratmaktadır. Kurumsal değişime neden olan başlıca dış çevre faktörleri, ekonomik çevre, sosyokültürel çevre, siyasal çevre, teknolojik çevre ve ekolojik çevredir (Sullivan ve Decker 2009; Toker 2007).

2.5.2. Değişim Süreci

Kurumlarda değişimi yönetme, daha hızlı bir şekilde sorunları çözme, deneyerek öğrenme, yeni koşullara uyum sağlama ve daha yeterli hale gelme amacı ile gerçekleştirilen bir süreçtir (Yıldız, 2012). Değişim yapılacağı yerdeki kişileri eğitim durumu, kültürleri vb. farklılıklar nedeniyle değişim süreci çeşitli engellerle karşılaşabilmektedir. Bu süreç, gereksiz olarak algılanıyor ve üst yönetim tarafından dayatılıyor ise süreç daha da zorlaşabilmektedir (Oktay 2016; Ulusoy 2014). Planlı değişim süreci aşama aşama incelenecek olursa (Sullivan ve Decker 2009);

- Tanılama: Sorunun tanınması, veri toplama ve verilerin analizi bölümlerinden oluşmaktadır. Bazen sorunun tanınması sırasında fırsatlar değişimi zorunlu kılmaktadır. Veri toplama aşamasında tüm itici ve kısıtlayıcı güçlerin tanımlanması önemlidir. Verilerin analizi sürecinin amacı, direnci belirlemek ve olası çözüm yolları tanımlamak şeklinde vurgulanmaktadır.
- Değişimin Planlanması: Planlanma aşamasında değişim için gerekli olan en uygun yol aranır. Değişimin kim tarafından, ne zaman ve nasıl uygulanacağını karar verildiği aşamadır. Başarı göstergeleri ve hedefler de tanımlanmalıdır.
- Değişimin Uygulanması: Değişim aracı bu aşamada kişilere gerekli enerjiyi vermelidir. Bireylerin değişimle ilgilenmesi ve kabul etmesi sağlanmalıdır. Direnç gösterme olasılıkları azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu aşamada stratejiler önem arz etmektedir.
- Değerlendirme: Yaşanılan değişimle beklenen başarı göstergelerinin karşılaştırıldığı aşamadır. Değişim başarıyla gerçekleşiyse sabitlenmesi gerekmektedir. Değişimin sisteme yerleştirilmesi ve yasal düzenlemelerle prosedürlerin oluşturulmasına gereksinim duyulmaktadır.

2.5.3. Değişime Direnç

Değişime direnç, kurumsal değişimin yönetimini doğrudan etkileyen bir faktördür. Her zaman değilse de, değişime ilk tepki genelde isteksizlik ve direnç şeklinde görülmektedir

(Sullivan vd 2009; Meni 2003). Değişim sürecinde karşılaşılan direnç iki boyutta incelenmektedir (Ulusoy 2014; Sullivan vd 2009; Meni 2003);

- Bireysel boyut; eskinin yerine ne geleceği korkusu, güç/statü/iş kaybı korkusu, değişim konusunda bilgi eksikliği, harcanacak çabaya değmeyecek düşüncesi
- Kurumsal boyut; ekonomik kaynakların olmaması, üst yönetimin değişme direnci, teknoloji ve zaman kısıtlılığı, kurum iç yapısında aşırı kararlılık, kurum kaynaklarını kontrol edenlerin değişimi tehdit olarak algılaması

Altındış (2011)'in yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının kurumsal değişime direnç algılarının genel olarak orta düzeyde, değişime destek algılarının hemşirelerde düşük olduğunu saptanmıştır. Vatan ve ark. (2011)'nın bir üniversite hastanesinde hemşirelerle yaptığı araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin değişimin bir parçası olduklarını düşündükleri, değişim planlamaları ve değişik şeyler öğrenmede istekli oldukları belirlenmiştir.

Bu bağlamda çalışanların kurumsal değişim sürecine katılmaları onların değişimi sahiplenmelerine yol açabilmektedir. Değişimle ilgili hususlarda çalışanların görüşlerinin alınması ve konu ile ilişkili alınacak kararlarda onlara etkili olmaları için fırsatlar verilmesi, değişime bakış açılarını değiştirebilir. Belirtilen yöntemler kurumsal değişime gösterilen dirençleri hafifletebilir ya da tamamen ortadan kaldırabilir. Değişim sürecinde paniğe kapılan çalışanların bilgilendirilmesi ve değişim sürecinin iyi anlatılması çoğu kez olumlu sonuçlar verir. Bazen değişime gösterilen direnç, görünen sebeplerin dışında söylenmeyen başka nedenlerden dolayı yapılabilir. Bu gizli nedenlerin bulunması ve ortadan kaldırılması gerekir. Bu bağlamda etkin bir iletişim sistemi kadar çalışanlara değer ve güven verilmesi oldukça önemlidir. Kurumsal değişime karşı açık ya da gizli gösterilen direnç, kurumsal değişim sürecine zarar verir. Değişimin, planlanan sürede gerçekleştirilememesi, kurumsal kaynakların israfına neden olabilir (Mitchell 2013; Tunçer 2013).

Değişimle ilgili yapılan araştırmalarda, alt kademe ve tepe yönetimin rolünün değişim sürecinde önemli olduğu, açık ve doğrudan iletişim kurmasının, değişimin nedeni ve izlenecek stratejiler hakkında bilgi vermesinin, güçlü liderlik özelliklerine sahip ve çalışanlarını destekleyen, onların görüş ve düşüncelerine önem veren yönetim tarzının değişimin başarıya ulaşmasında etkili olduğu vurgulanmıştır. Kurumlarda kültürü tanımanın öneminin farkedilmesi ve değişim sürecinin uzun tutulması ile değişimin kolaylaştığı bilinmektedir (Seren ve Baykal, 2007). Kurumda liderin değişim ajanı rolü, değişimin

uygulanabilmesi açısından önem göstermektedir. Pek çok liderin karşılaştığı temel zorluklardan biri değişime direncin kırılmasıdır. Dönüşümcü liderlik ve etkileşimsel liderlik özellikleri gösteren kurumların değişime hazır oluşu olumlu yönde etkilenir; serbest bırakan liderlik uygulamalarında ise olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir (Allen 2013; Grant 2010; Oliver 2006).

Değişime karşı oluşan direncin olumlu yönleri de bulunmaktadır (Ulusoy 2014);

- ✓ Değişim sırasında veya sonrasında problem olabilecek konuları önceden tespitini, beklenmeyen olumsuz sonuçları önlemekte, önceden önlem almayı sağlamaktadır.
- ✓ Bireylere ek bilgi ve seçenekler aramaya yöneltmektedir.
- ✓ Farklı çözüm yollarının aranmasına önerilerin uygunluğunu irdelemeye teşvik etmektedir.
- ✓ Değişimi gerçekleştirmek için daha etkin iletişim sistemi kurmaya zorlamaktadır.

Hemşirelik mesleğinde, yaşanan değişimlerin hasta güvenliğini arttıracak yapıda olması hedeflenmelidir. Bu kapsamda literatürde SBAR'ın hasta güvenliğini sağlamada kullanılabilir ve etkin bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (Nagammal 2017; Ting, Peng ve ark 2017; Funk, Taicher ve ark. 2016; Randmaa 2014; Sears, Lewis ve ark. 2014; De Meester, Verspuy ve ark. 2013) Hemşire yöneticiler, kurum hemşirelerinin öncelikle ihtiyaçlarını belirlemeli ve değişime karşı hazır olmalarını sağlamalı, yaşanacak iletişim hatalarının önlenmesinde kurum politikası olarak gerekli değişim yapılanmasını planlamalıdır.

2.6. SBAR İletişim Aracının Tıbbi Hataları Önlemedeki Önemi ve Sonuçları

Yatakbaşı teslimlerde kullanılması önerilen en önemli araç SBAR olarak belirtilmiştir. SBAR iletişim aracı, hasta teslimlerini belirgin olarak kolaylaştırmaktadır. Bir sağlık kuruluşunun 34 yataklı derlenme ünitesinde yapılan bir çalışmada SBAR iletişim aracını kullanmak teslim süresini 40 dakikadan 10 dakikaya düşürmüştü ve kurum fazla mesailerden iki ay içinde 8000 dolar kar elde etmiştir (Sherman ve ark 2013). Katar'da JCI onaylı 74 yataklı bir onkoloji merkezinde yapılmış çalışmaya tüm kliniklerde çalışan hemşireler dahil edilmiştir. Teslimlerde SBAR uygulamaya yönelik hemşire görüşlerini almayı amaçlayan çalışmada teslim yapısı, teslim değerlendirme ölçeği ile çalışılmıştır. Hemşirelerin %91,2'i uygulamadan memnun olduğunu iletmıştır. Hemşirelerin %54,9'u kullanım sonrası teslim süresinin kısalacağını, %56,9'u SBAR aracının iletişime bağlı tıbbi hataları azalttığına inandığını belirtmiştir. Son olarak %81,4 katılımcı aktarılan bilginin yeterli ve iyi olduğu

düşündüğünü ifade etmiştir (Nagammal 2017). SBAR iletişim aracı, tüm kliniklerde olduğu gibi özellikli birimlerde daha çok uygulanmış, hemşire-hemşire, hekim-hemşire iletişimde önemini vurgulamak için birçok çalışma yapılmıştır. İsveç'te yapılmış bir çalışmada, iki hastanenin (SBAR uygulanan ve uygulanmayan) tüm anestezi kliniklerinde (Yoğun Bakımlar, Ameliyathane ve PACU birimi) hemşire ve hekim katılımıyla (n=230) önemli sonuçlar elde edilmiştir. Tüm çalışma bir yıl süreyle devam etmiş ve iki hastanesinde sistemden iletişime bağlı tıbbi hata oranları incelenmiştir. Sonuç olarak iletişime bağlı tıbbi hataların %31'den %11'e düştüğü görülmüştür (Randmaa 2014). Klinik bazda Tayvan'da doğum kliniğinde yapılmış bir diğer çalışmada oluşturulan SBAR teslim listesi telefonun yanına yerleştirilmiş ve hemşire- hemşire, hekim- hemşire sözlü iletişimi için anımsatıcı olarak kullanılmıştır. Uygulamanın sonucu olarak, ekip çalışması ve güvenlik ikliminin, çalışan memnuniyetinin ve çalışma koşullarının geliştiği bildirilmiştir (Ting, Peng ve ark 2017).

SBAR iletişim aracı kullanımı, kullanım alanı hasta transferi ya da teslimi farketmeksizin beklenmeyen ölümleri ve istenmeyen olayları azaltmakta, diğer ekip üyeleri ile olan iletişimi güçlendirmektedir (Funk, Taicher ve ark. 2016; Sears, Lewis ve ark. 2014; De Meester, Verspuy ve ark. 2013). Yine yapılmış bir diğer çalışmada SBAR aracının hasta teslim sürecinde kullanılmasının, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinde iyileşmeye neden olduğu görülmektedir (Siew Eng 2017).

Ülkemizde konu ile yapılmış çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. İstanbul'da bir devlet ve iki özel hastanenin doğumhane vekadın hastalıkları kliniklerinde görevli ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 35 hemşire/ebe ile yapılmış çalışmada, toplam bir ay haftada iki kere 40 dk süreli eğitimler verilmiş ve SBAR iletişim aracı, sözel teslimlerde dört ay süreyle kullanılmıştır. SBAR geribildirim formu kullanılarak elde edilen sonuçlarda, genel olarak olumlu olmalarına rağmen hemşirelerin %57,1'i devam etmek istemediğini belirtmiştir (Demir, Şahin 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, eylem araştırması tasarımı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi cerrahi ve dahili birimlerinde yürütülmüştür. Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi, erişkin ve çocuk hastaneleriyle toplamda 1150 yataklıdır ve hastanede 802 hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelerin çalışma şekli, 08:00-20.00 ve 20:00-08:00 olmak üzere iki vardiya düzenindedir. Hasta teslimleri yatak başında yapılmaktadır. Teslim sürecinde herhangi bir iletişim aracı kullanılmamakta ve hemşireler, hasta bilgilerini hasta gözlem formları yardımıyla nöbet teslimlerinde birbirlerine aktarmaktadır. Her klinik, kendine özgü teslim ve izlem formu kullanmaktadır. Hemşireler, kullandıkları formları hemşire deksinde bulundurmak yerine yanlarında taşımaktadır. Araştırma literatür taraması ile Kasım 2017’de başlayıp, Eylül 2019’da tez sınavı ile sonlandırılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi tüm kliniklerde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır (N=802). Harvard Üniversitesi Risk Yönetim Vakfı’nın 2015 raporunda, iletişim kaynaklı tıbbi hataların %27’sinin diğer birimlere göre daha büyük bir payla cerrahi birimlerde olduğu görülmektedir (CRICO 2015). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Dikmen, Yorgun ve ark. 2014). Bu nedenle çalışma örneklemine iki cerrahi klinik alınmıştır. Ancak uygulamanın tüm hastaneye yaygınlaştırılabilmesi için üç dahili klinik de örnekleme dahil edilmiştir. Hemşirelik hizmetleri yönetiminin önerisiyle Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği, Ortopedi Kliniği, Beyin Cerrahisi Kliniği, Dahiliye 1 Kliniği, Dahiliye 2 Kliniği ve Palyatif Bakım-Aritmi Kliniği’nde çalışma yürütülmüştür. Fakat ortopedi kliniği, yoğunluğu ve düzenli uygulama yapılmaması nedeniyle örneklemden çıkarılmıştır. Örnekleme teslim sürecini gerçekleştiren klinik hemşireleri alınmıştır (n=55).Ancak Tanıtıcı ve Çalışma Durumu Bilgi Formu ile SBAR Geri Bildirim Formunu 50 hemşire doldurmuştur. Örnekleme alınan kliniklerdeki çalışan hemşire dağılımları Tablo-3’de gösterilmektedir.

Tablo 3: Kliniklere Göre Hemşire Dağılımları (n=55)

Klinik Adı	Hemşire Sayısı
Göğüs- Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği	13
Beyin Cerrahisi Kliniği	13
Dahiliye 1 Kliniği	13
Dahiliye 2 Kliniği	11
Palyatif Bakım-Aritmi Kliniği	5

3.4. Çalışma Materyali

Herhangi bir materyal kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada istatistiksel bir karşılaştırma yapılmadığından değişken bulunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı ve Çalışma Durumu Bilgi Formu, Hasta Teslim Formu ve SBAR Geri Bildirim Formu kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı ve Çalışma Durumu Bilgi Formu (Ek I)

Form, araştırmacı tarafından hazırlanmış ve katılımcının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hemşirelik yaptığı süre, çalıştığı birim, birimdeki çalışma süresi, birimdeki görevi ile ilgili yedi sorudan oluşmaktadır.

Hasta Teslim Formu (Ek II)

Hasta teslim formu, literatür doğrultusunda SBAR iletişim modeli incelenerek araştırmacı tarafından yapılandırılmıştır (NHS 2008; IHI 2017; Klee, Latta ve ark. 2012). Aşağıda SBAR iletişim modeline göre hazırlanmış veri toplama aracının bölümleri ve içeriği yer almaktadır:

S (Durum) bölümü, hastanın odası, adı, soyadı, sorumlu doktoru- dış birim ise doktor telefonu, alerji/kol bandı bilgileri

B (Tıbbi öykü) bölümü, hastanın tanısı, post-op kaçınıcı günde olduğu, işlem için aç bekleme durumu, izolasyon endikasyonu, özellikli tedavi-narkotik ilaç teslimi, IV sıvı varlığı

A (Değerlendirme) bölümü, anormal yaşam bulgusu, bilinç düzeyi, beslenme durumu, basınç yarası varlığı, dren/ katater varlığı

R (Öneri) bölümü, ANTA, AÇT, KŞ izlem, masaj-pozisyon girişim sıklık önerileri

Formun içerik geçerliliğinde, önce hemşirelik hizmetleri müdürlüğü ve belirlenen kliniklerin sorumlu hemşireleri ile görüşme yapılmıştır. Yapılan bu ilk toplantıda, araştırmacı ve danışman tarafından konunun önemi, planlanan değişimin nedenleri, SBAR iletişim aracı ve form oluşturulması sürecinde nasıl düzenlemelerin gerekli olduğuna dair bilgiler aktarılmıştır. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan formun, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü ve sorumlu hemşirelerden gelen geri bildirimlerle ana yapısı değişmeyecek şekilde düzenlenmesi planlanmış ve sorumlu hemşirelerden klinik hemşirelerinden de görüşlerinin alınması istenmiştir. Tüm geri bildirimlerin tekrar değerlendirilmesi amacıyla bir ay sonra ikinci toplantı planlanmıştır.

Yapılan ikinci toplantıya hemşirelik hizmetleri yönetimi, sorumlu hemşireler, araştırmacı ve danışman katılmıştır. Bu toplantıda klinik hemşirelerinden sorumlu hemşireler aracılığıyla gelen geri bildirimlere göre düzenlenen form, göğüs-kalp-damar cerrahisi kliniğinde deneme amaçlı üç ay süreyle kullanıma başlanmıştır. Hastanın izleminin hemşirenin klinikten ayrıldığı zamanlarda da yapılabilmesi amacıyla hemşire istasyonunda bulundurulması kararı alınmıştır.

Göğüs- kalp-damar cerrahisi kliniğinin görüş ve önerilerini almak ve formun kullanım kolaylığını sağlamak için hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün de katılım sağladığı üçüncü bir toplantı daha yapılmıştır. Bu toplantıda formu kullanmaya yeni başlayacak dört klinik için de ilk toplantı içeriğinde bilgilendirme yapılmış ve kullanıma başlamış kliniğin görüş ve geri bildirimleri alınarak süreç ilerlemiştir. Formun arka sayfasına yerleştirilemeyecek bilgiler için notlar kısmı, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü önerisiyle eklenmiştir. Diğer dört klinik üç ay, göğüs-kalp-damar cerrahisi kliniği altı ay süreyle kullandıktan sonra aylık değerlendirilen kullanım oranlarının düşük olması sebebi ve ara geri bildirim alınması amacıyla dördüncü toplantı planlanmıştır.

Dördüncü toplantıya, kliniklerde çalışan hemşireler de davet edilmiştir. Toplantıda kliniklerden gelen hemşireler ve sorumlu hemşirelerden gelen tüm görüşler alınıp form kliniklerde kullanıma uygun hale getirilmiştir. Yapılan bu son toplantıda kullanım oranlarının artırılması amacıyla, hemşirelerden gelen öneri doğrultusunda daha önce kullandığı gibi formu yanında taşılamalarına karar verilmiştir.

Uygulama aşamasında, SBAR teslim formu her nöbet tesliminde kullanılmıştır. Kullanılan toplam form sayısı 1410'dur.

Göğüs-kalp-damar cerrahisi kliniğinde üç ay deneme sonrasında altı ay daha kullanıma devam edilmiş ve toplamda dokuz ay boyunca form kullanılmıştır. Diğer klinikler ise altı ay süreyle form kullanılmıştır. Formun uygulandığı sürede, doldurulan tüm formlar araştırmacı tarafından analiz için her ay kliniklerden alınmış ve tek tek değerlendirilmiştir.

SBAR Geri Bildirim Formu (Ek III)

Hemşirelerin SBAR iletişim aracına uygun hasta teslim formu kullandıktan sonra memnuniyetlerini değerlendirmek üzere SBAR Geri Bildirim Formu kullanılmıştır. Bu form, Demir ve Şahin tarafından 2014 yılında oluşturulmuş olup SBAR aracıyla ilgili görüşleri belirten 11 maddeden ve evet- hayır şeklinde görüş bildirilecek biçimde yapılandırılmıştır. Bu form her kliniğe elden verilmiş, doldurulan formlar aynı gün ya da birkaç gün içinde geri alınmıştır. Veri kayıplarını önlemek amacıyla her kliniğe beşer fazladan form dağıtılmıştır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

- Literatür Taraması-Tez Önerisi Hazırlama (Kasım 2017-Nisan 2018)
- Etik Kurul İzini-Kurum İzni (Nisan 2018-Mayıs 2018)
- Ön Verilerin Toplanması-Bilgilendirmenin Yapılması (Ekim 2018)
- İlk Verilerin Değerlendirilmesi (Kasım 2018)
- Son Verilerin Toplanması ve Veri Analizi (Aralık 2018-Ağustos 2019)
- Araştırma Raporu Yazımı (Ağustos-Eylül 2019)
- Tez Bitirme Sınavı (Eylül 2019)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma durumu, SBAR teslim formunu kullanım durumları ve hemşirelerin geri bildirim formu verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 programında sayı, yüzdelik, frekans olarak tanımlayıcı istatistikler kapsamında değerlendirilmiştir. Teslim formunun doldurulma oranları değerlendirilirken deneme yapılan klinik ve diğer kliniklerde kullanılan 1410 form analiz edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Klinik uygulama sürecinde, nöbet teslimleri gözlenmediği için formun kullanımına ilişkin veriler aylık olarak toplanan SBAR teslim formlarının işaretlenmesinden elde edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etiği

SBAR geri bildirim formu kullanımı için Dr. Öğr. Gör. Sevda DEMİR ve Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'den (Ek IV), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden

uygulama izni (Ek V) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek VI-Karar Tarihi: 28.05.2018, Karar No: 2018/13-31).



4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular; hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma özellikleri, SBAR teslim formunu kullanım durumu ve SBAR geri bildirimlerine ilişkin bulgular olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir.

1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4: Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri (n=50)

Özellikler	Sayı	%
Yaş X=31,12 (SS=5,55)		
20-29	20	40
30-39	26	52
40-49	4	8
Cinsiyet		
Kadın	50	100
Erkek	-	-
Eğitim Durumu		
Lisans	43	86
Yüksek Lisans	7	14
Çalışma Süresi X=7,90 (SS=5,64)		
1-4 yıl	19	38
5-14 yıl	23	46
15-24 yıl	8	16
Çalışılan Birim		
Dahili Birimler	26	52
Cerrahi Birimler	24	48
Çalışılan Birimde Süre X=5,52 (SS=5,64)		
1-4 yıl	29	58
5-14 yıl	16	32
15-24 yıl	5	10

Tanıtıcı özellikler incelendiğinde, çalışmaya tamamı kadın olmak üzere 50 hemşirenin katıldığı görülmektedir (Tablo 4). Hemşirelerin yaş ortalaması 31,12 (SS=5,55) olup; %52'si

30-39 yaş aralığındadır. Eğitim durumuna göre hemşirelerin %86'sı lisans mezunudur. Çalışma zellikleri değerlendirildiğinde, katılımcıların %52'si dahili birimlerde, %48'i ise cerrahi birimlerde çalışmaktadır. Hemşirelerin alışma süresi ortalaması 7,90(SS=5,64) yıldır ve % 46'sı 5-14 yıl klinik deneyime sahiptir. Hemşirelerin birimlerde çalışma süresi ortalama 5,52(SS=5,64) yıldır. Hemşirelerin %58'i birimlerinde 1-4 yıllık deneyime sahiptir. Çalışmaya katılan hemşirelerin tamamı servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.



2. Hemşirelerin SBAR Teslim Formunun Kullanım Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 5: Kliniklere ve Aylara Göre SBAR Teslim Formunun Kullanımı

KLİNİK	1.AY			2.AY			3.AY			4.AY			5.AY			6.AY		
	Kullanılan	Kullanılması Gereken	Kullanılan %	Kullanılan	Kullanılması Gereken	Kullanılan %	Kullanılan	Kullanılması Gereken	Kullanılan %	Kullanılan	Kullanılması Gereken	Kullanılan %	Kullanılan	Kullanılması Gereken	Kullanılan %	Kullanılan	Kullanılması Gereken	Kullanılan %
Göğüs- Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	54	207	26,08	89	188	47,34	111	209	53,11	81	188	43,08	50	193	25,90	46	153	30,06
Beyin Cerrahisi Kliniği	51	186	27,41	23	168	13,69	-	186	0	67	168	39,88	-	178	0	-	138	0
Dahiliye 1 Kliniği	15	186	8,06	10	168	5,95	-	186	0	26	168	15,47	34	178	19,10	23	138	16,66
Dahiliye 2 Kliniği	23	155	14,83	29	140	20,71	60	155	38,70	43	140	30,71	12	153	7,84	-	115	0
Palyatif Bakım -Aritmi Kliniği	38	124	30,64	55	112	49,10	65	124	52,41	48	56	85,71	37	64	57,81	21	46	45,65

Hemşirelerin SBAR teslim formunu kullanım durumları incelendiğinde, klinikler bazında elde edilen veriler Tablo 5’te verilmiştir. Deneme yapılan klinik göğüs- kalp-damar cerrahisi kliniği, ilk iki ayda kullanım olarak birbirine benzer sonuçlar (%36,18-34,65) göstermiştir. Üçüncü ay kullanım oranı en düşük (%17,30), sonraki üç ayda artan oran belirlenmiştir. Dahiliye 2 ve palyatif bakım-aritmi kliniğinin üç aylık bulgularının giderek artan oranda olduğu bulunmuştur. Çalışma boyunca kullanımı incelendiğinde, en yüksek kullanım yüzdesi palyatif bakım-aritmi kliniğindedir.

Tablo 6: SBAR Teslim Formunun İçindeki Bölümlerine Göre Kullanımı (n=1410)

BÖLÜMLER	Doldurulan		Doldurulmayan	
	Sayı	%	Sayı	%
S (DURUM)	1395	98,93	15	1,07
B (TIBBİ ÖYKÜ)	1356	96,17	54	3,83
A (DEĞERLENDİRME)	1070	75,88	340	24,12
R (ÖNERİ)	1291	91,56	119	8,44

SBAR teslim formunun tüm bölümlerinin doldurulması ayrı ayrı incelenmiştir. Hemşirelerin formun bölümlerini doldurma oranları, kliniklerden toplanan formlar üzerinden çalışılmıştır (n=1410). Elde edilen bulgular Tablo 6’da verilmiştir.

Durum bölümünün %98,93 oranla en çok kullanılan bölüm olduğu görülmektedir. En az kullanılan bölüm değerlendirme kısmı olarak bulunmuştur (%75,88).

Tablo 7: Son Üç Ay Verilerine Göre SBAR Teslim Formunun Klinik Bazda Hafta içi- Hafta sonu Kullanım Farkları

KLİNİK	HAFTA İÇİ (%)		HAFTA SONU (%)	
	Hemşire sayısı	Kullanım oranı	Hemşire sayısı	Kullanım oranı
Göğüs- Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	7	30,71	6	61,53
Beyin Cerrahisi Kliniği	6	14,44	6	19,23
Dahiliye 1 Kliniği	6	18,88	6	17,94
Dahiliye 2 Kliniği	5	16,00	5	10,76
Palyatif Bakım - Aritmi Kliniği	2	72,50	2	73,07

SBAR teslim formunun uygulandığı süre içinde son üç ay için hemşirelik hizmetleri yönetimine veri sağlamak amacıyla (formun iş yükü ve hemşire sayısına göre kullanım oranlarını ve tüm hastanede kullanım stratejisini belirlemek üzere) SBAR teslim formunun gece/gündüz ve hafta içi/hafta sonu kullanım farkları değerlendirilmiş, Tablo 7 ve Tablo 8’de gösterilmiştir.

Hemşirelerin SBAR teslim formunu kullanım oranları hafta içi ve hafta sonu olmak üzere Tablo 7’de belirtilmiştir.

Hafta içi kullanımda palyatif bakım- aritmi kliniğinde kullanım yüzdesinin en yüksek (%72,50) olduğu, dokuz ay süreyle kullanan göğüs-kalp-damar cerrahi kliniğinin, hafta sonu kullanımının hafta içine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen verilere göre, dahiliye 2 kliniğinin en düşük (%16,00) oranda olduğu görülmektedir.

Hasta sonu verilerinde ise, palyatif bakım- aritmi kliniğinde en yüksek (%73,07), dahiliye 2 kliniğinde en düşük (%10,76) kullanım oranı saptanmıştır.

Tablo 8: Son Üç Ay Verilerine Göre SBAR Teslim Formunun Klinik Bazda Vardiyalar Arası Kullanım Farkları

KLİNİK	GÜNDÜZ (%)		GECE (%)	
	Hemşire sayısı	Kullanım oranı	Hemşire sayısı	Kullanım oranı
Göğüs- Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	4	32,39	3	28,68
Beyin Cerrahisi Kliniği	3	17,44	3	8,52
Dahiliye 1 Kliniği	3	25,58	3	6,20
Dahiliye 2 Kliniği	3	20,15	2	1,74
Palyatif Bakım- Aritmi Kliniği	1	69,76	1	53,48

Tablo 8’da SBAR teslim formunun gündüz ve gece kullanım farkları incelenmiştir.

Gündüz formun kullanımında en yüksek oranın (%69,76) palyatif bakım-aritmi kliniğinde ve %32,39 oran ile göğüs-kalp-damar cerrahisi kliniğinde olduğu görülmektedir. En düşük kullanım oranı (%17,44) ise beyin cerrahisi kliniği olarak bulunmuştur.

Formun gece kullanım oranlarında ise palyatif bakım- aritmi kliniğinin en yüksek (%53,48), dahiliye 2 kliniğinin en düşük (%1,74) olduğu belirlenmiştir.

3. Hemşirelerin SBAR geri bildirimlerine ilişkin bulgular

Tablo 9: Hemşirelerin Kullanım Süresine Göre SBAR Geri Bildirim Sonuçları

GÖRÜŞLER	Dokuz Ay Kullanan Klinik		Altı Ay Kullanan Klinikler	
	Sayı	%	Sayı	%
1- SBAR iletişim tekniğini kullanmam çok kolay oldu.	5	38,46	8	21,62
2-SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.	8	61,53	11	29,72
3-SBAR iletişim aracı ile hastam hakkında bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim ettiğimi düşünüyorum.	6	46,15	5	13,51
4-Nöbet tesliminde SBAR iletişim aracının bana zaman kaybettirdiğini düşünüyorum.	7	53,84	32	86,48
5- SBAR iletişim aracı, işimi daha iyi yapmama yardımcı oluyor.	6	46,15	6	16,21
6-Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracının kullanımı ile ekip içinde iletişimin daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum.	7	53,84	3	8,10
7-SBAR iletişim aracını kullanmamız, diğer ekip üyeleri tarafından da olumlu bulundu.	5	38,46	2	5,40
8-SBAR iletişim aracı kullandığım dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşamadım.	11	84,61	22	59,45
9- SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyum sağlamasını gerektiriyor.	9	69,23	21	56,75
10-SBAR iletişim aracı kullanmak nöbet teslimlerine bir olumlu katkı getirmedi.	7	53,84	32	86,48
11-Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracını kullanmaya devam etmek istiyorum.	6	46,15	3	8,10

Araştırmaya katılan hemşirelerin SBAR iletişim aracına ilişkin görüşleri dokuz ay kullanan klinik ve altı ay kullanan diğer klinikler baz alınarak incelenmiştir (Tablo 9). Bu

incelemeye kliniklerde SBAR formunun kullanım sürelerindeki farklılık nedeniyle gereksinim duyulmuştur. Hemşirelerin %86,48'i, nöbet tesliminde SBAR iletişim aracının zaman kaybettirdiğini düşündüğünü bildirmiştir. Bu oran dokuz ay kullanan klinikte %53,84 olarak belirlenmiştir. SBAR iletişim aracı kullanmanın nöbet teslimlerine bir olumlu katkı getirmediğini düşünen hemşire oranı %86,48 olarak bulunmuş, dokuz ay kullanan kliniğe bakıldığında ise bu oranın %53,84 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %59,45'i ve dokuz ay kullanan klinik hemşirelerinin %84,61'i SBAR iletişim aracı kullandığı dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşamadığını bildirmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, hasta güvenliğinde kullanılan ve önerilen SBAR iletişim modeline uygun oluşturulan nöbet teslim formunun kullanımı ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma bulguları, SBAR iletişim aracının kullanımı ve SBAR iletişim aracının kullanımına ilişkin hemşire geri bildirimleri olarak iki bölümde tartışılmıştır.

5.1. SBAR İletişim Aracının Kullanımı

Yaptığımız çalışmada, SBAR teslim formunun en fazla palyatif bakım-aritmi kliniğinde kullanıldığı belirlenmiştir (Tablo 5). Palyatif bakım-aritmi kliniğinin sorumlu hemşiresinin değişim ajanı rolü üstlenerek hemşireleri formun kullanımı konusunda motive etmesi, daha önceden teslim için kullandıkları formun olmaması ve yeni forma gereksinimin olması, sorumlu hemşiresinin tepe yöneticilik deneyimi nedeniyle hasta güvenliği ve kalite konularında farkındalığının yüksek olması sonucu kullanım oranı artmış olabilir. Literatürde değişim sürecinde çalışanları destekleyen bir yönetim varlığı, çalışanların görüş ve önerilerinin alınmaması değişimin uygulanmasında olumlu etki yarattığı vurgulanmaktadır (Seren ve Baykal 2007; Ulusoy 2014). Dolayısıyla palyatif bakım-aritmi kliniğindeki kullanım bu yönde açıklanabilir. Formu dokuz ay süreyle kullanan klinik göğüs- kalp damar cerrahisi kliniğinde de kullanım oranının (%5,11) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5). Formun toplamda dokuz ay süreyle kullanılmış olmasının, değişim sürecinin adımlarının diğer kliniklere göre biraz daha uzun sürede uygulanmasının etkili olduğu düşünülebilir. Literatürde değişim sürecinin uzun tutulmasının değişimi kolaylaştırdığı ve direnci azalttığı belirtilmektedir (Seren ve Baykal 2007). Diğer kliniklerin istendik düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Hemşirelerin yeni oluşturulan bu formu kullanımlarındaki boşluk, yaşanan hemşire yetersizliğinin bir sonucu olarak düşünülebilir. Ülkemizde görev yapan 166.142 hemşirenin yalnızca 24.261'i üniversite hastanelerinde çalışmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Hasta bakımının güvenli planlanması ve bütüncül sunulması, kliniklerde yeterli sayıda hemşire planlanmasıyla gerçekleşmektedir (Hurst 2009; Cheraghi, Salasli ve ark., 2008; Rafii, Hajinezhad ve ark., 2008). Ayrıca yeni formun kullanım azlığının nedeni, kliniklerde SBAR formunun değişim olarak algılanması ve bu sürecin yönetimi ile de ilişkili olabilir. Yaşanan başarılı değişimlerde, çalışanın da süreçte yer alması, hazır oluşluğu önem taşımaktadır. Hemşirelerin yaşadıkları tükenmişlik ve çalışan eksikliği, değişime karşı direnç geliştirmelerine yol açmış olabilir (Mrayyan 2019; Hee, Cheng 2018; Derin, Demirel

2012). Sağlık kurumlarında planlanan değişimler için hemşirelerin de içinde bulunduğu bir karar ortamı düşünülmeli ve hazır oluşlukları göz önünde bulundurulmalıdır (Bowers 2011). Çalışmada, hemşirelerden ve yöneticilerinden forma duydukları gereksinim, formun içeriği vb. konularda görüş alınarak kullanımı konusunda kararlara katılımı sağlanmaya çalışılmış olsa da, değişim için gerekli sürenin yaşanmamış olması kullanımın zaman içinde artabileceğini düşündürmektedir. Kullanılan form, hasta güvenliği kültürü ile de ilişkilendirildiğinde, hasta güvenlik kültürünün kurumun her biriminde farklı olabileceği söylenebilir.

SBAR teslim formunun bölümlerine göre doldurulma oranları değerlendirildiğinde, en az kullanımın değerlendirme kısmında olduğu görülmektedir (Tablo 6). Hemşirelik mesleğinde zaman yönetimi oldukça önemli bir kavramdır. Formların doldurulmasının özellikle kalite ve hasta güvenliğinde form sayılarının fazla olması nedeniyle zaman alıcı olması tepki yaratan bir konudur (Sönmez, Nazik ve ark. 2014). Eroğlu ve Özgür (2016)'ün çalışmasında hemşirelerin %27,9'u hasta ile ilgili formları doldururken zaman kaybettiğini düşündüğünü ifade etmiştir. Çalışmamızdaki hemşirelerin kliniklerde kullandıkları farklı teslim formları yerine, yeni geliştirilen SBAR iletişim aracı kullanmalarının zaman açısından fark yaratmayacağı düşünülmektedir. Ancak hasta değerlendirme bilgilerinin hasta gözlem formunda da var olduğunu düşünmeleri nedeniyle yeni formu kullanmaya gereksinim duymadıkları söylenebilir.

Bir başka açıdan değerlendirildiğinde, hemşirelerin SBAR teslim formunun durum, tıbbi öykü ve öneri bölümlerini yüksek oranda doldurduğu görülmüştür (Tablo 6). Araştırmanın uygulandığı tüm klinikler formu yeni kullanmalarına rağmen bölümlerin çoğunu kullanmışlardır. Hemşirelerin aslında teslimlerde bu bilgilere gereksinim duydukları ve hasta bakım planlamalarını kolaylaştırdığı için bu bölümleri doldurdıkları düşünülebilir.

Araştırmamızda son üç aylık verilere göre formun hafta sonu kullanımı değerlendirildiğinde, özellikle hemşire sayısının az olduğu göğüs- kalp damar cerrahisi kliniğinde kullanımın daha yüksek olduğu (%61,53), palyatif bakım- aritmi kliniğinde hafta içi kullanımla çok benzer (%73,07), ancak diğer kliniklerde hafta içine göre düşük olduğu görülmüştür (Tablo 7). Kurum politikası gereği, bazı kliniklerde hafta sonu vardiyalarında daha az hemşire çalışmaktadır (Tablo 7). Göğüs- kalp-damar cerrahisi kliniğinde haftasonu hemşirenin baktığı hasta sayısı daha fazla olduğu için hemşirelerin hasta hakimiyeti açısından

formu daha fazla kullandıkları düşünülebilir. Palyatif bakım-aritmi kliniğinde ise kullanım yüzdelerinin yakın olması, hemşire sayısı aynı olmasına rağmen formun kullanımının öneminin farkındalığının bir sonucu olabilir.

Çalışmada SBAR teslim formunun gece vardiyasında daha az kullanıldığı görülmektedir (Tablo 8). Kliniklerde gece çalışmalarında, gündüze göre az hemşire ile çalışılması hemşirelerde iş gücü yetersizliğine bağlı duyarsızlaşma yaşamalarına ve bu yönde de formu kullanmaları açısından iş performanslarında istendik düzeye ulaşamamalarına neden olmuş olabilir (Yıldız, Gedikli 2012; Çan, Çimen 2016; Can, Hisar 2019).

5.2. SBAR İletişim Aracının Kullanımına İlişkin Hemşire Geri Bildirimleri

Yürütülen bu çalışmada, hemşire geri bildirimleri genel anlamda olumsuz bulunmuştur. Maddeler tek tek incelendiğinde, hemşirelerin %21,62'si SBAR iletişim aracı kullanımının kolay olduğunu ifade etmiştir. Bu oranın deneme yapılan klinikte yüksek (%38,46) olduğu görülmektedir (Tablo 9). Siew Eng ve ark. (2017) özel bir hastanede yaptığı çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun SBAR iletişim aracını kolay benimsediği bulunmuştur. Dolayısıyla yapılmış bu çalışmadan elde edilen sonuç, literatürle benzerlik göstermemektedir. Hemşirelerin SBAR iletişim aracını kullanımının kolay olmadığını düşünmesinin nedeni, teslimlerde daha önceden kendi kliniklerine özgü kısa form kullanmaları ya da hiç form kullanmamaları olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu SBAR iletişim aracının istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünme oranı %29,72 olmasına rağmen, %59,45'i 'SBAR iletişim aracı kullandığım dönemde hiç istenmeyen olay yaşamadım' ifadesini kullanmıştır. Bu oranlar, deneme yapılan klinikte daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Fabila, Hee ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada, SBAR'ın özellikle sözel iletişimde yaşanacak tıbbi hataları engellediği belirlenmiştir. Ulaşılan birçok çalışmada da SBAR iletişim aracının tıbbi hataları azalttığı ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin de azalma yönünde olduğu belirlenmiştir (Nagammal, Nashwan ve ark. 2017; Randmaa, Martensson ve ark. 2014; Christie 2009; Haig 2006). Dolayısıyla çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermemektedir. Çalışmanın yapıldığı kurumda, istenmeyen olay bildirim sayıları yetersiz olduğundan ve kök neden çalışmalarının iletişim hatalarından kaynaklı hata verilerini sunmadığından, hemşirelerin bu yöndeki farkındalıklarının yeterli olmadığı, sonuç olarak geri

bildirimlerinin de istenmeyen olayları azaltacak bir yöntem olmadığı yönünde olduğu söylenebilir.

Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin %13,51'i SBAR iletişim aracı ile hastaları hakkında bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim ettiğini ifade etmiştir. Bu sonuç deneme yapılan klinikte diğer kliniklerden farklı olarak %46,15 olarak bulunmuştur (Tablo 9). Bu sonuçların hemşirelerin daha önceki kullandıkları forma bağlılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%86,48) nöbet tesliminde SBAR iletişim aracının zaman kaybettirdiğini düşünmüştür. Deneme yapılan klinik hemşirelerinde sonuç benzerlik gösterse de bu oranın daha düşük (%53,84) olduğu görülmüştür (Tablo 9). Yapılmış çalışmalar incelendiğinde, SBAR iletişim aracının daha kısa sürede hemşirelerin teslimlerinin tamamlandığını göstermektedir (Cornell, Gervis 2014; Nagammal, Nashwanve ark. 2017). Cornell ve ark. (2014)'nın yaptıkları çalışmada hasta teslim süresinin belirgin şekilde kısaldığı, 53 dk olan teslim süresinin 45.1 dk'ya düştüğü sonucu elde edilmiştir. Ancak diğer bazı çalışmalarda teslim süresinin değişmediği (Funk, Taicher, 2016); bazı çalışmalarda ise uzadığı sonucuna varılmıştır (McCrory, Aboumatar ve ark. 2012). Bu çalışmada formun kullanım süresi dakika olarak değerlendirilmemesine rağmen, hemşireler formun kendilerine zaman kaybettirdiği algısı ile sürenin fazla olduğunu düşünüyor olabilirler.

Yapılan çalışmada hemşirelerin %16,21'i SBAR teslim formunun işini daha iyi yapmada yardımcı olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir. Bu oranın deneme yapılan klinikte daha yüksek (%46,15) olduğu görülmektedir (Tablo 9). Daha önce Tablo 6'da bahsedildiği gibi SBAR teslim formunun en fazla doldurulan bölümünün S (Durum) olduğu belirlenmiştir. Çalışma süresi boyunca teslimden sonra yapılacaklar ve hastanın durumuna ilişkin veri aktarımı A (Değerlendirme) ve R (Öneriler) bölümlerinde yer almaktadır. Ancak bu bölümlerin hemşireler tarafından kullanımının sınırlı olması nedeniyle vardiya süresince işleri yapma yönündeki katkısının da sınırlı olduğu düşünülmüş olabilir.

Çalışmamızdaki hemşirelerin %8,10'u SBAR teslim formu kullanımıyla birlikte ekip içi iletişiminin daha sağlıklı olduğunu düşünmektedir. Bu oran deneme yapılan klinik hemşirelerinde %53,84 olarak belirlenmiştir (Tablo 9). Literatür incelendiğinde ise SBAR iletişim aracının nöbet teslimlerinde kullanılmasının takım iletişimini güçlendirdiği, hasta teslim sürecini de olumlu etkilediği görülmektedir (Ting, Peng ve ark. 2017; De Meester,

Verspuyve ark. 2013; Renz, Boltz ve ark. 2013; Freitag, Carroll 2011; Andreoli, Fancott 2010; Christie, Robinson 2009; Farley, Choy ve Ark. 2009). Çalışmamızın bu sonucu, literatür sonuçları ile uyum göstermemiştir. Sağlık alanında ekip iletişimi büyük önem arz etmektedir. Hastanın verilerinin eksiksiz ve doğru şeklinde aktarılması gerekmektedir. Literatürdeki sonuçlar yurt dışı çalışma sonuçları olduğundan ülkemizde konuya ilişkin çalışma sonucu bulunmamaktadır. Ancak SBAR kullanımı hasta güvenliği ile ilişkilendirildiğinde bir kültür oluşturma sürecidir. Ülkemizde yapılan hasta güvenliği kültürü çalışma sonuçları incelendiğinde, ekip ile ilgili sonuçlar bu kültürün tam olarak gelişmediğini göstermektedir (Somyürek, Uğur 2016; Öztürk, Kırac ve ark 2017). Bu durum, hemşire geri bildirimlerinde ekip sonuçlarının düşük oranda olmasının nedeni olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin %5,40'ı SBAR iletişim aracı kullanımın diğer ekip üyeleri tarafından da olumlu bulunduğunu, %56,75'i SBAR iletişim aracı ile nöbet tesliminin diğer ekip üyelerinin de uyum sağlaması gerektiğini ifade etmiştir. Bu oranların deneme yapılan klinikte daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 9). Literatür incelendiğinde özellikle hekim-hemşire iletişimde SBAR iletişim modelinin kullanımının olumlu bulunduğu belirtilmektedir (Cornell, Gervis ve ark.2014; Wong, Bierbrier ve ark. 2017). Nöbet teslimi sırasında hemşirelerin hemşirelere teslim sürecinde SBAR iletişim aracını kullanmaları, diğer ekip üyelerinin uyumu konusunda bir fikre sahip olmayı engellemiş olabilir. Bu nedenle konuyla ilgili geri bildirimler yetersiz kalmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %86,48'inin SBAR iletişim aracı kullanmanın nöbet teslimlerine olumlu bir katkı getirmediğini düşündüğü belirlenmiştir. Deneme yapılan klinikte bu oranın daha düşük (%53,84) olduğu görülmektedir (Tablo 9). Hemşirelerin nöbet teslimlerinde kendi yaptıkları ve gelecek vardiyada yapılacakları aktarma yönünde bir form kullanmış olmaları, yeni forma uyumun zorlukları ve değişime uyum açısından yeterli sürenin geçmemiş olması SBAR iletişim aracının getirdiği katkının farkındalığını olumsuz yönde etkilemiş olabilir (Bowers 2011; Derin, Demirel 2012).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %8.10'u nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracını kullanmaya devam etmek istediklerini ifade etmişlerdir. Deneme yapılan klinik hemşireleri kullanıma belirgin farkla devam etmek istemiştir (Tablo 9). Dünyada yapılmış çalışma sonuçları, kullanım sonrasında çalışan memnuniyetinin arttığını göstermektedir (Manias, Tomlinson 2011; Landau, Wellman 2014; Nagammal 2017). Demir ve Şahin (2014)'in

yaptıkları çalışmanın sonucuna göre ise; hemşirelerin genel olarak memnun olduğu ancak %57,1'nin kullanmaya devam etmek istemediği belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile benzerlik göstermemesinin nedeni, gerekli değişim için sürenin yeterli olmadığı yönünde düşünölebilir.

Ayrıca dokuz ay kullanan ve altı ay kullanan kliniklerin bulguları (Tablo 9) değerlendirildiğinde, hemşirelerden alınan tüm geri bildirim maddelerinde dokuz ay kullanan kliniğin bulgularının daha olumlu olduğu belirtilmektedir. Bu sonucun değişim sürecinin yönetildiği sürenin üç ay bile olsa kısa bir zaman farkı ile değerlendirilmesinin, olumlu sonuç ve geri bildirimlerle karşımıza çıkabileceğini göstermiş olabileceği düşünölmektedir (Yeniçeri 2002; Koçel 2005; Oliver 2006; Seren ve Baykal 2007; Toker 2007; Grant 2010; Altındış 2011; Vatan vd 2011; Mitchell 2013; Ulusoy 2014).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde iletişime bağlı tıbbi hataların en çok yaşandığı birimler cerrahi birimlerdir. Hasta teslimleri, hemşire- hemşire iletişimde önemli bir paya sahiptir. Teslim sürecinde SBAR iletişim aracının kullanılması hasta bilgilerinin tam ve eksiksiz iletilmesinde önemli bir araçtır.

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu formu kullanmaya devam etmek istemediğini belirtmiştir. Ülkemizde, hemşire iş yükünün artması, artan yorgunlukla birlikte iş doyumunun azalması, olumsuz çalışma koşulları nedeniyle hasta teslimlerinde iletişim aracı kullanılması kesintiye uğramaktadır.

Bu bağlamda hemşire yöneticilere ve kurum yöneticilerine hasta güvenliği güvenli iletişimin sağlanması için aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

- Teslim sürecinin önemi ile ilgili düzenli eğitimlerin planlanması
- Hasta güvenlik kültürü hakkında farkındalığın artırılması için çalışmaların yapılması
- Profesyonel iletişim tekniği kullanımının sağlanması

Araştırmacılara sunulabilecek öneriler:

- Konunun daha uzun süreli çalışılması
- Uygulama sonrası tıbbi hata oranlarının incelenmesi
- SBAR iletişim aracını uygularken hasta teslim sürecinin gözlem yöntemi ile değerlendirilmesi
- Araştırmada zaman tutularak teslim süresinin çalışılması

7. KAYNAKLAR

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Strategy 3: Nurse Bedside Shift Report. Agency For Healthcare Research and Quality, Rockville: 2013https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/Strat3_Implement_Hndbook_508.pdf (Erişim Tarihi:01.04.2019)
2. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 2005;5 (3):141-145.
3. Aktan AC. Organizasyonlarda değişim yönetimi: Değişim mühendisliği. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 2011;3(5): 67-96.
4. Alcan Z, Tekin DE, Özbucak Civil S. HASTA GÜVENLİĞİ Beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü. Nobel Matbaacılık, İstanbul. 2012; 169-187.
5. Allen SL, Smith JE, Da Silva N. Leadership style in relation to organizational changeand organizational creativity. Nonprofit Management & Leadership, 2013; 24(1):23-42.
6. Altındış M, Altındış S, Saylı H. Sağlık profesyonellerinin değişim sürecindeki tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 7(14);75-94.
7. Andreoli A, Fancott C, Velji K, et al. Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams. Healthc Q 2010;13:94–101.
8. Andsoy Işık I, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. HSP 2014;1(1):17-27.
9. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. Sydney: 2010, p. 56.
10. Beckett C, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. J Healthc Qual, 2009;31(5): 19-28.
11. Blom L, Petersson P, Hagell P, Westergren A. The situation, background, assessment and recommendation (SBAR) model for communication between health care professionals: A clinical intervention pilot study.International Journal of Caring Sciences, 2015; 8(3):530-535.

12. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006.www.ihl.org (Erişim Tarihi: 19.01.2018)
13. Bowers B. Managing change by empowering staff. Nursing Times, 2011;107: 32/33.
14. Can R, Hisar K . Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları Ve Tükenmişlik Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019; 6(1): 1-9.
15. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2015; 2(2):82-89.
16. Cheraghi MA, Salasli M, Ahmadi F. Factors influencing the clinical preparation of BS nursing student interns in Iran. International Journal of Nursing Practice, 2008; 14:1,26-33.
17. Cornell P, Gervis MT, Yates L, et al. Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. Medsurg Nurs 2014;23:334–42.
18. Cornell P, Gervis MT, Yates L, Vardaman JM. Impact of SBAR on nurse shiftreports and staff rounding. Medsurg Nurs. 2014;23(5):334–43.
19. CRICO Strategies National CBS Report. Malpractice risks in communication failures (2015).
<https://www.rmfi.harvard.edu/Malpractice-Data/Annual-Benchmark-Reports/Risks-in-Communication-Failures>. (Erişim tarihi: 04.02.2018)
20. Çan Ö, Çimen M, Özsarı H.Hasta hizmetleri çalışanlarının tükenmişlik düzeylerine yönelik bir araştırma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 7 (4):34-39
21. De Meester K, Verspuy M, Monsieursa KG, Van Bogaerta P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. Resuscitation, 2013; 84(9):1192–1196.
22. Derin T, Demirel Y. Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağılılığı zayıflatıcı etkilerinin Malatya Merkez’de görev yapan hemşireler üzerinde incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2012;17(2):509-530.

23. Demir S, Şahin Hotun N. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde Hasta Tesliminde SBAR İletişim Tekniğinin Kullanımı ve Hemşire/Ebelerin Görüşlerinin Belirlenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014; 1(2):99-105.
24. Dikmen Demir Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 44-56.
25. Eroğlu S, Özgür G. Bir üniversite hastanesinde çalışan servis ve yoğun bakım hemşirelerinde zaman yönetimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(1):12-22.
26. Fabila TS, Hee HI, Sultana R, Assam PN, Kiew A, Chan YH. Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. Singap Med J. 2016;57(5):242.
27. Farley H, Choy H, Ellicott A, et al. 168: utilization of the situation-background-assessment-request, companion phones, and cellphones improves communication with consultants in the emergency department. Ann Emerg Med 2009;54:S52.
28. Freitag M, Carroll VS. Handoff communication: using failure modes and effects analysis to improve the transition in care process. Qual Manag Health Care 2011;20:103-9.
29. Funk E, Taicher B, Thompson J, Iannello K, Morgan B, Hawks S. Structured handover in the pediatric postanesthesia care unit. J Perianesth Nurs. 2016;31(1):63-72.
30. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 2010 13: 2.
31. Grant M, Colello S, Riehle M, Dended D. An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model. Journal of Nursing Management, 2010;18:326-331.
32. Gregory S, Tan B, Tilrico M, Edwardson N, Gamm L Bedside Shift Reports. What Does The Evidence Say?. The Journal of Nursing Administration, 2014;44(10). 541-545.
33. Haig KM, Sutton S, Whittington J. National Patient Safety Goals. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Improv 2006;32:167-75.

34. Hee OC, Cheng TY, Ping, LL, Kowang TO, Fei GC. Embracing change management strategies in bedside shift report (BSR): A Review. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2019;9(1):469–481.
35. Hurst, K. Does poor staffing affect job satisfaction and patient care? *Nursing Standart*, 2009;23:38,14.
36. Holtmann M. Does the utilization of interactive learning during TeamSTEPSS SBAR, CUS, and debriefing tool sessions increase the perceptions of teamwork and communication in the hospital setting. McKendree University Faculty of Nursing Doctoral Thesis. 2018. 1-74.
37. Institute for Healthcare Improvement (IHI). SBAR: Situation-Background-Assessment- Recommendation2017. (Erişim Tarihi: 02.02.2018).<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>.
38. Institute of Medicine (IOM). Shaping the future for health. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. 2001.
<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> (Erişim Tarihi: 04.04.2019).
39. James D, Jukkala A, Azuero A, Auutrey P, Vining L, Miltner R. Development of The Medical Intensive Care Unit Shift Report Communication Scale As a Measure of Nurses' Perception of Communication. *Nursing: Research and Review*, 2013;3:59-65.
40. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). National Patient Safety Goals-Critical Access Hospital.2006.
www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm(Erişim tarihi: 22.09.2015).
41. JCI- Joint Commission International. Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 2017;58:1-6.
[https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_(1).pdf) (Erişim Tarihi: 04.02.2018)
42. JCI- Joint Commission International. Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission. November 2017.

- https://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics_quarterly/(Erişim tarihi: 01.02.2018)
43. JCI- Joint Commission International. Sentinel event data: Root causes by event type, 2015. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-3Q_2015.pdf(Erişim Tarihi: 02.02.2018)
44. JCI- Joint Commission International. National Patient Safety Goals Effective January 1, 2015. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015_NPSG_HAP.pdf.
45. Kahrıman İ, Öztürk H, Babacan E. Hemşirelerin tanı, tedavi ve bakım uygulamaları sırasında tıbbi hata oranlarının değerlendirilmesi. Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Proje No: 2014-2.
46. Klee K, Latta L, Davis-Kirsch S, Pecchia M. Using continuous process improvement methodology to standardize nursing handoff communication. Journal of Pediatric Nursing, 2012; 27:168-173.
47. Koçel, T. İşletme Yöneticiliği, 2005;45, İstanbul: Arıkan Basım Yayım Dağıtım.
48. Landau S, Wellman LG. Small changes can streamline the handoff process in a staff-driven process improvement project. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2014;43(Suppl 1):S49.
49. Lee SY, Dong L, Lim YH, et al. SBAR: towards a common interprofessional team-based communication tool. Med Educ. 2016; 50:1167-68.
50. Manias T, Tomlinson J. Implementation and evaluation of the sbartool in the communication between medical staff in obstetrics. ArchDis Child Fetal Neonatal Ed 2011;96:Fa131.
51. McCrory MC, Aboumatar H, Custer JW, Yang CP, Hunt EA. “ABC-SBAR”training improves simulated critical patient hand-off by pediatric interns.Pediatr Emerg Care. 2012;28(6):538–43.
52. Mitchell G. Selecting the best theory to implement planned change. Nursing Management. 2013;20(1):32-37.
53. Mrayyan m. Nurses’ view of organizational readiness for change. Nursing Forum 2019;1-9.
54. Nadzam DM. Nurses’ role in communication and patient safety. Journal of Nursing Care Quality. 2009; 24(3):184-188.

55. Nagammal S, Nashwan AJ, Nair S.LK, Susmitha A. Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2017; 7(4):103-110.
56. NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR – Situation-Background-Assessment-Recommendation. 2008 (Erişim Tarihi:03.03.2018)<https://qi.elft.nhs.uk/resource/sbar-situation-background-assessment-recommendation/>
57. Ofori-Atta J, Binienda M, Chalupka S. Bedside shift report: implications for patient safety and quality of care. 2015. *Nursing* 2015. Wolters Kluwer Health, Inc. 1-4.
58. Oktay, S. Hemşirelikte Değişimin Yönetimi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, 2016, 119-133.
59. Oliver S. Leadership in healthcare. *Musculoskelet*, 2006;4(1):38-47.
60. O'Connell B, Ockerby C, Hawkins, M. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 3(3-4): 560-570. doi: 10.1111/jocn.12189
61. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata türlerinin belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010; 8 (2).
62. Özkan A, Kömürcü N. Hasta güvenliği önlemlerinin perinatal kliniklere uyarlanması ve uygulama rehberlerinin geliştirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2012; 43(3):90-96.
63. Öztürk YE, Kırac R, Bilgin A. Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarına yönelik bir araştırma. III. IBANESS Kongreler Serisi – Edirne / Türkiye. Mart 2017.
64. Rafii, F., Hajinezhad, ME., Haghani, H. Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Austrian Journal of Advanced Nursing*. 2008; 26(2),75-84.
65. Randell R, Wilson S, Woodward P. The Importance of The Verbal Shift Handover Report: A multi-Site Case Study. *Int J Med Inform*. 2011; 80(11):803-812.
66. Randmaa M, Martensson G, Leo Swenne C, et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an

- anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 2014; 4:e004268. doi:10.1136/bmjopen-2013-004268.
67. Renz SM, Boltz MP, Wagner LM, Capezuti EA, Lawrence TE. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatr Nurs*. 2013;34(4):295–301.
68. Riesenbergl L, Leitzsch, L, Brian W. Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality*. 2009; 24(3):196-204.
69. Sirgo Rodriguez G, Chico Fernandez M, Gordo Vidal F, Garcia Arias M, Holanda Pena MS, Azcarate Ayerdi B, et al. Handover in intensive care. *Med Intensiva*. 2018; 42(3):168-179.
70. Somyürek N, Uğur E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: Hemşire gözüyle tıbbi hatalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2016;3(1):1-7.
71. Sullivan E, Decker P. Effective leadership and management in nursing. 8. Edition, Pearson International Edition, New Jersey, 2009:67-77.
72. Ross J. Effective communication improves patient safety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2018; 33(2): 223-225.
73. Rykse, M.L. Evidence Based Protocol: Standardizing Handoff to Improve Outcomes, 2017. Oalster, EBSCOhost (Erişim tarihi: 22.01. 2018).
74. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Kuban Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 1-288.
75. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. SKS Işığında Sağlıkta Kalite. Pozitif Matbaa, 1. Basım, Ankara, 2012. 144-150.
76. Sears K, Lewis S.T, Craddock M.M, Flowers B.R, Bovie L.C. The evaluation of a communication tool within an acute healthcare organization. *Journal of Hospital Administration*, 2014; 3(5):79-88.
77. Seçkin Z, Demirel Y, Özçınar MF. Örgütsel değişim sürecinin algılanmasına yönelik betimsel bir çalışma. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2016; 8(1):125-134.

78. Seren, Ş. Baykal, Ü. Kalite belgesi alan hastanelerde örgüt kültürü ve değişime karşı tutumun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10(2).
79. Shahid S, Thomas S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care –A Narrative Review. Safety in Health 2018;4(7):2-9.
80. Sherman J, Sand-Jecklin K, Jhonson J. Investigating bedside nursing report: a synthesis of the literature. Medsurg Nurs. 2013;22(5):308-312, 318.
81. Siew Eng H, Teh Gek Kin A, Mani T.A/P. 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.
82. Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of Different Nursing Handover Styles for Ensuring Continuity of Information in Hospitalised Patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD009979. DOI: 10.1002/14651858.CD009979.pub2
83. Sönmez MO, Nazik F, Turkol E, Dağ Ş. Bir kamu hastanesinde hemşireler tarafından tutulan yazılı kayıtlar ve hemşirelik hizmetleri ile ilgisi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2014;11 (1): 34-40.
84. Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, et al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. JAMA, 2013; 310(21): 2262-70.
85. Thomson H, Tourangeau A, Jeffs L, Puts M. Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. Journal of Advanced Nursing. 2018;74(4):876-886.
86. Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2017;56(2):171–4.
87. Toeima E, Morris E. Improving patients' handover, Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine 2013; 23(7):221-223.

88. Toker, K. Örgütsel değişim ve çorlu-çerkezköy bölgesi'ndeki tekstil işletmeleri üzerinde bir uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
89. Tschanner D, Schaville R, Schmidt P, Buehler K, Borst S, Flaherty-Robb M. Communication practices among nurses in acute care setting. *Journal of Communication in Healthcare*. 2013;6(3):171-179.
90. Tuğrul E, Khorshid L. Hemşirelerin önemli işlevlerinden biri: Hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 31(1): 95-107.
91. Tuna R, Dallı B. Hemşirelerin nöbet devir teslim etkinliği ve ilişkili değişkenler. *ACU Sağlık Bil Derg* 2018; 9(4):432-437.
92. Tunçer P. Değişim yönetimi sürecinde değişime direnme. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013; 32(1):373-406.
93. T.C Sağlık Bakanlığı. 2016 yılı İstatistik ve Analiz Raporu; 2016. (Erişim Tarihi: 15.01.2018)https://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016Rapor_R1.pdf
94. Ulusoy, H. Değişimin Yönetimi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi 2014,275-285.
95. Welsh CA, Flanagan M, Ebright P. Barriers and facilitators to Nursing Handoffs: Recommendations for Design. *Nursing outlook*. 2010; 58(3), 148-154.
96. Wong HJ, Bierbrier R, Ma P, Quan S, Lai S, Wu RC. An analysis of messagesent between nurses and physicians in deteriorating internal medicinepatients to help identify issues in failures to rescue. *Int J Med Inform*. 2017;100:9–15.
97. World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. Geneva; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (Erişim Tarihi: 19.01.2018)<http://apps.who.int/iris/>
98. WHO. 10 facts on patient safety; 2017. (Erişim Tarihi: 19.01.2018)http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
99. WHO. Evaluation of the WHO patient safety solutions aides memoir; 2011. (Erişim Tarihi:15.01.2018)http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/patientsafety/PSP_H5-Solutions_Report-fnl-sumry_Apr-2012.pdf
100. WHO Patient safety solutions (Volume 1 Solution 3) 2007. (Erişim Tarihi: 28.01.2018).
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf?ua=1>

101. Vatan F, Dursun M, Yücesoy F, Akpınar S, Algül B, Güntekin K. Hemşirelerin örgütsel değişim ve değişime karşı tutumlarının incelenmesi. 5th International Nursing Management Conference, 17-19 Kasım 2011, Antalya.
102. Yeh J, DeName K. Patient handoffs in obstetrics and gynecology: A vital link in patient safety. *Clinical Medicine: Women's Health* 2009; 2:17-27.
103. Yeniçeri, Ö. Örgütsel Değişimin Yönetimi, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2012.
104. Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. Vardiyalı çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği konuları. Ankara: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını, Aydoğdu Ofset; 2012.
105. Yıldız, K. Yöneticilerin değişimi yönetme yeterlikleri, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012; 12(2):177-198.
106. Zavodnick J, Jaffe R, Altshuler M, Cowan S, Wickersham A, Diemer G. Leveraging structural changes in an electronic health record tool to standardize written handoff. *American Journal Of Medical Quality*. 2018. 1-6.
107. <https://www.isqua.org/about/partners.html> (Erişim Tarihi: 08.05.2018)

8. EKLER

Ek I. Tanıtıcı ve Çalışma Durumu Bilgi Formu

Değerli meslektaşım,

Bu çalışma, yüksek lisans tezim ‘hasta güvenliği iletişim aracına uygun nöbet teslim sürecinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi’ kapsamında planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgileriniz sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Gerçeği yansıtan sonuçlar elde edilmesi için soruların içtenlikle cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Gülçin CENGİZ

DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim

Yüksek Lisans Öğrencisi

gulcin.oztoprak@gmail.com

Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER

Yaşınız:.....

Cinsiyetiz: A) Kadın B) Erkek

Eğitim Durumunuz: A) Lise B) Lisans C) Yüksek Lisans D) Doktora

Ne kadar süredir hemşirelik yapıyorsunuz? yıl

Hangi birimde çalışmaktasınız?

Birimde ne kadar süredir çalışmaktasınız?



**DOKUZEYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

Teslim Alanın Vardiyası Gündüz () Gece ()

HHM/HB/FR/11	Yayın Tarihi:31.12.2018	Son Güncelleme Tarihi: -	Güncelleme No: -	Sayfa No: 1 / 2
--------------	-------------------------	--------------------------	------------------	-----------------

Ek III. SBAR Geri Bildirim Formu

Görüşler	Evet	Hayır
1- SBAR iletişim tekniğini kullanmam çok kolay oldu.		
2-SBAR iletişim aracının, istenmeyen (advers) olay yaşanmasını engelleyeceğini düşünüyorum.		
3-SBAR iletişim aracı ile hastam hakkında bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim ettiğimi düşünüyorum.		
4-Nöbet tesliminde SBAR iletişim aracının bana zaman kaybettirdiğini düşünüyorum.		
5-SBAR iletişim aracı, işimi daha iyi yapmama yardımcı oluyor.		
6- Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracının kullanımı ile ekip içinde iletişimin daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum.		
7-SBAR iletişim aracını kullanmamız, diğer ekip üyeleri tarafından da olumlu bulundu.		
8- SBAR iletişim aracı kullandığım dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşamadım.		
9-SBAR iletişim aracı ile nöbet teslimi diğer ekip üyelerinin de uyum sağlamasını gerektiriyor.		
10-SBAR iletişim aracı kullanmak nöbet teslimlerine bir olumlu katkı getirmedi.		
11-Nöbet teslimlerinde SBAR iletişim aracını kullanmaya devam etmek istiyorum.		

Ek IV. Kullanılacak Geri Bildirim Formu için İzin Belgesi



Sevda Demir

Alıcı: bana

23 Oca (1 gün önce)



Sayın Gülçin Cengiz

DEÜ Hemşirelikte Yönetim AD 'da Prof. Dr. Şeyda Seren İntepeler ile yapacağınız araştırmada Prof.Dr. Nevin Şahin ile birlikte geliştirdiğimiz “SBAR İletişim Aracı Geri Bildirim Formu” muzu kaynak göstererek kullanmanıza izin veriyoruz.

Ekte formu ve kaynak göstermeniz gereken makaleyi yolluyoruz.

...

2 Ek



Ek V. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	
		E-İmzalıdır
Sayı : 72292585-10.99-E.26927	18/05/2018	
Konu : Gülçin Cengiz'in Tez Çalışma İzni		
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA		
İlgi : 15.05.2018 tarih ve 59537164-00.99-25796 sayılı yazınız.		
Fakülteniz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Şeyda SERENİNTEPELER'in sorumlu araştırmacı olduğu yüksek lisans öğrencisi Gülçin CENGİZ'in "Hasta Güvenliği İletişim Aracına Uygun Nöbet Teslim Sürecinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın yapılması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.		
Prof. Dr. Mete EDİZER Başhekim		
	Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340 Narlıdere/İzmir Tel: 0(232) 412 1212 Elektronik Adı: http://www.hastane.deu.edu.tr/ Kep Adresi: dokuzeyuluniversitesi@hs01.kep.tr Bu belge 3070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Mete EDİZER tarafından 18.05.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrakın http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden F2ADB00BX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.	Bölgü İçin İrtibat: Pakize ÖZGENÇ Dahili: E-Posta: pakize.ozgenc@deu.edu.tr 

Ek VI. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni (Karar Tarihi:24.05.2018, Karar No: 2018/13-31)

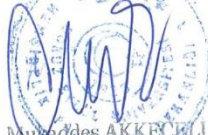
**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4033-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hasta Güvenliği İletişim Aracına Uygun Nöbet Teslim Sürecinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Şeyda Seren İntepeler Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

ASLI GİBİDİR


M. Akkoc
Fakülte Sekreter V.

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/13-31	Tarih:24.05.2018
	Prof.Dr.Şeyda Seren İntepeler'in sorumlusu olduğu "Hasta Güvenliği İletişim Aracına Uygun Nöbet Teslim Sürecinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Agrıldı
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Gül Ergör
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımdı
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımdı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Onay
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Müge Kıray
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	S. Özkardeşler
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Sülen Sarioğlu
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımdı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Ayhan Abacı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	M. Arıcı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	M. Bektaş
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Y. Soysal
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımdı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	M. Erhan Özkul

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

SAG BİDİR
Mukaddes Z. K. Ç. Ç. Ç.
Fakülte Sekreteri

Ek VII. Araştırmacı Özgeçmişi

Adı-soyadı: Gülçin CENGİZ



GÜLÇİN CENGİZ

Kişiisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	13928469866
Doğum Tarihi	04/01/1987
İletişim Adresi	Gürsel aksel bulv. no:18/1 d:5 üçkuyular/karabağlar/izmir
Telefon	(554) 678 97 94
E-posta	gulcin.oztoprak@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2004 - 01 Haziran 2008 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Şubat 2009 - Şu Anda (10 yıl 5 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0