



**CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE
EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI
SBAR İLETİŞİM MODELİ
FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Merve VATAN

1168216104

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr Tülin YILDIZ

Tekirdağ-2019

Tez No: 2019/64

T.C.
TEKİRDAĞ
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI
SBAR İLETİŞİM MODELİ FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve VATAN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Tülin YILDIZ


2019-TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY


Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Doç Dr. Tülin YILDIZ danışmanlığında yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

17/06/2019


Dr. Öğr. Üyesi Semra EYİ
Jüri Başkanı

Trakya Üniversitesi



Dr. Öğr. Üyesi Ebru ÖNLER
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

Üye


Doç. Dr. Tülin YILDIZ
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve VATAN' ın "Cerrahi Hemşirelerinde Eğitim Öncesi Ve Sonrası SBAR İletişim Modeli Farkındalığının Değerlendirilmesi" başlıklı tezi 17/06/2019 günü saat 09.30'da Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Nilda TURGUT
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazılmasına kadar olan her aşamada etik dışı bir davranışım olmadığını, tez içerisindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar doğrultusunda elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar bölümüne yazdığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışım bulunmadığını beyan ederim.

Merve VATAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bilgi ve deneyimlerini paylaşarak her daim yol göstericim olan, koşullar ne olursa olsun desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sonsuz sabır ve anlayış göstererek beni yönlendiren çok değerli hocam ve danışmanım **Doç. Dr. Tülin YILDIZ**' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda ve meslek hayatımda her daim desteklerini sunan Hemşirelik Hizmetleri Müdürüm **Uzm. Hemş. Özge Bengü ŞENİZ**'e teşekkür ederim.

Kendisiyle sadece bir hayatı sürdürmek ile kalmayıp aynı zamanda iş hayatımda paylaştığım, her zaman yanımda olup, tez çalışmamda da beni yalnız bırakmayan kıymetli eşim **Uzm. Hemş. Volkan VATAN**'a ve canım kızım **Zeynep**'e minnetlerimi sunarım.

Her daim varlıkları ile bana güç veren, sevgilerini her zaman hissettiğim; sevgili babam **Yunus ÖRGÜN**, sevgili annem **Semiha ÖRGÜN** ve sevgili kardeşim **Emre ÖRGÜN**'e sonsuz teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve birlikte çalışmayı bir şans bildiğim değerli çalışma arkadaşlarım **Hümeyra SALCAN**, **Pınar GÜRTUNCA** ve **Belin ELİYEŞİL**' e teşekkür ederim.

Çalışmama katılmayı kabul edip bilgilerini paylaşan tüm cerrahi hemşirelerine teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

VATAN, M. (2019). **Cerrahi Hemşirelerinde Eğitim Öncesi ve Sonrası SBAR İletişim Modeli Farkındalığının Değerlendirilmesi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ.** Araştırma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan cerrahi hemşirelerinde eğitim öncesi ve sonrası, Durum (Situation), Özgeçmiş (Background), Değerlendirme (Assessment), Öneri (Recommendation)'den oluşan SBAR iletişim modeli farkındalığını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan 220 cerrahi hemşiresi, örnekleme ise basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 138 cerrahi hemşiresi oluşturdu. Veriler 1 Mart-30 Nisan 2019 tarihleri arasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve “SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu” aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk test ve grafiksel incelemeler ile sınılandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Bonferroni-Dunn test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Hemşirelerin toplam 18 soru üzerinden hesaplanan SBAR iletişim modeli farkındalık puan ortalamaları, **eğitim öncesi 62.76 ± 28.52 , eğitimden hemen sonra 95.05 ± 7.56 ve eğitimden 1 ay sonra 90.90 ± 13.89** olarak saptandı. Eğitim öncesine göre; eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra görülen puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Çalışılan birimler değerlendirildiğinde “**ameliyathane hemşirelerinin**” eğitim öncesi bilgi puan ortalamaları “**yoğun bakım ve cerrahi servislerde**” çalışan hemşirelere göre daha düşük bulunurken (54.17 ± 36.82), eğitimden hemen sonra “**ameliyathane hemşirelerinin**” puan ortalamaları “**yoğun bakım ve cerrahi servislerde**” çalışan hemşirelere göre **en yüksek** (99.31 ± 2.78), eğitimden 1 ay sonra ise 93.75 ± 6.69 puan ortalaması ile **yüksek** bulundu. Araştırma bulguları hemşirelerin SBAR farkındalığının eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra arttığını gösterdi. Sağlık hizmetlerinde oluşan iletişim

kaynaklı hataları önlemede SBAR'ın etkili olduğu, SBAR ile ilgili eğitlimlere düzenli ve sürekli olarak hizmet içi eğitimlerde yer verilmesinin önemli olduğu düşünölmekte ve SBAR iletişim modelininin uygulamada kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelime: Hasta Güvenliği, İletişim, SBAR, Hemşirelik



ABSTRACT

VATAN, M. (2019). Evaluation of SBAR Communication Model Awareness Before and After Training in Surgical Nurses. Namik Kemal University Institute of Health Sciences, Surgical Nursing, USA. Master Thesis. Tekirdağ. The research was carried out in order to evaluate the awareness of SBAR communication model consisting of Situation, Background, Assessment, Recommendation before and after the training in the nurses working in Tekirdag Namik Kemal University Health Application and Research Center. The population of the study consisted of 220 surgical nurses working in the Health Application and Research Center and a sample of 138 surgical nurses selected by simple random sampling method. The data were obtained from face-to-face interviews with the Mod Personal Information Form u and u SBAR Communication Model Evaluation Form di prepared by the researcher between 1 March and 30 April 2019. In the evaluation of the data, the conformity of the quantitative data to the normal distribution was tested by Shapiro-Wilk test and graphical studies. The Mann-Whitney U test was used to compare the non-normal distribution of quantitative variables. Kruskal Wallis test and double comparisons were used in the comparison of three and more groups with no normal distribution. Bonferroni-Dunn test was used. Statistical significance was evaluated as $p < 0.05$. The mean score of the SBAR communication model was 18.76 ± 28.52 , 95.05 ± 7.56 , and 90.90 ± 13.89 , 1 month after the training. According to pre-education; The increase in the mean score after 1 month of training and 1 month after the training was statistically significant ($p < 0.05$). When the units studied were lower than the nurses working in “intensive care and surgical services al, the average score of pre-training information of servis operating room nurses 7 was found to be lower (54.17 ± 36.82). the highest (99.31 ± 2.78), one month after the training was higher with a mean of 93.75 ± 6.69 points. Research findings revealed that the awareness of nurses' SBAR awareness increased immediately after the training and 1 month after the training. It is considered that the SBAR is effective in preventing communication-related errors in health services, and it is considered important to include regular and continuous in-service trainings on SBAR-related trainings and it is recommended to use SBAR communication model in practice.

Keyword: Patient Safety, Communication, SBAR, Nursing



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY	iv
BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	xi
KISALTMALAR	xiv
TABLolar	xv
ŞEKİLLER	xvi
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hasta Güvenliği	3
2.2. İletişim	5
2.2.1. İletişim Modelleri	6
2.2.2. SBAR İletişim Modeli	6
2.2.2.1. SBAR İletişim Modeli Nedir?	6
2.2.2.2. SBAR İletişim Modelinin Gelişimi	7
2.2.2.3. SBAR İletişim Modelinin Açılımı	8
2.2.2.3.1 Situation (Durum)	8
2.2.2.3.2. Background (Özgeçmiş)	9
2.2.2.3.3. Assessment (Değerlendirme)	9
2.2.2.3.4. Recommendation (Öneri)	10
2.2.2.4. SBAR İletişim Modelinin Kullanıldığı Durumlar	11
2.2.2.5. SBAR İletişim Modelinin Faydaları	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	14
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4. Araştırmanın Soruları	15

3.5. Veri Toplama Araçları	15
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	15
3.5.2. SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu	16
3.6. Verilerin Toplanması	16
3.7. Verilerin İstatiksel Analizi	17
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	17
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
4. BULGULAR	19
4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi	30
5. TARTIŞMA	40
5.1. Cerrahi Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ve SBAR İletişim Modeli Hakkındaki Farkındalıklarının Yorumlanması	41
5.2. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Hakkındaki İfadelere Verdikleri Cevapların Yorumlanması	42
5.3. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modelinin Hasta Güvenliğinde Etkinliği ve Meslek Hayatında Kullanma Durumları İlgili Düşüncelerinin Yorumlanması	43
5.4. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Kullanımının Etkinliği ile İlgili Düşünceleri ve SBAR İletişim Modeli Memnuniyet Durumları Yorumlanması	44
5.5. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Aşamaları Hakkındaki Farkındalık Durumları ve Hekim-Hemşire İletişimi Üzerindeki Etkinliği ile ilgili Düşüncelerinin Yorumlanması	46
5.6. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Hakkında Farkındalık Puanları ve Bireysel Özellikleri İle Arasındaki İlişkinin Yorumlanması	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR	52
EKLER	62
EK-1 Kişisel Bilgi Formu	
EK-2 SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu	

EK-3 SBAR İletişim Modeli Broşürü

EK-4 Etik Kurul Onayı

EK-5 Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez

Müdürlüğü Onayı

EK-6 Özgeçmiş



KISALTMALAR

IOM	: Institute of Medicine/Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
JCI	: Joint Commission International
SBAR	: Situation-Background-Assessment-Recommendation
TJC	: The Joint Commission
IHI	: Institute For Healthcare Improvement/Sağlık İyileştirme Enstitüsü
ICN	: International Council of Nurses/Uluslararası Hemşireler Konseyi
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/ Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu
IV	: İntravenöz
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality/Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı

TABLULAR

Tablo 1.	SBAR İletişim Modeli	7
Tablo 2.	Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	19
Tablo 3.	SBAR İletişim Modeli Hakkında Farkındalık Durumu ve Eğitim Alma Durumuna İlişkin Dağılımlar	20
Tablo 4.	SBAR İletişim Modeli Hakkındaki İfadelere Verilen Doğru Yanıtlara İlişkin Dağılımları	21
Tablo 5.	SBAR İletişim Modeli Hakkındaki İfadelere Verilen Doğru Yanıtlara İlişkin Değerlendirmeler	22
Tablo 6.	SBAR İletişim Modelinin Hasta Güvenliğinde Etkili Olması ve Meslekte Uygulanmasına İlişkin Dağılımlar	25
Tablo 7.	SBAR İletişim Modeli Kullanımının Etkinliği ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı	26
Tablo 8.	SBAR İletişim Modeli Farkındalık Durumu Değerlendirmelerinin Dağılımı	27
Tablo 9.	SBAR İletişim Modeli Farkındalık Durumuna İlişkin Değerlendirmeler	29
Tablo 10.	Yaşa Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi	30
Tablo 11.	Cinsiyete Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi	32
Tablo 12.	Eğitim Düzeyine Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi	33
Tablo 13.	Çalışılan Birime Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi	35
Tablo 14.	Çalışma Süresine Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi	37

ŞEKİLLER

Şekil 1.	Hemşirelerin “SBAR İletişim Modeli nedir?” sorusuna verdikleri doğru yanıtların dağılımları	22
Şekil 2.	Hemşirelerin SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Dağılımları	28



CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI SBAR İLETİŞİM MODELİ FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tıbbi hatalar; sağlık hizmetinin sunumu aşamasında kasıtlı olmayan bir aksaklığın sebep olduğu ve sonucunda beklenmeyen bir olayın gerçekleştiği durumlar olarak tanımlanmaktadır (Er ve Altuntaş 2016). Institute of Medicine/ Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) 1999 yılında yayınladığı raporunda yılda 44.000 ile 98.000 arasında kişinin tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiğini belirtmiştir (Havens ve Boroughs 2000). Tıbbi hataların İngiltere’de yıllık 6 milyar dolar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 37.6-50 milyar dolar maliyete sebep olduğu ve önlenabilir tıbbi hatalardan kaynaklı maliyetin ise 17-29 milyar dolar olduğu düşünülmektedir (Şahin ve Özdemir 2014).

Sağlık kurumlarında bulunan Cerrahi servisleri, yoğun bakımlar ve ameliyathaneler acil durum ve acil girişimlerin sıklıkla gerçekleştiği, kritik değerlendirme ve hızlı karar verebilme kabiliyetinin gerektiği, tıbbi hataların en fazla yaşandığı birimlerdendir. (Özlü ve diğ. 2015, Uğraş ve diğ. 2018).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetinden faydalanan kişilerin uğrayabileceği zararı önlemek için sağlık bakım hizmeti veren sağlık kuruluşları ve bu sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan kişiler tarafınca alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (Ardahan ve Alp 2015). Hasta güvenliğinin hedefi hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak için sağlık hizmetinin verildiği ortamda fiziksel ve psikolojik olarak ortamı olumsuz etkileyecek etkenleri uzaklaştırmaktır. Bu hedef doğrultusunda sağlık hizmeti sunumu esnasında oluşabilecek hataları engelleyen, oluşan hatalar sebebiyle hastayı olası zararlardan koruyan, hata oluşma ihtimalini ortadan kaldıran bir sistemin oluşturulması gerekmektedir (Karaca ve Arslan 2014).

Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization (WHO), 2007 yılında Cenevre’de düzenlediği uluslararası konferansta, her yıl Dünya’da tahminen 10 milyon insanın önlenabilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğünü

vurgulamış ve hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (WHO 2007).

Kaliteli sağlık hizmetinin var olabilmesi için hasta güvenliğinde rol oynayan en temel unsurlardan biri de iletişimdir. Joint Commission International (JCI) 2015 yılında incelediği 936 sentinel olayda oluşan tıbbi hataların kök nedenlerinin %70'inden fazlasının iletişim kaynaklı olduğunu tespit etmiştir (JCI 2015).

Hasta bilgilerinin aktarılması sırasında bazı bilgilerin aktarılmaması hasta bakım kalitesini oldukça azaltmaktadır (Alsolamy ve diğ. 2018). Sağlık profesyonelleri arasında belirsiz ve etkili olmayan iletişim, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini riske atabilmektedir (Blom ve diğ. 2015). Bu yüzden sağlık profesyonelleri arasında iletişim çok önemlidir (Ahmed ve diğ. 2018). WHO ve diğer kurumlar iletişimin iyileştirilmesinin öncelikli olduğunu savunmaktadırlar (Tam ve diğ. 2018). Sağlık bakım hizmetinin kişi ve kişiler ile buluşma aşamasında, hasta bilgilerinin aktarıldığı süreçlerde iletişimin açık ve net olmasını sağlamak için alınan en önemli önlem, etkili iletişimdir. JCI'nın 2006 da yayınladığı hasta güvenliği hedeflerinde, "Etkili İletişimin İyileştirilmesi" hedefler içinde yerini almıştır. Bu kapsamda etkili iletişimi geliştirmek için soru sormayı ve cevap almayı kapsayan birden fazla iletişim modelleri geliştirilmiştir (Demir ve Şahin 2014). Oluşturulan bu iletişim tekniklerinin arasında %69,6 lık bir oran ile en sık kullanılan iletişim modelinin SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) iletişim modeli olduğu saptanmıştır (Riesenberg ve diğ. 2009).

Bu bağlamda araştırma, cerrahi hemşirelerinde eğitim öncesi ve sonrası SBAR iletişim modeli farkındalığını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliğinin ilk temelini 1955 yılında Ernest Codman hasta sonuçları ve oluşan komplikasyonları inceleyerek atmış ve konu üzerine ilgileri çekmiştir. Ancak hasta güvenliği kavramının önemini arttıran “*To Err is Human: Building Safer System*” isimli raporu, 1999 yılında IOM yayınlamıştır (Korkmaz 2018). Bu raporda yılda 44.000 ile 98.000 arasında kişinin tıbbi hatalar nedeni ile hayatlarını kaybettiği ve tıbbi hatalardan kaynaklı ölümlerin motorlu araç kazaları, meme kanseri veya Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)’e bağlı ölümlerden daha yüksek olduğu ve ölümü oluşturan nedenlerden 7. si olduğu belirtilmiştir (Havens ve Boroughs 2000, Avcı ve Aktan 2015). Tıbbi hataların insan hayatını önemli oranda tehdit etmesinden dolayı hasta güvenliği çalışmaları son yıllarda artış göstermektedir (Avcı ve Aktan 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliği tanımı “*sağlık hizmeti süresince bir hastaya önlenemez zararın verilmemesi*” şeklinde yapmıştır (Bassuni ve Bayoumi 2015).

Uluslararası Hemşireler Konseyi/ International Council of Nurses (ICN) ise hasta güvenliğini, “*profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi*” olarak tanımlamıştır (ICN, 2006).

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği son yıllarda ciddi bir küresel sorun haline gelmiştir. Sağlık sistemleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, hasta güvenliğine yönelik tehdit oluşturan nedenler benzerdir ve çoğu zaman benzer çözümler ile önlenmektedirler (WHO 2019). Hasta güvenliği, etkili ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması için çok önemlidir (Müller ve diğ. 2018) ve kalite iyileştirme çalışmalarının da vazgeçilmez bir parçasıdır. JCI’ya göre hasta,

hizmet sunumu sırasındaki riskleri azaltmaya yönelik temel oluşturacak akreditasyon standartlarının başında gelmektedir (TJC 2007).

JCI 1996 yılında ‘‘Sentinel Etkinlik Politikasını’’ resmi olarak kabul etmiştir. ‘‘Sentinel Etkinlik Politikası’’ hastayı korumak, sistemleri iyileştirmek ve daha fazla zarar görmeyi önlemek için ciddi bir hasta güvenliği olayı yaşayan sağlık kuruluşu ile nasıl bir işbirliği yapılacağını açıklayan bir politikadır (TJC 2017). Oluşan bir olayın, sentinel olay olabilmesi için hastanın var olan genel durumunun yada hastalığının doğal seyriyle ilgili olmadan beklenmedik ölüm yada fonksiyonlarında kalıcı hasarların oluşmuş olması gerekmektedir (Akgün 2014). JCI 2015 yılı boyunca 936 sentinel olayı incelemiş ve bu olayların kök nedenlerine baktığında %70’inden fazlasının **iletişim** kaynaklı tıbbi hatalar olduğunu tespit etmiştir (JCI 2015).

IOM’un 1999 yılında yayınlamış olduğu raporunu örnek alarak Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu/Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) hasta güvenliğinin sağlanması için JCI ile birlikte hasta güvenliği hedeflerini dünya genelinde uygulamaya koymaya başlamıştır. JCI’nin 2014 te güncellediği Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri;

- Hasta kimliğinin doğru belirlenmesi,
- **Etkin iletişimin iyileştirilmesi,**
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi,
- Doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması,
- Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyon risklerinin azaltılması
- Düşme olayları neticesinde hastaların zarar görmesi riskinin azaltılması şeklindedir (JCI 2014).

JCAHO’nun hasta güvenliği hedeflerinden ikincisi olan ‘‘Etkin İletişimin İyileştirilmesi’’ bakımın devamlılığını sağlamada ve güvenli hasta bakımını gerçekleştirmede anahtar bir faktördür (Shahid ve Thomas 2018).

2.2. İletişim

Günümüzde, tıbbi teknolojiadaki gelişmelere rağmen, etkili kişiler arası iletişim, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ilkelere biri olmaya devam etmektedir. Kişilerarası iletişim, etkili hasta bakımını teşvik etmenin anahtarıdır (Chaharsoughi ve diğ. 2014).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişim, bakımın sürekliliği arttırmada ve güvenli hasta bakımını sağlamada en önemli noktadır. Etkili iletişim, güvenli ve etkili hasta bakımı için merkezdir (Shahid ve Thomas 2018). Sağlık hizmetlerinde etkili olmayan iletişim hasta bakımında gecikme, cerrahi hatalar, düşmeler, hastane yatışlarında uzama, ciddi yaralanmalar ve ölüm gibi önemli beklenmedik hasta sonuçları meydana getirmektedir (Umberfield ve diğ. 2019).

İletişimin bileşenleri ve süreci karmaşık bir yapıya sahiptir ve yanlış anlaşılmalara için yol açabilir (Müller ve diğ.2018). Sağlık hizmetlerinde hemşireler 24 saat boyunca hastalar ile doğrudan iletişim halindedir ve hastalar ile en uzun etkileşime giren sağlık profesyonelleridir (Herawati ve diğ. 2018). Hiyerarşi, cinsiyet, eğitim, kültürel geçmiş, stres, yorgunluk, etnik farklılıklar, tanımsız roller, zaman, hastayla ilgili faktörler ve standart bir iletişim prosedürünün olmayışı sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında iletişimi zorlaştıran nedenlerdendir (Reese ve diğ. 2016, Hailu ve diğ. 2016, Shahid ve Thomas 2018, Uhm ve diğ. 2018). Bir başka neden ise sağlık hizmetlerinde hekim ve hemşirelerin aldıkları eğitim sonucunda oluşan iletişim tarzlarındaki farklılıklardır (Foronda ve diğ. 2016, Ha ve diğ. 2017). Hemşireler aldıkları eğitimin sonucunda iletişimlerinde daha detaycı ve tanımlayıcı iken, hekimler ise iletişimlerinde hasta hakkında kısa, net ve anahtar bilgilere odaklanmaktadır (Achrekar ve diğ. 2016).

Etkili bir şekilde kurulan iletişimin; hasta-hemşire ilişkisini geliştirmek, tedavi ve bakım kalitesini arttırmak, ekip çalışmasını geliştirmek, hasta memnuniyetini arttırmak ve hata riskini azaltmak gibi olumlu klinik sonuçları bulunmaktadır (Cudjoe 2016).

Sağlık hizmetlerinde oluşan iletişim kaynaklı hataları önlemek için JCAHO 2006 da hasta güvenliği hedeflerinde “Etkin İletişimin İyileştirilmesi” maddesine

yer vermiştir (Demir ve Şahin 2015). Etkili iletişim, ne zaman konuşulacağını, ne söyleneceğini ve nasıl söyleneceğini bilmeyi içerir (Dimech ve Vuksic 2018). “Etkili İletişimin İyileştirilmesi” maddesi ile birlikte kuruluşlar soru sorma ve cevap fırsatlarını içinde bulunduran standart profesyonel iletişim teknikleri uygulamışlardır (Campbell ve diğ. 2019). Standart bir iletişim aracı kullanmak iletişimin doğru ve eksiksiz bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktadır (Whittingham ve Oldroyd 2014).

2.2.1. İletişim Modelleri

JCAHO 2006 da yayınladığı hasta güvenliği hedeflerinden olan “Etkin İletişimin İyileştirilmesi” maddesi doğrultusunda soru sorma ve cevaplama fırsatlarını içeren standartlaştırılmış profesyonel iletişim tekniklerinin kullanılmasını önermiştir. Fakat kurumların hangi iletişim tekniğini kullanması gerektiğini ve geliştirmesi gerektiğini belirtmeyip, bunu kurumun özgür iradesine bırakmıştır (Wheeler 2015).

Riesenberg ve diğ. 2009 yılında hasta tesliminde kullanılan iletişim modellerini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada içeriği hasta teslimi olan toplam 46 makale bulunduğu ve bu makalelerin incelemesi sonucunda 24 adet hasta teslim iletişim tekniğinin bulunduğunu tespit edilmiştir. Kullanılan bu iletişim tekniklerinin arasında %69,6 lık bir oran ile en sık kullanılan iletişim modelinin SBAR iletişim modeli olduğunu saptamışlardır (Panesar ve diğ. 2014; Riesenberg ve diğ. 2009).

SBAR İletişim Modeli kişilerarasındaki iletişimin etkinliğini arttırmak için kullanılan güçlü bir araçtır (TJC 2013). Flemming ve Hübner yapmış olduğu çalışmada SBAR iletişim modeli gibi iletişim araçlarının iletişim hatalarını önlemede önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir (Flemming ve Hübner 2013).

2.2.2. SBAR İletişim Modeli

2.2.2.1. SBAR İletişim Modeli Nedir?

SBAR iletişim modeli; hiyerarşi, cinsiyet, eğitim, kültürel geçmiş, stres, yorgunluk, etnik farklılıklar ve standart bir iletişim prosedürünün olmayışı gibi iletişim engellerini ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulmuş, sağlık çalışanları

arasında özellikle acil durumlarda hasta ile ilgili iletilmesi gereken bilgilerin kısa, net, hızlı ve açık bir biçimde iletilmesi için bir çerçeve sağlayan kanıta dayalı profesyonel bir iletişim modelidir (Randmaa ve diğ. 2014; Clanton ve diğ. 2017; Başol 2018).

SBAR iletişim modeli personelin kısa ve net bir şekilde bilgi paylaşmasını sağlamak için İngilizce her baş harfi bir tanımlayıcı olarak oluşturulmuş dört adımdan oluşan bir iletişim modelidir (Whittingham ve Oldroyd 2014; IHI 2015).

Tablo 1. SBAR İletişim Modeli (Liaw ve diğ. 2014; Schröder ve diğ. 2017)

İNGİLİZCE	TÜRKÇE	AÇIKLAMA
S Situation	Durum	Hastanın mevcut durumu
B Background	Öz geçmiş/ Arka fon	Hastanın önceki tıbbi geçmişi
A Assessment	Değerlendirme	Hasta problemlerinin değerlendirilmesi
R Recommendation	Öneri	Problemin çözümü için öneriler

2.2.2.2. SBAR İletişim Modelinin Gelişimi

SBAR İletişim Modeli ilk olarak ABD Colorado Kaiser Permanente Hastanesinde 2003 yılında oluşturulmuştur. ABD deniz kuvvetleri, yüksek riskli durumlarda ve devir teslim süreçlerinde kritik bilgileri etkili, zamanında ve özlü bir çerçeve içerisinde iletmek için bir iletişim aracı kullanmaktadır (Eberhardt 2014; Stewart 2016).

Kimya mühendisi olan Doug Bonacum Kaiser Permanente Hastanesindeki güvenlik yönetimi görevinden önce ABD Donanması denizaltı kuvveti alanında görev almaktadır (IHI 2008). 2002 yılında Kaiser Permanente Hastanesinde güvenlik yönetimi görevi sırasında cerrahi, obstetrik ve yoğun bakım ünitelerinden gelen olay verilerini incelemiş ve olayların birçoğunun iletişim kaynaklı hatalar olduğunu saptamıştır (Narayan 2013). Bunun üzerine ABD donanmasında devir teslim süreçlerinde kullanılan iletişim aracını örnek alarak hasta güvenliğinden sorumlu hekim Micheal Leonard ve Suzanne Graham ile birlikte SBAR iletişim modelini oluşturmuşlardır (Doucette 2006).

SBAR iletişim modeli Kaiser Permanente Hastanesinde 2003 yılında ilk olarak doktorlar ve hemşireler arasında acil müdahale gerektiren durumlar hakkında konuşmaları yapılandırmak için bir çerçeve olarak uygulamaya konulmuştur (Shahid and Thomas 2018). Kaiser Permanente Hastanesi SBAR iletişim modelini uygulamaya başladıktan sonra uyguladıkları her ortamda istenmeyen olay sayılarında gözle görülür bir azalma olduğunu belgelemişlerdir. SBAR iletişim modeli birçok sağlık kuruluşu tarafından kabul görmüş ve disiplinler arası iletişimi güçlendiren, istenmeyen olayları azaltan ve hasta bakımını arttıran bir çerçeve olarak varlığını sürdürmeye devam etmiştir (Narayan 2013). The Joint Commission (Ortak Komisyon-TJC), Agency for Healthcare Research and Quality/Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ), Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü (IHI) ve WHO SBAR iletişim modelini hasta teslimi için etkili bir iletişim aracı olarak önermektedir (Kostoff ve diğ 2016; Shahid ve Thomas 2018; Wang ve diğ. 2015).

2.2.2.3. SBAR İletişim Modelinin Açılımı

SBAR İletişim Modeli her baş harfi bir hatırlatıcı olarak tasarlanmış 4 bölümden oluşan bir iletişim modelidir.

2.2.2.3.1 Situation (Durum)

Hasta ile ilgili bilgi aktarımında kullanılan etkili iletişim yöntemlerinden biri olan SBAR iletişim modelinin ilk basamağı S kısmı “Situation” dur. “Situation” kısmının Türkçe karşılığı “Durum”dur. Bu kısımda hastanın mevcut durumu/problemi hakkındaki bilgileri verilmektedir (James ve diğ. 2013).

Konuşmanın başlangıcında kişi öncelikle ismini, unvanını ve çalıştığı birimi bildirerek kendini tanıtmalıdır (Joffe ve diğ. 2013; Barnett ve diğ. 2017). Sonrasında hastaya ait bilgileri aktarmalıdır. Bu bilgiler;

- Hastanın Adı-Soyadı
- Bulunduğu birim
- Oda-yatak numarası
- Yaşı
- Cinsiyeti

- Yatış tanısı
- Durumunun stabilitesi
- Sorunun ne olduğu, ne zaman başladığı ve şiddetini

İçercek şekilde olmalıdır (Wang ve diğ. 2015; Steawart 2016; Hyun ve diğ. 2016; Wilson ve diğ. 2017).

2.2.2.3.2. Background (Özgeçmiş)

SBAR iletişim modelinin ikinci basamağı yani B kısmı “Background” dur. Bu basamak Türkçeye “Özgeçmiş” olarak çevrilmektedir. SBAR iletişim modelinin B kısmında hastanın durumu ile ilgili öz geçmişini içeren bilgiler yer almaktadır (Liaw 2014).

Hastanın,

- Alerjisi olup olmadığı
- Tıbbi sorunları
- Cerrahi hikayesi
- İzolasyon durumu
- Düşme riski
- İletişim engelleri
- Kullandığı mevcut ilaçlar
- İntravenöz (IV) sıvıları
- Kod durumu
- En son vital bulguları
- Laboratuvar sonuçlarını içeren bilgilerinin

B- Background (Özgeçmiş) kısmında iletilmesi gerekmektedir (Towsend ve diğ. 2014; Wang ve diğ. 2015; IHI 2019).

2.2.2.3.3. Assessment (Değerlendirme)

SBAR iletişim modelinin üçüncü basamağı A kısmı “Assessment”tır. “Assessment” Türkçe “Değerlendirme” anlamına gelmektedir. Bu basamakta sağlık profesyoneli hasta ve durumunun genel analizini yaptıktan sonra belirlediği

problemi ilettiği kısımdır (Hunter ve diğ. 2017). Sağlık profesyoneli bu basamakta hastanın risklerini veya tedaviye verdiği cevabı olumlu yada olumsuz değerlendirebilir (Demir ve şahin 2014).

Sağlık profesyoneli hastanın problemini tanımlarken;

- Mental durum değişiklikleri
- Solunum değişiklikleri
- Kardiyovasküler değişiklikler
- Gastrointestinal değişiklikler
- Üriner değişiklikler
- Kas- iskelet değişiklikleri
- Cilt ve yara değişiklikleri
- Ağrı
- Laboratuvar testleri
- İşlevsel veya mobilite değişikleri
- Aldığı – çıkardığı/hidrasyon değişiklikleri
- Diğer değişiklikleri, sırasıyla değerlendirerek tanımlayabilmektedir (Ashcraft ve Owen 2017).

Eğer sağlık profesyoneli problemin ne olduğundan emin değil ise bunu belirtmeli ve hastanın durumu hakkındaki endişelerini iletmelidir (Demir ve şahin 2014).

2.2.2.3.4. Recommendation (Öneri)

SBAR iletişim modelinin son basamağı R kısmı “Recommendation” dır. “Recommendation” un türkçe karşılığı “Öneri” dir. Bu basamakta sağlık profesyoneli hastanın durumu ve durumu ile ilgili özgeçmişi doğrultusunda saptadığı problemi düzeltmek için öneri ve isteklerini belirtmektedir (Clochesy ve diğ 2015, Hyun ve diğ 2016).

Belirtilen öneriler;

- Hastanın görülmesinin ihtiyacı ve aciliyeti (hemen şimdi yada belirtilen zaman aralığında)
- Değerlendirilmesine ihtiyaç duyulan bilgiler ve sıklıkları (vital bulguları, laboratuvar testleri, görüntüleme tetkikleri, EKG, diğerleri..)
- Değiştirilmesi veya ilave yapılması gereken order
- Başka bir üniteye transfer durumu
- Bir sonraki değerlendirmenin ne zaman yapılacağı
- Hangi durumlar karşısında, değerlendirmesi istenen kişinin tekrar aranması gerektiği durumu hakkında olmaktadır (Blom ve diğ 2015).

Bu kısımda sağlık profesyoneli durum ile ilgili önerilerini belirterek aktif bir rol almaktadır (Jürgens 2016).

2.2.2.4. SBAR İletişim Modelinin Kullanıldığı Durumlar

SBAR iletişim modelini kullanmanın temel amacı ortaya çıkan bir durumu sözlü hale getirmek ve çözüme yönelik geri bildirim almaktır (Cudjoe 2016). SBAR iletişim modeli kullanılmadan önce eğitime ihtiyaç vardır ve bu eğitim için yeterli zaman ayrılmalıdır (Ting ve diğ. 2017). SBAR iletişim modeli;

- Sağlık kurumu içerisindeki standart protokoller, sözel iletişim, yüz-yüze iletişim, yazılı belgeler, e-posta, WhatsApp gibi tüm iletişimlerde,
- Hemşireler arasında olan iletişimlerde,
- Hekimler arasında olan iletişimde,
- Hekim ve hemşire arasındaki iletişimlerde ,
- Hastanın sağlık durumunda meydana gelişen değişikliklerde,
- Ameliyat öncesi cerrahi ekip tarafından bilgilendirme süreçlerinde,
- Yüksek riskli ve yeni bir prosedürden önce hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri arasında bilgilendirme amaçlı iletişimlerde,
- Acil ve acil olmayan iletişimlerde,
- Ambulans ile hasta transferinin gerçekleştiği süreçlerde,
- Hastanın bulunduğu bakım seviyesinden başka bir bakım seviyesine transferinde,

- Çalışanın kısa süreliğine de olsa görev yerinden ayrılması gerektiği durumlarda,
- Taburculuk planlaması süreçlerinde,
- Ameliyat sonrası yoğun bakım veya diğer yataklı birimlere transferinde,
- Farklı disiplinlerde de bilgi aktarımı ve raporlama süreçlerinde kullanılmaktadır (Lenert ve diğ. 2014; Johnston ve diğ. 2015; Shah ve diğ. 2016; Stewart 2016; Macdougall ve diğ. 2016; Yu ve Kang 2017; Başol 2018).

2.2.2.5. SBAR İletişim Modelinin Faydaları

SBAR iletişim modeli iletişim engellerin üstesinden gelmek için tasarlanmış kapsamlı bilgi sağlama, meslekler arası işbirliğini teşvik etme ve hata olasılığını azaltma gibi olumlu sonuçları bulunan profesyonel bir iletişim aracıdır (Müller ve diğ. 2018). SBAR iletişim modelinin sağlık hizmetlerinde kullanım yararlarını sıralayacak olursak;

- Eğitim, hiyerarşi ve deneyim gibi farklılıkları en aza indirerek ortak bir dil ve beklenti oluşturur.
- Bilgilerin düzenlenmesi ve önceliklerinin belirlenmesi için standart bir çerçeve oluşturur.
- Oluşturulan bu çerçeve önemsiz birçok bilgiyle başa çıkmak için bilişsel bir kısa yol oluşturur ve yeni işe başlamış sağlık profesyonellerinin adaptasyonu için kolaylık sağlar.
- Ekip çalışmasını geliştirir.
- Hasta güvenliği kültürü oluşturur.
- Hasta memnuniyetini artırır.
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında memnuniyeti artırır.
- Çalışanların iletişim becerilerini geliştirerek bilgi organizasyonu sağlar ve bilgi güvenliğini artırır.
- Hastalar arasında beklenmeyen ölüm insidansını azaltır.
- İletişimi güçlendirir.
- İletişim için önceden hazırlığı teşvik eden hafızasal bir sistem sağlar.

- Terapötik hemşire-hasta ilişkisini geliştirir.
- Bakım kalitesini arttırır.
- Farklı birim ve sağlık çalışanı arasında etkili iletişimi geliştirerek, motivasyon sağlar ve güven oluşturur.
- Oluşan hatanın tanımlanmasını ve düzeltilmesini sağlar.
- Bilgi alışverişinde yer alan bilgilerin doğruluğunu ve etkinliğini arttırır.
- Zaman kazandırır.
- Maliyeti azaltır.
- Rol ve beklentileri netleştirir.
- Bilgi aktarımı sırasındaki stres potansiyelini azaltır (Raymond ve Harrison 2014; Townsend ve diğ. 2014; Lenert ve diğ. 2014; Renz ve diğ. 2015; Stewart 2016; Cudjoe 2016; Yu ve Jakang 2017; Uhm ve diğ. 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, bir üniversitenin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası SBAR iletişim modeli farkındalığını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı niteliğinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenleri; SBAR iletişim modeli ile ilgili cerrahi hemşirelerinin farkındalık puanları

Bağımsız değişkenleri; Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı birim, çalışma süresi,

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini 01 Mart-30 Nisan 2019 tarihleri arasında Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde cerrahi servis, cerrahi yoğun bakım ve ameliyathanede çalışan 220 cerrahi hemşiresi, örneklemi ise basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 138 cerrahi hemşiresi oluşturdu.

Örneklem hesabında Salant ve Dillman (1994)'ın belirlediği formül kullanılarak 117 hemşire olarak bulundu.

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

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$(220)(1.96)^2(0.10)(0.90)$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(0.05)^2(220-1)+(1.96)^2(0.10)(0.90)$$

n= 117 minimum toplam olgu miktarı

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
2. Cerrahi birimlerde hemşire olarak çalışıyor olmak

3.4 Araştırmanın Soruları

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modeli farkındalıkları incelendi. Bu bağlamda araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şu şekildedir;

S1: Cerrahi hemşirelerinin bireysel özelliklerine SBAR iletişim modeli farkındalıkları nasıldır?

S2: Cerrahi hemşirelerinde eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitimden bir ay sonra SBAR iletişim modeli farkındalıkları nasıldır?

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür eşliğinde (Meester ve diğ. 2013, Achrekar ve diğ. 2016, Chetwood ve diğ. 2018, Dimech ve Vuksic 2018, Campbell ve Dontje 2019) uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan 6 sorudan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” ve 34 sorudan oluşan “SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu” kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan formda cerrahi hemşirelerinin bireysel özellikleri (Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan birim ve çalışma süresi) içeren 6 soru bulunmaktadır (Ek-1).

3.5.2. SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından literatür eşliğinde hazırlanan cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modeli ile ilgili farkındalık durumlarını, SBAR iletişim modeli ile ilgili eğitim alma durumlarını, SBAR iletişim modeli kullanım sıklıklarını, SBAR iletişim modelinin kullanımının etkinliği ile ilgili durumlarını belirleyen 34 sorudan oluşan “SBAR iletişim modeli Değerlendirme Formu” kullanıldı (Ek-2).

“SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu” nun SBAR iletişim modeli farkındalık durumlarının değerlendirilmesini içeren 18 sorusu doğru-yanlış cevap seçeneğinden oluşmaktadır. Cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modeli farkındalık puanları 18 soru üzerinden değerlendirildi. Puanlama yanlış yanıtta 0, doğru yanıtta 1 puan verilerek min 0 ve max 18 puan olarak hesaplandı. Hesaplama sonucu elde edilen puanlar standardize edilmek adına 100'lük skalaya çevrildi. “SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu” nun cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modelini meslek hayatlarında uygulama durumuna göre; Hiç kullanmıyorum:1, Kullanmıyorum:2, Bazen kullanıyorum:3, Kullanıyorum:4 ve Sürekli kullanıyorum:5 şeklinde maddelendirilmiştir. SBAR iletişim modelinin hasta güvenliğinde etkili olma durumuna göre; Hiç etkili değil :1, Etkili değil :2, Biraz etkili :3, Etkili :4 ve Çok etkili :5 şeklinde maddelendirilmiştir. “Hasta ile ilgili sorunları iletirken hangi yolları izlemem gerektiğini biliyorum”, “SBAR İletişim Modelinden memnunum”, “Eksik hasta başı tesliminin hasta bakımında olumsuz etkilerini yaşadım” ve “Hastanın durumu hakkında edindiğim bilgilerin güncel olduğuna inanıyorum” ifadelerine katılma durumlarına göre; Katılmıyorum:1, Kısmen katılıyorum: 2, Katılıyorum:3 şeklinde maddelendirilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 01 Mart-30 Nisan 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. “*Kişisel Bilgi Formu*” ve “*SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu*” ön test olarak eğitim öncesi katılımcılara uygulandı.

Power Point sunumu, SBAR iletişim modeli ile ilgili örnek senaryolar, SBAR iletişim modeli kullanım broşürü ve SBAR iletişim modeli kullanılarak

gerçekleştirilmiş iletişim videoları ile SBAR konusu hazırlanarak, cerrahi hemşirelerine 45 dakika süren bir eğitim verildi. Eğitime Power Point sunumu ile başlanarak cerrahi hemşirelerine SBAR iletişim modeli hakkında bilgi verildi ve örnek senaryolar kullanarak SBAR iletişim modelinin kullanımı anlatıldı. SBAR iletişim modeli kullanılarak gerçekleştirilmiş iletişim videoları izletildi ve kullanımı sırasında rehberlik etmesi amacı ile SBAR iletişim modeli broşürü cerrahi hemşirelerine eğitim salonundan ayrılmadan önce dağıtıldı. Eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra 34 soruluk son test katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak tekrar uygulandı.

3.7. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınıandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Bonferroni-Dunn test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin takiplerinin değerlendirilmesinde Friedman test ve ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Bonferroni-Dunn test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve araştırmanın yapılacağı bir üniversitenin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürlüğü'nden yazılı onay alındı. Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerine araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek sözlü izinleri alındı ve gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmadı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bir üniversite hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan cerrahi hemşireleri ve SBAR iletişim modeli Değerlendirme formundaki maddeler ile sınırlı olduğundan tüm cerrahi hemşirelerine genellenemez.



4. BULGULAR

Çalışma 2019 tarihlerinde, bir Üniversitenin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde; %86,2'si (n=119) kadın, %13,8'i (n=19) erkek olmak üzere toplam 138 cerrahi hemşire ile gerçekleştirildi. Hemşirelerin yaşları 21 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalama $29,52 \pm 5,75$ yıldır; %22,5'i (n=31) 25 yaşın altında, %58,0'i (n=80) 25-35 yaşında, %19,5'i (n=27) 35 yaş ve üzerindedir (Tablo 2).

Tablo 2. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	21-48 (29)
	<i>Ort±Ss</i>	29,52±5,75
	<25 yaş	31 (22,5)
	25-35 yaş	80 (58,0)
	≥35 yaş	27 (19,5)
Cinsiyet	Kadın	119 (86,2)
	Erkek	19 (13,8)
Eğitim durumu	Lise	14 (10,1)
	Ön lisans	8 (5,8)
	Lisans	99 (71,8)
	Lisansüstü	17 (12,3)
Çalışılan birim	Cerrahi servis	98 (71,0)
	Yoğun bakım	24 (17,4)
	Ameliyathane	16 (11,6)
Çalışma süresi (yıl)	<1 yıl	14 (10,1)
	1-5 yıl	52 (37,7)
	6-10 yıl	47 (34,1)
	≥11 yıl	25 (18,1)

Eğitim durumu incelendiğinde; %10,1 (n=10) lise mezunu, %5,8 (n=8) ön lisans mezunu, %71,8 (n=99) lisans mezunu ve %12,3 (n=17) lisansüstü mezun olduğu görüldü (Tablo 2).

Hemşirelerin %71,0'inin (n=98) cerrahi serviste, %17,4'ünün (n=24) yoğun bakımda ve %11,6'sının (n=16) ameliyathanede çalıştığı belirlendi (Tablo 2).

Hemşirelerin çalışma süreleri değerlendirildiğinde; %10,1'inin (n=14) meslekte 1 yıldan az, %37,7'sinin (n=52) 1-5 yıl, %34,1'inin (n=47) 6-10 yıl ve %18,'inin (n=25) 11 yıl ve üzeri çalışmakta olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. SBAR İletişim Modeli Hakkında Farkındalık Durumu ve Eğitim Alma Durumuna İlişkin Dağılımlar

		Eğitim öncesi		Eğitimden hemen sonra		Eğitim sonrası 1.ay	
		N	%	n	%	n	%
SBAR hakkında bilgi durumu	Evet	28	20,3	138	100	138	100
	Hayır	110	79,7	-	-	-	-
SBAR hakkında eğitim alma durumu	Evet	15	10,9	138	100	138	100
	Hayır	123	89,1	-	-	-	-
Eğitim alınan yer	Örgün	2	13,3	2	1,5	2	1,5
	Hizmet içi	13	86,7	136	98,5	136	98,5

Eğitim öncesinde hemşirelerin %20,3'ü (n=28) SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi iken; eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda %100'ünün (n=138) SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi olduğu belirlendi. Eğitim öncesinde hemşirelerden %10,9'unun (n=15) SBAR iletişim modeli hakkında eğitim aldığı görülürken; eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda %100'ünün (n=138) SBAR iletişim modeli hakkında eğitim aldığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. SBAR İletişim Modeli Hakkındaki İfadelere Verilen Doğru Yanıtlara İlişkin Dağılımları

	Eğitim öncesi		Eğitimden hemen sonra		Eğitim sonrası 1.ay	
	n	%	n	%	n	%
SBAR İletişim Modeli nedir?						
a) SBAR, sadece klinik uygulamalarda kullanılan bir iletişim modelidir.	17	12,3	1	0,7	1	0,7
b) SBAR etkili bilgi alışverişi için sağlık profesyonelleri arasında kısa, net, eksiksiz standardize bir iletişim sağlayan profesyonel iletişim bir tekniğidir.	92	66,7	135	97,8	129	93,5
c) SBAR, sadece hemşireler arası iletişimde kolay hatırlama ve iletişim için öncelikli hazırlığı teşvik etmede yardımcı olma amacı ile oluşturulmuş bir iletişim modelidir.	22	15,9	2	1,5	7	5,1
d) SBAR, etkili iletişim için belirli bir standart oluşturmayı hızlı ve kalıcı bilgi alışverişini sağlamayan bir iletişim modelidir.	7	5,1	0	0	1	0,7
SBAR İletişim Modelinin açılımı aşağıdakilerden hangisidir?						
a) Safety (Güvenlik), Background (Özgeçmiş), Abbreviate (Kısaltma), Repast(Öğün)	31	22,5	0	0	3	2,2
b) Snction (Yaptırım), Balance (Denge), Assessment (Değerlendirme), Repast (Öğün)	5	3,6	0	0	1	0,7
c) Situation (Durum), Background (Özgeçmiş), Assessment (Değerlendirme), Recommendation (Öneri)	75	54,3	138	100	134	97,1
d) Safety (Güvenlik), Balance (Denge), Abbreviate (Kısaltma), Recommendation (Öneri)	27	19,6	0	0	0	0
SBAR İletişim Modeli kaç adımdan oluşmaktadır?						
a) 2	12	8,7	0	0	0	0
b) 4	103	74,6	138	100	135	97,8
c) 3	12	8,7	0	0	3	2,2
d)1	11	8,0	0	0	0	0
Aşağıdakilerden hangisi SBAR İletişim Modelinin faydaları arasında sayılabilir?						
a) Mali kayıp sağlar.	7	5,1	1	0,7	1	0,7
b) İletişim kaynaklı tıbbi hataları önler.	124	89,9	136	98,6	135	97,9
c) Zaman kaybettirir.	1	0,7	1	0,7	2	1,4
d) Kısa, net, hızlı ve ihtiyaç duyulan bilgiyi vermez.	6	4,3	0	0	0	0
Aşağıdaki durumlardan hangisi SBAR İletişim Modeli ile ilgili doğru bir ifadedir?						
a) SBAR kullanırken kendimizi tanıtmamıza gerek yoktur.	12	8,7	2	1,4	2	1,4
b) SBAR'ın S kısmını belirtirken hastanın klinik geçmişi hakkında bilgi verilir.	36	26,1	11	8,0	12	8,7
c) SBAR İletişim Modelinin R kısmı belirtilirken ben ne önerirdim sorusuna yanıt aranmaktadır.	55	39,8	120	87,0	121	87,7
d) SBAR sadece klinik uygulamalarda kullanılır.	35	25,4	5	3,6	3	2,2
Aşağıdakilerden hangisi SBAR İletişim Modeli kullanılırken hasta ile ilgili bilmemiz gereken bilgilerdendir?						
a) Hastanın adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, vitalleri, alerji	105	76,1	137	99,3	138	100
b) Hastanın Dosya/ Protokol numarası	27	19,6	1	0,7	0	0
c) Hastanın sosyal güvencesi	6	4,3	0	0	0	0
d) Hastanın eğitim durumu	0	0	0	0	0	0
Aşağıdaki durumlardan hangisinde SBAR İletişim Modelinin kullanımı önemlidir?						
a) Depodan malzeme istemi yapılırken	3	2,2	0	0	0	0
b) Yakın arkadaşımızla iş ile ilgili konuşmalarımızda	13	9,4	0	0	1	0,7
c) Hastanın genel durumunda meydana gelen değişiklikler	116	84,1	138	100	137	99,3
d) Servis temizlik kontrollerinde	6	4,3	0	0	0	0

Hemşirelerin SBAR iletişim modeli hakkındaki sorulara vermiş oldukları cevapların ayrıntılı dağılımları Tablo 4’te belirtildi.

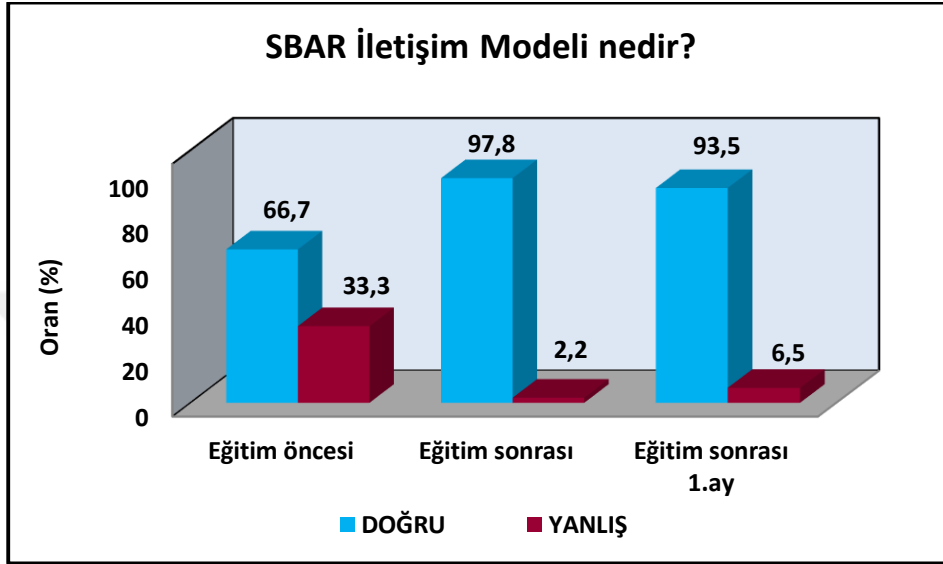
Tablo 5. SBAR İletişim Modeli Hakkındaki İfadelere Verilen Doğru Yanıtlara İlişkin Değerlendirmeler

	Eğitim öncesi		Eğitimden hemen sonra		Eğitim sonrası 1.ay		Test değeri “p
	n	%	n	%	n	%	
SBAR İletişim Modeli nedir?							
Doğru	92	66,7	135	97,8	129	93,5	$\chi^2:65,080$
Yanlış	46	33,3	3	2,2	9	6,5	0,001**
SBAR İletişim Modelinin açılımı aşağıdakilerden hangisidir?							
Doğru	75	54,3	138	100	134	97,1	$\chi^2:116,656$
Yanlış	63	45,7	0	0	4	2,9	0,001**
SBAR İletişim Modeli kaç adımdan oluşmaktadır?							
Doğru	103	74,6	138	100	135	97,8	$\chi^2:62,722$
Yanlış	35	25,4	0	0	3	2,2	0,001**
Aşağıdakilerden hangisi SBAR İletişim Modelinin faydaları arasında sayılabilir?							
Doğru	124	89,9	136	98,6	135	97,8	$\chi^2:14,778$
Yanlış	14	10,1	2	1,4	3	2,2	0,001**
Aşağıdaki durumlardan hangisi SBAR İletişim Modeli ile ilgili doğru bir ifadedir?							
Doğru	55	39,8	120	87,0	121	87,7	$\chi^2:92,280$
Yanlış	83	60,2	18	13,0	17	12,3	0,001**
Aşağıdakilerden hangisi SBAR İletişim Modeli kullanılırken hasta ile ilgili bilmemiz gereken bilgilerdendir?							
Doğru	105	76,1	137	99,3	138	100	$\chi^2:64,061$
Yanlış	33	23,9	1	0,7	0	0	0,001**
Aşağıdaki durumlardan hangisinde SBAR İletişim Modelinin kullanımı önemlidir?							
Doğru	116	84,1	138	100	137	99,3	$\chi^2:40,261$
Yanlış	22	15,9	0	0	1	0,7	0,001**

Hemşirelerin “SBAR İletişim Modeli nedir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranları incelendiğinde; eğitim öncesi %66,7 (n=92), eğitimden hemen sonra %97,8 (n=135) ve eğitim sonrası 1.ayda %93,5 (n=129) olduğu belirlendi ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p<0,01). Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,001) ve eğitim sonrası 1.ayda (p=0,001) doğru cevap verme oranındaki artış arasında anlamlı fark saptandı (p<0,01). Eğitimden hemen

sonra ve eğitim sonrası 1.aydaki doğru cevap oranları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Şekil 1. Hemşirelerin “SBAR iletişim modeli nedir?” sorusuna verdikleri doğru yanıtların dağılımları



Hemşirelerin “SBAR iletişim modelinin açılımı aşağıdakilerden hangisidir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranları incelendiğinde; eğitim öncesi %54,3 (n=75), eğitimden hemen sonra %100 (n=138) ve eğitim sonrası 1.ayda %97,1 (n=134) oranında doğru yanıt görüldü ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ayda ($p=0,001$) doğru cevap verme oranındaki artış arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.aydaki doğru cevap oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Hemşirelerin “SBAR iletişim modeli kaç adımdan oluşmaktadır?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranları incelendiğinde; eğitim öncesi %74,6 (n=103), eğitimden hemen sonra %100 (n=138) ve eğitim sonrası 1.ayda %97,8 (n=135) oranında doğru yanıt saptandı ve bu değişim “istatistiksel olarak anlamlı bulundu” ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ayda ($p=0,001$) doğru cevap verme oranındaki artış arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.aydaki doğru cevap oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Hemşirelerin “Hangisi SBAR iletişim modelinin faydaları arasında sayılabilir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranları incelendiğinde; eğitim öncesi %89,9 (n=124), eğitimden hemen sonra %98,6 (n=136) ve eğitim sonrası 1.ayda %97,8 (n=135) oranında doğru yanıt saptandı ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p<0,01). Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,002) ve eğitim sonrası 1.ayda (p=0,004) doğru cevap verme oranındaki artış arasında anlamlı fark saptandı (p<0,01). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.aydaki doğru cevap oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05).

Hemşirelerin “Hangisi SBAR iletişim modeli ile ilgili doğru bir ifadedir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranları incelendiğinde; eğitim öncesi %39,8 (n=55), eğitimden hemen sonra %87,0 (n=120) ve eğitim sonrası 1.ayda %87,7 (n=121) oranında doğru yanıt saptandı ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p<0,01). Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,001) ve eğitim sonrası 1.ayda (p=0,001) doğru cevap verme oranındaki artış arasında anlamlı fark saptandı (p<0,01). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.aydaki doğru cevap oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05).

Hemşirelerin “Hangisi SBAR iletişim modeli kullanılırken hasta ile ilgili bilmemiz gereken bilgilerdendir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranları incelendiğinde; eğitim öncesi %76,1 (n=105), eğitimden hemen sonra %99,3 (n=137) ve eğitim sonrası 1.ayda %100 (n=138) oranında doğru yanıt saptandı ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p<0,01). Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,001) ve eğitim sonrası 1.ayda (p=0,001) doğru cevap verme oranındaki artış arasında anlamlı fark saptandı (p<0,01). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.aydaki doğru cevap oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05).

Hemşirelerin “Hangisinde SBAR iletişim modelinin kullanımı önemlidir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranları incelendiğinde; eğitim öncesi %84,1 (n=116), eğitimden hemen sonra %100 (n=138) ve eğitim sonrası 1.ayda %99,3 (n=137) oranında doğru yanıt saptandı ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p<0,01). Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,001)

ve eğitim sonrası 1.ayda ($p=0,001$) doğru cevap verme oranındaki artış arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,01$). Eğitim sonrası ve eğitim sonrası 1.aydaki doğru cevap oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Tablo 6. SBAR İletişim Modelinin Hasta Güvenliğinde Etkili Olması ve Meslekte Uygulanmasına İlişkin Dağılımlar

	Eğitim öncesi		Eğitimden hemen sonra		Eğitim sonrası 1.ay	
	n	%	n	%	n	%
SBAR iletişim Modeli sizce hasta güvenliğinde etkili mi?						
Hiç etkili değil	6	4,3	1	0,7	1	0,7
Etkili değil	3	2,2	1	0,7	0	0
Biraz etkili	33	23,9	4	2,9	12	8,7
Etkili	43	31,2	20	14,5	28	20,3
Çok etkili	53	38,4	112	81,2	97	70,3
SBAR İletişim Modelini meslek hayatında uyguluyor musunuz?						
Hiç kullanmıyorum	41	29,7	11	8,0	3	2,2
Kullanmıyorum	16	11,6	10	7,2	2	1,4
Bazen kullanıyorum	53	38,4	23	16,7	30	21,7
Kullanıyorum	17	12,3	26	18,8	35	25,4
Sürekli kullanıyorum	11	8	68	49,3	68	49,3

Hemşirelerin “SBAR iletişim Modeli sizce hasta güvenliğinde etkili mi?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda SBAR iletişim modelini etkili bulma düzeylerinde artış olduğu gözlemlendi (Tablo 6).

Hemşirelerin “SBAR İletişim Modelini meslek hayatında uyguluyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda SBAR iletişim modelini kullanma düzeylerinde artış olduğu gözlemlendi (Tablo 6).

Tablo 7. SBAR İletişim Modeli Kullanımının Etkinliği ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

	Eğitim öncesi		Eğitimden hemen sonra		Eğitim sonrası 1.ay	
	n	%	n	%	n	%
Hasta ile ilgili sorunları iletirken hangi yolları izlemem gerektiğini biliyorum.						
Katılmıyorum	20	14,5	1	0,7	1	0,7
Kısmen katılıyorum	41	29,7	8	5,8	8	5,8
Katılıyorum	77	55,8	129	93,5	129	93,5
SBAR iletişim modelinden memnunuz.						
Katılmıyorum	9	6,5	1	0,7	2	1,5
Kısmen katılıyorum	68	49,3	11	8,0	18	13,0
Katılıyorum	61	44,2	126	91,3	118	85,5
Eksik hasta başı tesliminin hasta bakımında olumsuz etkilerini yaşadım.						
Katılmıyorum	18	13,1	103	74,6	110	79,7
Kısmen katılıyorum	49	35,5	18	13,0	18	13,0
Katılıyorum	71	51,4	17	12,4	10	7,3
Hastanın durumu hakkında edindiğim bilgilerin güncel olduğuna inanıyorum.						
Katılmıyorum	9	6,5	1	0,7	0	0
Kısmen katılıyorum	54	39,2	11	8,0	15	10,9
Katılıyorum	75	54,3	126	91,3	123	89,1

Hemşirelerin “Hasta ile ilgili sorunları iletirken hangi yolları izlemem gerektiğini biliyorum.” ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda “Katılıyorum” ifadesinde artış olduğu gözlemlendi (Tablo 7).

Hemşirelerin “SBAR iletişim modelinden memnunuz.” ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda “Katılıyorum” ifadesinde artış olduğu gözlemlendi (Tablo 7).

Hemşirelerin “Eksik hasta başı tesliminin hasta bakımında olumsuz etkilerini yaşadım.” ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda “Katılmıyorum” ifadesinde artış olduğu gözlemlendi (Tablo 7).

Hemşirelerin “Hastanın durumu hakkında edindiğim bilgilerin güncel olduğuna inanıyorum.” ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda “Katılıyorum” ifadesinde artış olduğu gözlemlendi (Tablo 7).

Tablo 8. SBAR İletişim Modeli Farkındalık Durumu Değerlendirmelerinin Dağılımı

		Eğitim öncesi		Eğitimden hemen sonra		Eğitim sonrası 1.ay	
		Doğru	Yanlış	Doğru	Yanlış	Doğru	Yanlış
1.Hasta bakımında iletişim problemlerinin ciddi tıbbi hatalara neden olabileceğine inanıyorum.	n	109	29	134	4	127	11
	%	79	21,0	97,1	2,9	92,0	8,0
2.SBAR klinik içinde hekim ile iletişimi geliştirir.	n	85	53	129	9	124	14
	%	61,6	38,4	93,5	6,5	89,9	10,1
3.SBAR, advers olaylarda azalma gösteren güvenilir ve onaylanmış bir iletişim aracı değildir	n	80	58	132	6	122	16
	%	58,0	42,0	95,7	4,3	88,4	11,6
4.SBAR etkili bilgi alışverişi için sağlık profesyonelleri arasında kısa, net, eksiksiz standarde bir iletişim sağlayan profesyonel bir iletişim tekniğidir	n	97	41	134	4	135	3
	%	70,3	29,7	97,1	2,9	97,8	2,2
5.SBAR iletişim modelinin açılımı 'Situation (Durum), Background (Özgeçmiş), Assessment (Değerlendirme), Recommendation (Öneri)' şeklindedir.	n	95	43	138	0	134	4
	%	68,8	31,2	100	0,0	97,1	2,9
6.SBAR iletişim modelinin ' S ' kısmı belirtilirken hastayla ilgili mevcut durum nedir sorusuna yanıt aranmaktadır.	n	90	48	137	1	136	2
	%	65,2	34,8	99,3	0,7	98,6	1,4
7.SBAR iletişim modelinin ' B ' kısmı belirtilirken klinik geçmiş veya geliş nedeni nedir sorusuna yanıt aranmaktadır.	n	92	46	134	4	132	6
	%	66,7	33,3	97,1	2,9	95,7	4,3
8.SBAR iletişim modelinin ' A ' kısmı belirtilirken ben problemin ne olduğunu düşünüyorum sorusuna yanıt aranmaktadır.	n	80	58	135	3	127	11
	%	58,0	42,0	97,8	2,2	92,0	8,0
9.SBAR iletişim modelinin ' R ' kısmı belirtilirken ben ne önerirdim sorusuna yanıt aranmaktadır.	n	92	46	135	3	135	3
	%	66,7	33,3	97,8	2,2	97,8	2,2
10.SBAR sağlık profesyonelleri arasında ortak bir dil oluşturur.	n	103	35	133	5	115	23
	%	74,6	25,2	96,4	3,6	83,3	16,7
11.SBAR İletişim Modeli kolay hatırlama ve iletişim için öncelikli hazırlığı teşvik etmede yardımcı değildir.	n	76	62	123	15	96	42
	%	55,1	44,9	89,1	10,9	69,6	30,4
12.Recommendation (Öneri) kısmında hekime tavsiyede bulunulabilir.	n	58	80	120	18	129	9
	%	42,0	58,0	87,0	13,0	93,5	6,5
13.SBAR iletişimi geliştirir, hasta güvenliğini artırır	n	103	35	136	2	134	4
	%	74,6	25,4	98,6	1,4	97,1	2,9
14.SBAR İletişim Modeli, hastane ortamında olumsuz olaylarda bir azalma gösteren yapılandırılmış bir iletişim aracıdır	n	88	50	136	2	127	11
	%	63,8	36,2	98,6	1,4	92,0	8,0
15.Situation (Durum) için hastanın sorununun temeli üzerinde durulmalıdır.	n	80	58	129	9	127	11
	%	58,0	42,0	93,5	6,5	92,0	8,0
16.SBAR, hasta verilerinin aktarıldığı tüm durumlarda kullanılabilir.	n	81	57	126	12	128	10
	%	58,7	41,3	91,3	8,7	92,8	7,2
17.SBAR İletişim Modeli ile hasta başı teslimlerinin hasta bakımında yararı olduğuna inanıyorum.	n	97	41	135	3	123	15
	%	70,3	29,7	97,8	2,2	89,1	10,9
18.SBAR iletişim Modelinin stresli bir durum sonrasında beni ' sorgulamaya ' hizmet ettiğine inanıyorum.	n	53	85	115	23	107	31
	%	38,4	61,6	83,3	16,7	77,5	22,5

Hemşirelerin SBAR İletişim Modeli Farkındalık Durumu Değerlendirme Formu sorularına vermiş oldukları yanıtların dağılımları incelendiğinde; eğitim öncesinde “SBAR iletişim Modelinin stresli bir durum sonrasında beni, sorgulamaya hizmet ettiğine inanıyorum” sorusuna en düşük (%38,4) doğru cevabı verdikleri görülürken, “Hasta bakımında iletişim problemlerinin ciddi tıbbi hatalara neden olabileceğine inanıyorum” sorusuna en yüksek (%79) doğru cevap verdikleri görüldü.

Hemşirelerin eğitimden hemen sonra “SBAR iletişim Modelinin stresli bir durum sonrasında beni, sorgulamaya hizmet ettiğine inanıyorum” sorusuna en düşük (%83,3) doğru cevabı verdikleri görülürken, “SBAR iletişim modelinin açılımı Stituation (Durum), Background (Özgeçmiş), Assessment (Değerlendirme), Recommendation (Öneri) şeklindedir” sorusuna en yüksek (%100) doğru cevap verdikleri tespit edildi.

Eğitimden 1 ay sonra ise “SBAR iletişim Modelinin stresli bir durum sonrasında beni sorgulamaya hizmet ettiğine inanıyorum” sorusuna en düşük (77,5) doğru cevap, “SBAR iletişim modelinin S kısmı belirtilirken hastayla ilgili mevcut durum nedir sorusuna yanıt aranmaktadır” sorusuna en yüksek (98,6) doğru cevap verdikleri görüldü.

Hemşirelerin SBAR İletişim Modeli Farkındalık Değerlendirme Formu sorularına vermiş oldukları yanıtların dağılımları Tablo 8’de ayrıntılı olarak verildi. Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda doğru cevap verme oranlarında artış gözlemlendi.

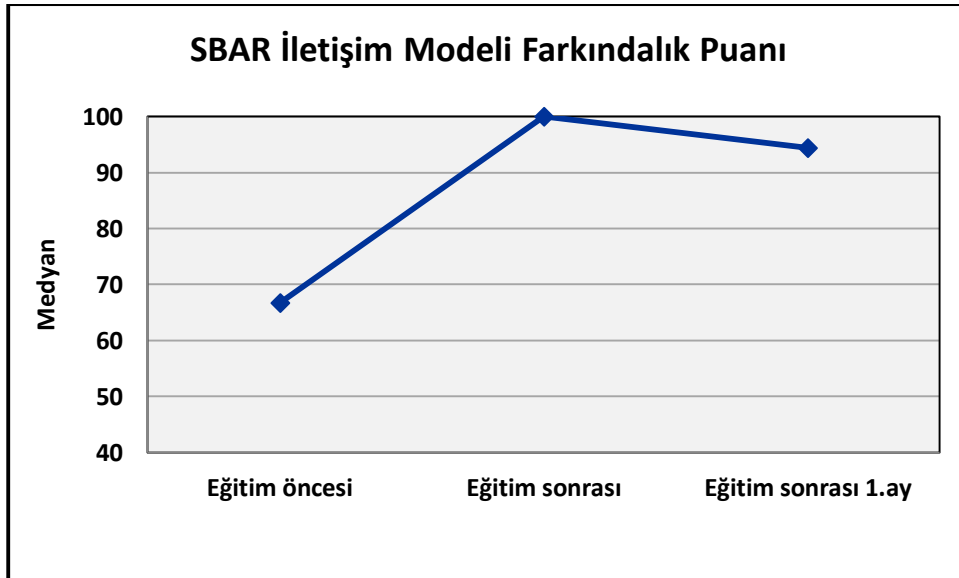
Tablo 9. SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

	SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanı	
	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Eğitim öncesi	0-100 (66,7)	62,76±28,52
Eğitimden hemen sonra	66,7-100 (100)	95,05±7,56
Eğitim sonrası 1.ay	11,1-100 (94,4)	90,90±13,89
<i>Test değeri</i>	$\chi^2:145,591$	
<i>p</i>	0,001**	
Fark (ES-EÖ)	-16,7/100 (27,8)	32,29±29,07
Fark (ES 1.ay-EÖ)	-44,5/100 (22,2)	28,14±30,32
Fark (ES 1.ay-ES)	-83,3/22,2 (0)	-4,15±14,60

Eğitim öncesi farkındalık puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama %62,76±28,52; eğitimden hemen sonra farkındalık puanları 66,7 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama %95,05±7,56; eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları 11,1 ile 100 arasında değişmekte ve ortalama %90,90±13,89 saptandı.

Farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) puanlarındaki artış anlamlı saptandı ($p<0,01$). Eğitim sonrasına göre eğitim sonrası 1.ay puanlarındaki düşüş anlamlı bulundu ($p=0,044$; $p<0,05$).

Şekil 2. Hemşirelerin SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Dağılımları



4.1 Tanımlayıcı Özelliklere Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi

Tablo 10. Yaşa Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi

		Yaş (yıl)			Test değeri ^b p
		<25 yaş (n=31)	25-35 yaş (n=80)	≥35 yaş (n=27)	
Eğitim öncesi	Min-Mak (Medyan)	0-100 (66,7)	0-100 (72,2)	0-100 (66,7)	$\chi^2:0,351$ 0,839
	Ort±Ss	59,86±30,38	63,75±28,38	63,17±27,57	
Eğitimden hemen sonra	Min-Mak (Medyan)	72,2-100 (100)	66,7-100 (100)	77,8-100 (100)	$\chi^2:2,687$ 0,261
	Ort±Ss	96,42±6,81	94,30±8,05	95,68±6,78	
Eğitim sonrası 1.ay	Min-Mak (Medyan)	27,8-100 (94,4)	11,1-100 (94,4)	72,2-100 (94,4)	$\chi^2:1,583$ 0,453
	Ort±Ss	91,58±14,19	89,58±15,32	94,03±7,38	
Test değeri		$\chi^2:36,706$	$\chi^2:81,757$	$\chi^2:28,165$	
^ap		0,001**	0,001**	0,001**	
Fark (ES-EÖ)	Min/Mak (Medyan)	0/100 (33,3)	-16,7/100 (22,2)	-11,1/100 (27,8)	$\chi^2:0,3823$ 0,663
	Ort±Ss	36,56±29,98	30,56±28,47	32,51±30,38	
Fark (ES 1.ay-EÖ)	Min/Mak (Medyan)	-11,1/100 (27,8)	-44,5/100 (16,7)	-5,6/100 (22,2)	$\chi^2:0,941$ 0,625
	Ort±Ss	31,72±30,64	25,83±30,89	30,86±28,68	
Fark (ES 1.ay-ES)	Min/Mak (Medyan)	-55,6/16,7 (0)	-83,3/22,2 (0)	-27,8/16,7 (0)	$\chi^2:0,698$ 0,705
	Ort±Ss	-4,84±13,36	-4,72±16,47	-1,65±9,22	

Yaşa göre eğitim öncesi (p=0,839), eğitimden hemen sonra (p=0,261) ve eğitim sonrası 1.ay (p=0,453) farkındalık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi (p>0,05) (Tablo 10).

Yaşı <25 olan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,001) ve eğitim sonrası 1.ay (p=0,001) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu (p<0,01). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05) (Tablo 10).

Yaşı 25-35 olan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi aşamadan

kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Yaşı ≥ 35 olan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,663$; $p>0,05$). Eğitim öncesine göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,625$; $p>0,05$). Eğitimden hemen sonraya göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,705$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Cinsiyete Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirilmesi

		Cinsiyet		Test değeri ^a p
		Kadın (n=119)	Erkek (n=19)	
Eğitim öncesi	Min-Mak (Medyan)	0-100 (72,2)	0-100 (55,6)	Z:-1,589
	Ort±Ss	64,33±27,97	52,92±30,73	0,112
Eğitimden hemen sonra	Min-Mak (Medyan)	66,7-100 (100)	72,2-100 (100)	Z:-0,491
	Ort±Ss	95,05±7,37	95,03±8,86	0,624
Eğitim sonrası 1.ay	Min-Mak (Medyan)	11,1-100 (94,4)	27,8-100 (94,4)	Z:-0,003
	Ort±Ss	91,13±13,34	89,47±17,26	0,997
Test değeri		$\chi^2:118,721$	$\chi^2:27,710$	
^ap		0,001**	0,001**	
Fark (ES-EÖ)	Min/Mak (Medyan)	-16,7/100 (22,2)	0/100 (38,9)	Z:-1,689
	Ort±Ss	30,72±28,80	42,10±29,59	0,091
Fark (ES 1.ay-EÖ)	Min/Mak (Medyan)	-44,5/100 (22,2)	0/100 (38,9)	Z:-1,392
	Ort±Ss	26,80±30,49	36,55±28,59	0,164
Fark (ES 1.ay-ES)	Min/Mak (Medyan)	-83,3/22,2 (0)	-55,6/22,2 (0)	Z:-0,563
	Ort±Ss	-3,92±14,22	-5,56±17,17	0,573

^aFriedman Test

^cMann Whitney U Test

**p<0,01

Cinsiyete göre eğitim öncesi (p=0,112), eğitimden hemen sonra (p=0,624) ve eğitim sonrası 1.ay (p=0,997) farkındalık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05) (Tablo 11).

Kadınlarda; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,001) ve eğitim sonrası 1.ay (p=0,001) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu (p<0,01). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 10).

Erkeklerde; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra (p=0,001) ve eğitim sonrası 1.ay (p=0,001) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu (p<0,01). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay

farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,091$; $p>0,05$); erkeklerdeki değişimin (artışın) kadınlardan yüksek olması dikkat çekicidir. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,164$; $p>0,05$). Eğitimden hemen sonra göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,573$; $p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Eğitim Düzeyine Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirilmesi

		Eğitim düzeyi				Test değeri ^b p
		Lise (n=14)	Ön lisans (n=8)	Lisans (n=99)	Lisansüstü (n=17)	
Eğitim öncesi	Min-Mak	0-100	5,6-94,4	0-100	0-100	$\chi^2:3,683$ 0,298
	(Medyan)	(58,3)	(58,3)	(72,2)	(83,3)	
	Ort±Ss	53,18±27,54	56,95±32,63	63,69±27,62	67,97±32,84	
Eğitimden hemen sonra	Min-Mak	77,8-100	94,4-100	66,7-100	72-100	$\chi^2:4,398$ 0,222
	(Medyan)	(100)	(100)	(100)	(100)	
	Ort±Ss	95,63±7,91	99,31±1,97	95,06±7,36	92,48±9,41	
Eğitim sonrası 1.ay	Min-Mak	27,8-100	77,8-100	11,1-100	72-100	$\chi^2:3,617$ 0,306
	(Medyan)	(89)	(91,7)	(94,4)	(100)	
	Ort±Ss	84,92±19,17	91,67±8,40	91,02±14,08	94,77±7,73	
Test değeri		$\chi^2:19,192$	$\chi^2:12,621$	$\chi^2:103,774$	$\chi^2:12,036$	
^ap		0,001**	0,002**	0,001**	0,002**	
Fark (ES-EÖ)	Min/Mak	0/100	5,6/94,4	-11,1/100	-16,7/100	$\chi^2:4,968$ 0,174
	(Medyan)	(33,3)	(41,7)	(22,2)	(11)	
	Ort±Ss	42,46±27,36	42,36±33,46	31,37±28,43	24,51±31,25	
Fark (ES 1.ay- EÖ)	Min/Mak	-11,1/100	-11,1/83,3	-44,5/100	-16,7/100	$\chi^2:1,135$ 0,769
	(Medyan)	(22,2)	(30,6)	(22,2)	(11,1)	
	Ort±Ss	31,74±27,17	34,72±33,82	27,33±30,17	26,80±34,04	
Fark (ES 1.ay- ES)	Min/Mak	-55,6/16,7	-16,7/0	-83,3/22,2	-27,8/22,2	$\chi^2:6,727$ 0,081
	(Medyan)	(-11)	(-8,3)	(0)	(0)	
	Ort±Ss	-	-7,64±7,24	-4,04±14,37	2,29±12,89	
		10,71±18,68				

Eğitim düzeyine göre eğitim öncesi ($p=0,298$), eğitim sonrası ($p=0,222$) ve eğitimden hemen sonra 1.ay ($p=0,306$) farkındalık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 12).

Lise mezunlarında; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,007$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

n lisans mezunlarında; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p=0,002$; $p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Lisans mezunlarında; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Lisansüstü mezunlarında; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,024$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,018$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,05$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,174$; $p>0,05$). Eğitim öncesine göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,769$; $p>0,05$). Eğitimden hemen sonrasına göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,081$; $p>0,05$); lise ve ön lisans mezunlarındaki değişimin (düşüşün) yüksek olması dikkat çekicidir (Tablo 12).

Tablo 13. Çalışılan Birime Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi

		Çalışılan birim			Test değereri ^b p
		Cerrahi servis (n=98)	Yoğun bakım (n=24)	Ameliyathane (n=16)	
Eğitim ncesi	Min-Mak (Medyan)	0-100 (66,7)	27,8-100 (75)	0-100 (50)	$\chi^2:2,445$ 0,294
	Ort±Ss	61,91±28,48	71,99±19,90	54,17±36,82	
Eğitimden hemen sonra	Min-Mak (Medyan)	66,7-100 (100)	72,2-100 (94,4)	88,9-100 (100)	$\chi^2:13,165$ 0,001**
	Ort±Ss	95,29±7,28	91,20±9,11	99,31±2,78	
Eğitim sonrası 1.ay	Min-Mak (Medyan)	11,1-100 (94,4)	61,1-100 (94,4)	77,8-100 (94,4)	$\chi^2:0,286$ 0,867
	Ort±Ss	90,48±15,28	90,74±11,31	93,75±6,69	
Test değereri		$\chi^2:109,009$	$\chi^2:20,076$	$\chi^2:17,760$	
^ap		0,001**	0,001**	0,001**	
Fark (ES-E)	Min/Mak (Medyan)	-16,7/100 (27,8)	0/61,1 (13,9)	0/100 (50)	$\chi^2:6,678$ 0,035*
	Ort±Ss	33,39±28,51	19,21±19,59	45,14±37,62	
Fark (ES 1.ay-E)	Min/Mak (Medyan)	-44,5/100 (22,2)	-11,1/61,1 (8,3)	-11,1/88,9 (44)	$\chi^2:3,395$ 0,183
	Ort±Ss	28,57±30,48	18,75±23,04	39,58±35,94	
Fark (ES 1.ay-ES)	Min/Mak (Medyan)	-83,3/22,2 (0)	-22,2/22,2 (0)	-22,2/5,6 (-5,6)	$\chi^2:2,491$ 0,288
	Ort±Ss	-4,82±16,34	-0,46±9,54	-5,56±7,31	

^aFriedman Test

^bKruskal Wallis Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Çalışılan birime göre eğitim öncesi ($p=0,294$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,867$) farkındalık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 13).

Çalışılan birime göre eğitimden hemen sonra farkındalık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi

gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; ameliyathane hemşirelerinin puanları, cerrahi servis ($p=0,047$) ve yoğun bakım ($p=0,001$) hemşirelerinden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cerrahi servis ve yoğun bakım hemşirelerinin eğitim sonrası farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Cerrahi serviste çalışan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Yoğun bakımda çalışan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,006$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Ameliyathanede çalışan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,035$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; ameliyathane hemşirelerindeki değişimler

yoğun bakım hemşirelerinden yüksek bulunmuştur ($p=0,049$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim öncesine göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,183$; $p>0,05$). Eğitim sonrasına göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,288$; $p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Çalışma Süresine Göre SBAR İletişim Modeli Farkındalık Puanlarının Değerlendirmesi

		Çalışma süresi (yıl)				Test değeri ^b p
		<1 yıl (n=14)	1-5 yıl (n=52)	6-10 yıl (n=47)	≥11 yıl (n=25)	
Eğitim öncesi	Min-Mak	44,4-100	0-100	0-100	0-100	$\chi^2:5,679$ 0,128
	(Medyan)	(86)	(66,7)	(72,2)	(66,7)	
	Ort±Ss	77,38±21,40	58,76±26,96	63,00±30,39	62,45±30,36	
Eğitimden hemen sonra	Min-Mak	72,2-100	66,7-100	72,2-100	77,8-100	$\chi^2:1,596$ 0,660
	(Medyan)	(100)	(100)	(100)	(100)	
	Ort±Ss	96,03±7,68	94,12±8,26	95,27±7,23	96,00±6,71	
Eğitim sonrası 1.ay	Min-Mak	11,1-100	27,8-100	27,8-100	72,2-100	$\chi^2:2,415$ 0,491
	(Medyan)	(97,2)	(94,4)	(94,4)	(94,4)	
	Ort±Ss	89,68±23,25	90,28±13,29	90,07±13,75	94,44±7,35	
		Test değeri	$\chi^2:12,350$	$\chi^2:60,929$	$\chi^2:49,170$	$\chi^2:25,098$
		^a p	0,002**	0,001**	0,001**	0,001**
Fark (ES-EÖ)	Min/Mak	0/55,6	0/100	-16,7/100	-11,1/100	$\chi^2:3,883$ 0,274
	(Medyan)	(11,1)	(30,6)	(22)	(28)	
	Ort±Ss	18,65±18,95	35,36±27,75	32,27±30,71	33,55±32,49	
Fark (ES 1.ay- EÖ)	Min/Mak	-44,5/55,6	-11,1/100	-27,8/100	-5,6/100	$\chi^2:4,418$ 0,220
	(Medyan)	(5,6)	(27,8)	(16,7)	(22,2)	
	Ort±Ss	12,30±25,89	31,52±29,70	27,07±31,67	32,00±29,97	
Fark (ES 1.ay- ES)	Min/Mak	-83,3/11,1	-55,6/22,2	-61/22,2	-27,8/16,7	$\chi^2:1,598$ 0,660
	(Medyan)	(0)	(0)	(-5,6)	(0)	
	Ort±Ss	-6,35±22,63	-3,85±13,90	-5,20±14,90	-1,56±9,56	

^aFriedman Test

^bKruskal Wallis Test

** $p<0,01$

Çalışma süresine göre eğitim öncesi ($p=0,128$), eğitimden hemen sonra ($p=0,660$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,491$) farkındalık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Meslekte <1 yıldır çalışan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p=0,010$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Meslekte 1-5 yıldır çalışan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Meslekte 6-10 yıldır çalışan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrası ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Meslekte ≥ 11 yıldır çalışan grupta; farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlılığın hangi aşamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ($p=0,001$) ve eğitim sonrası 1.ay ($p=0,001$) farkındalık puanlarındaki artış anlamlı bulundu ($p<0,01$). Eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonrası farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,274$; $p>0,05$). Eğitim öncesine göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık

puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı'' ($p=0,220$; $p>0,05$). Eğitimden hemen sonrasında göre eğitim sonrası 1.ay farkındalık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,660$; $p>0,05$) (Tablo 14).



5. TARTIŞMA

Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişim, bakımın sürekliliğini arttırmada ve güvenli hasta bakımını sağlamada en önemli noktadır. Etkili iletişim, güvenli ve etkili hasta bakımı için merkezdir (Shahid ve Thomas 2018). Hiyerarşi, cinsiyet, eğitim, kültürel geçmiş, stres, yorgunluk, etnik farklılıklar, tanımsız roller, zaman, hastayla ilgili faktörler ve standart bir iletişim prosedürünün olmayışı sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında iletişimi zorlaştıran nedenlerdendir (Shahid ve Thomas 2018, Hailu ve diğ. 2016, Uhm ve diğ. 2018). SBAR iletişim modeli iletişim engellerini ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulmuş, sağlık çalışanları arasında özellikle acil durumlarda hasta ile ilgili iletilmesi gereken bilgilerin kısa, net, hızlı ve açık bir biçimde iletilmesi için bir çerçeve sağlayan kanıta dayalı profesyonel bir iletişim modelidir (Randmaa ve diğ. 2014, Clanton ve diğ. 2017, Başol 2018).

Araştırma bulguları;

- ✓ *Cerrahi Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ve SBAR İletişim Modeli Hakkındaki Farkındalıklarının Yorumlanması,*
- ✓ *Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Hakkındaki İfadelere Verdikleri Cevapların Yorumlanması*
- ✓ *Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modelinin Hasta Güvenliğinde Etkinliği ve Meslek Hayatında Kullanma Durumları İlgili Düşüncelerinin Yorumlanması,*
- ✓ *Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Kullanımının Etkinliği ile İlgili Düşünceleri ve SBAR İletişimi*
- ✓ *m Modeli Memnuniyet Durumları Yorumlanması*
- ✓ *Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Aşamaları Hakkındaki Farkındalık Durumları ve Hekim-Hemşire İletişimi Üzerindeki Etkinliği ile ilgili Düşüncelerinin Yorumlanması*
- ✓ *Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Hakkında Farkındalık Puanları ve Bireysel Özellikleri İle Arasındaki İlişkinin Yorumlanması* olmak üzere altı başlık altında tartışıldı

5.1. Cerrahi Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ve SBAR İletişim Modeli Hakkındaki Farkındalıklarının Yorumlanması

Araştırmamızda cerrahi hemşirelerin yaşları 21 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalama $29,52 \pm 5,75$ olduğu (Tablo 2) görüldü. Pfaff (2014)'in çalışmasında hemşirelerin yaş ortalamasının 27,91 yıl, Achrekar ve diğ. (2016)'nin çalışmasında hemşirelerin %80'ninin 21-30 yaş arasında, Chaharsoughi ve diğ. (2014)'nin çalışmasında ise hemşirelerin %42,1'inin 25-35 yaş arasında olduğu belirtilmektedir. Diğer çalışmalar ile çalışmamızın bulguları yaş özelliği açısından benzer özellik göstermektedir. Çalışmamızda cerrahi hemşirelerin yaş ortalamalarının düşük olmasının sebebinin, işe yeni başlayan hemşirelerin çoğunlukla ilk olarak servis ve yoğun bakımlarda işe başlamalarından kaynaklanıyor olabileceğini düşünüyoruz.

Araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin %86,2'sinin kadın olduğu görüldü (Tablo 2). Diğer çalışmaların cinsiyet bulguları incelendiğinde; Randmaa ve diğ. (2014)'nin çalışmasında %85'i kadın, Pfaff (2014)'in çalışmasında %81'i kadın, Liaw ve diğ. (2015)'nin çalışmasında %76,8'i kadın, Martin ve Ciurzynski (2015)'nin çalışmasında %94'ü kadın, Chaharsoughi ve diğ. (2014) çalışmasında %92,2'si kadın, Achrekar ve diğ. (2016)'in çalışmasında %70'i kadın olup çalışmamızın cinsiyet bulguları ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin cinsiyetleri bakımından çoğunluğunun kadın olmasının sebebinin, hemşirelik mesleğinin başlangıcından itibaren yakın geçmişe kadar bir kadın mesleği olarak gerçekleştirilmesinden kaynaklandığını ve ileriki yıllarda yapılan çalışmalarda erkek hemşire oranının artacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin %71,8' inin lisans mezunu olduğu saptandı (Tablo 2). Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda hemşirelerin, Meester ve diğ. (2013)'nin yaptıkları çalışmada %60'ının, Renz ve diğ. (2013)'nin çalışmasında %52,5'inin, Martin ve Ciurzynski (2015)'nin çalışmasında ise %56'sının lisans mezunu, Chaharsoughi ve diğ. (2014)'nin çalışmasında %92,2'sinin lisans mezunu olduğu belirtilmektedir. Çalışmaya dahil olan hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olması çalışmamızın eğitim bulguları ile benzer özellik göstermekte ve eğitim seviyesi açısından olumlu bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin çalışma süreleri incelendiğinde; %10,1'inin meslekte 1 yıldan az, %37,7'sinin 1-5 yıl, %34,1'inin 6-10 yıl ve %18,'inin 11 yıl ve üzeri çalışmakta olduğu saptandı (Tablo 2). Renz ve diğ. (2013)'nin çalışmasında hemşirelerin %96'sının 5,3 yıl, Achrehar ve diğ. (2016)'nin çalışmasında ise hemşirelerin %60'ının 0-5 yıl arasında çalışmakta olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızın sonuçları ile literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları ile uyum göstermemektedir. Çalışmamızdaki bulgu sonuçlarına göre hemşirelerin mesleki deneyimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Çalışmamızda cerrahi hemşirelerin %71'i cerrahi serviste, %17,4'ü yoğun bakımda ve %11,6'ı ameliyathanede çalıştığı belirlendi (Tablo 2). Cerrahi servislerde çalışan hemşire sayısının fazla olmasının sebebi olarak kurumun cerrahi servislerindeki yatak sayısının fazla olmasının ve çalışan hemşirelerin nöbet usulü şeklinde çalışmasından kaynaklanabileceğini düşündürdü.

SBAR iletişim modeli eğitim öncesi bulgularına bakıldığında, cerrahi hemşirelerinden %20,3'ü SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti (Tablo 3). Chetwood ve diğ. (2018) yapmış oldukları çalışmada, katılımcılardan %15'inin SBAR iletişim modeli hakkında eğitim öncesinde bilgi sahibi oldukları bildirilmiştir. Araştırma bulgularımız, Chetwood ve diğ. (2018) yapmış oldukları çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. SBAR iletişim modeli eğitimi öncesinde cerrahi hemşirelerinin yüksek bir oranın SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi olmamasının, gerek örgün eğitimde gerek ise hizmet içi eğitimlerde SBAR iletişim modeli ile ilgili eğitimlere yeteri kadar yer verilmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.2. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Hakkındaki İfadelere Verdikleri Cevapların Yorumlanması

Cerrahi hemşirelerinin eğitim öncesinde “Hangisi SBAR İletişim Modeli ile ilgili doğru bir ifadedir?” sorusuna en düşük (%39,8) doğru cevabı verdikleri belirlenirken, “Hangisi SBAR İletişim Modelinin faydaları arasında sayılabilir?” sorusuna ise en yüksek oranda doğru cevap (%89,9) verdikleri saptandı (Tablo 5).

Cerrahi hemşirelerinin “Hangisi SBAR İletişim Modeli ile ilgili doğru bir ifadedir?” sorusuna eğitimden hemen sonra (%87) ve eğitimden 1 ay sonra (%87,7) en düşük doğru cevabı verdikleri belirlenirken, “SBAR İletişim Modelinin açılımı aşağıdakilerden hangisidir?”, “SBAR İletişim Modeli kaç adımdan oluşmaktadır?”, “Hangisinde SBAR İletişim Modelinin kullanımı önemlidir?” sorularına eğitimden hemen sonra en yüksek oranda doğru cevap (%100) verdikleri görüldü. Cerrahi hemşirelerinin “Hangisi SBAR İletişim Modeli kullanılırken hasta ile ilgili bilmemiz gereken bilgilerdendir?” sorusuna eğitimden 1 ay sonra en yüksek oranda doğru cevap (%100) verdiği tespit edildi (Tablo 5).

“Hangisi SBAR İletişim Modeli ile ilgili doğru bir ifadedir?” sorusuna hem eğitim öncesinde hemde eğitim sonrasında en düşük doğru cevap verilmesinin sebebinin, cerrahi hemşirelerinin Recommendation (Öneri) kısmında sorun yaşadıklarını düşündürdü.

5.3. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modelinin Hasta Güvenliğinde Etkinliği ve Meslek Hayatında Kullanma Durumları İlgili Düşüncelerinin Yorumlanması

Çalışmamızda eğitim öncesi cerrahi hemşirelerinin %69.9’u SBAR iletişim modelinin hasta güvenliğini arttıracığını belirtirken, bu oranın eğitimden hemen sonra %95,7’e ve eğitimden 1 ay sonra ise %90.6’ya çıktığı saptandı (Tablo 6). Achrekar ve diğ. (2016)’nin SBAR’ın hemşirelik uygulamalarına etkisinin araştırıldığı çalışmalarında, hemşirelerin %63’ünün SBAR iletişim modelinin hasta güvenliğini tamamen arttıracığını ifade ederken %37’ si kısmen arttıracığını ifade etmişlerdir. Bloom ve diğ. (2015)’nin SBAR iletişim modelinin kullanımı ile ilgili cerrahi hemşire ve hekimleri ile yaptıkları girişim öncesi ve sonrası bir çalışmada, hekim ve hemşirelerin eğitim sonrası “SBAR iletişim modelinin iletişimi geliştirerek hasta güvenliğini sağladığı” ifadesine çoğunluk olarak katıldıkları belirtilmiştir. SBAR iletişim modelinin hasta güvenliğinde etkinliği ile ilgili hemşirelerin düşüncelerini içeren Achrekar ve diğ. (2016) ile Bloom ve diğ. (2015) yapmış oldukları çalışmalar ile çalışmamız uyum göstermektedir. Bu durum, SBAR iletişim modelinin hasta ile ilgili iletilmesi gereken bilgileri standart bir çerçeve haline

getirmesi ve bunun sonucunda iletilmesi gereken bilgi kayıplarını önleyerek, ekip içi iletişimi geliştirmesinden kaynaklı olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda SBAR iletişim modelinin meslek hayatında uygulanmasını incelediğimizde, eğitim öncesi SBAR iletişim modelini kullanmak istediğini belirten cerrahi hemşirelerinin oranı %20,3 iken, eğitimden 1 ay sonra %74,7 olduğu bulundu (Tablo 6). Raymond ve Harrison (2014)' un SBAR İletişim Modelinin neonatolojide kullanımı ile yaptıkları çalışmada eğitim öncesi SBAR kullanımı %29 iken eğitim sonrası %70 olarak ölçülüp, artış gösterdiği saptanmıştır. Chetwood ve diğ. (2018)'nin üçüncü basamak bir hastanede SBAR eğitimi vererek yaptıkları çalışmada SBAR eğitimi sonrası katılımcıların %100'ü SBAR aracını kullanacağını bildirdi. Dimech ve Vuksic (2018)'in psikiyatri hemşireleri ile yapmış olduğu çalışmada SBAR iletişim modelini kullanma durumları, eğitim öncesi %4 iken, eğitim sonrası % 79 olarak bulunmuştur. Demir ve Şahin (2014)'in yaptıkları çalışmada ise hemşire ve ebeler tarafından %57,1 oranında SBAR iletişim modelini kullanmak istemediklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda eğitim sonrasında SBAR iletişim modelinin kullanımının Demir ve Şahin (2014)' in yaptıkları çalışma ile benzerlik göstermeyip, yapılan diğer çalışmalar ile uyum göstermiştir. Yapılan diğer çalışmaların ve bulgularımızın ortak sonucu olarak, eğitim aldıktan sonra cerrahi hemşirelerinin büyük bir çoğunluğunun SBAR iletişim modelini kullanmak istediklerini belirttikleri görülmektedir. Bunun nedeninin hemşirelerin SBAR iletişim modelini hem hasta güvenliğini, hem de ekipteki kişilerarası iletişimi arttırması ve buna bağlı olarak hemşirelerin SBAR iletişim modelinden memnun olmalarından kaynaklandığını düşünüyoruz.

5.4. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Kullanımının Etkinliği ile İlgili Düşünceleri ve SBAR İletişim Modeli Memnuniyet Durumları Yorumlanması

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin %44,2'si, SBAR iletişim modeli eğitimi öncesinde SBAR iletişim modelinden memnun olduklarını ifade etti. SBAR İletişim Modeli eğitiminden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra yapılan anketlerde ise, cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modelinden memnun olma durumları %91,3 ve %85,5 ölçülmüş olup eğitim sonrası puanlarındaki artış dikkat çekmektedir (Tablo

7). Renz ve diğ. (2013) yaptıkları çalışmada SBAR iletişim modeli eğitimi sonrasında hemşirelerin SBAR iletişim modelinden memnun olma durumlarında artış olduğu belirtilmektedir. SBAR iletişim modelinin farklı birim ve sağlık çalışanları arasında etkili iletişimi geliştirmesi, bilgilerin düzenlenmesi ve önceliklerinin belirlenmesi için standart bir çerçeve oluşturması SBAR iletişim modelinin faydalarındandır (Towsend ve diğ. 2014, Stewart 2016). Çalışmamızda SBAR iletişim modeline olan memnuniyetin eğitim sonrasında artmasının SBAR iletişim modelinin iletişimi geliştirmesi ve cerrahi hemşirelerinin hasta ile ilgili bilgileri iletirken nasıl bir yol izlemeleri konusunda bilgi sahibi olmalarından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Çalışmamızda SBAR iletişim modeli eğitiminden önce cerrahi hemşirelerinden %54,3'ü hastanın durumu hakkında edindikleri bilgilerin güncel olduğunu düşünmekte ve %51,4' ü eksik hasta başı tesliminin hasta bakımında olumsuz etkilerini yaşadığını ifade etmektedir. SBAR iletişim modeli eğitiminden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra cerrahi hemşirelerinin %91,3' ü ve %89,1' i hastanın durumu hakkında edindikleri bilgilerin güncel olduğunu düşündüklerini bildirdi. Cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modeli eğitiminden hemen sonra %12,4'ü ve eğitimden 1 ay sonra %7,3'ü eksik hasta başı tesliminin hasta bakımında olumsuz etkilere neden olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 7). Campbell ve Dontje (2019)'nin yaptıkları çalışmada, SBAR iletişim modelini kullanmadan önce hemşirelerin %87'si, hastanın durumu hakkında edindikleri bilgilerin güncel olduğunu düşünürken, kullandıktan sonra hemşirelerin %82'si hastanın durumu hakkında edindikleri bilgilerin güncel olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada, SBAR iletişim modeli kullanmadan önce, hemşirelerin %57'si, eksik hasta başı tesliminden kaynaklı hasta bakımında olumsuz durumlar yaşarken, SBAR iletişim modelinden sonra ise hemşirelerin %16'sı olumsuz durumlarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Campbell ve Dontje (2019)'nin yapmış olduğu çalışmada eğitim sonrası hemşirelerin SBAR iletişim modelinden sonra edindikleri bilgilerin daha güncel olduğunu düşündükleri ve bulguların çalışmamız sonuçları ile uyum gösterdiği saptandı. Araştırmamızda da, cerrahi hemşirelerinin eğitim sonrası hastanın durumu hakkında edindikleri bilgilerin daha güncel olduğunu düşünmelerinin sebebinin SBAR iletişim modelinin, daha önce kullandıkları hasta teslim yöntemine göre hasta hakkında veri

toplamlarına ve topladıkları verileri değerlendirmelerine daha çok yardımcı olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modelinden sonra eksik hasta başı teslimine bağlı olumsuz etkileri yaşama oranı azalıp ve Campbell ve Dontje' nin yapmış olduğu çalışma ile benzer sonuç gösterdi. Eksik hasta başı teslimin olumsuz etkilerini yaşama oranındaki azalmanın SBAR iletişim modelinin sağlık profesyonellerine iletişim sırasında rehberlik etmesi, hasta ile ilgili bilgilerin gözden kaçırılmasına fırsat vermemesi ve ekip arasındaki iletişimi arttırmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Çalışmamızda SBAR iletişim modeli eğitiminden önce cerrahi hemşirelerinin %55,8'i hasta ile ilgili sorunları iletmede hangi yolları izlemesi gerektiğini bildirirken, eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra %93,5'i hasta ile ilgili sorunları iletirken hangi yolları izlemesi gerektiğini belirtti (Tablo 7). Bu sonucun hemşirelerin SBAR iletişim modeli farkındalıklarının artmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

5.5. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Aşamaları Hakkındaki Farkındalık Durumları ve Hekim-Hemşire İletişimi Üzerindeki Etkinliği ile ilgili Düşüncelerinin Yorumlanması

Çalışmamızda SBAR iletişim modelini oluşturan kısımları hakkında (Durum, özgeçmiş, değerlendirme, öneri) cerrahi hemşirelerinin eğitim öncesi %64,1'i bilgi sahibi iken, eğitimden hemen sonra %98'i ve eğitimden 1 ay sonra % 96'sı bilgi sahibi olmuştur (Tablo 8). Wang ve diğ. (2015) çinli hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları SBAR iletişim modeli eğitimini değerlendiren bir çalışmada da öğrenci hemşirelerin SBAR iletişim modelini oluşturan bölümler hakkında, eğitim öncesi bilgi durumu puanları 20 puan üzerinden 14 iken eğitim sonrası bilgi durumu puanları 16,56'ya yükselmiştir. Wang ve diğ. (2015) yapmış olduğu çalışma ile bulgularımız benzerlik göstermiştir.

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin Recommendation (öneri) kısmında hekime tavsiyede bulunabilir ifadesine yanıtları eğitim öncesinde %42, eğitimden hemen sonra %87 ve eğitimden 1 ay sonra %93,5 olarak belirlendi (Tablo 8). Chaharsoughi ve diğ. (2014) rol oynama ve ders anlatımı ile eğitim verilerek SBAR

iletişim modelinin performans etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, hemşirelerin en düşük ortalama puanın Recommendation (Öneri) kısmı olduğu ve hemşirelerin bu kısımda diğer kısımlara göre daha düşük performans gösterdiği bildirilmiştir. Yu ve Kang (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelerin SBAR iletişim modelinin Recommendation (Öneri) kısmına ait aldıkları puanın 0,71 (min=0, max=2) olduğu ve SBAR iletişim modelinin diğer kısımları arasında en düşük puana sahip olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda SBAR iletişim modeli eğitiminden önce cerrahi hemşirelerinin sadece %42'si, hekime tavsiyede bulunabileceğini düşünmekteydi. Bu sonuç, cerrahi hemşirelerinin iletişimde kendilerine güvenmemesinden, bilgi eksikliğinden ya da hekim ile arasındaki hiyerarşiden kaynaklanabileceğini düşündürdü. Eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra cerrahi hemşirelerinin "Recommendation (Öneri) kısmında hekime tavsiyede bulunulabilir" ifadesine verdikleri doğru yanıt oranındaki artışın, SBAR ile ilgili bilgi sahibi oldukça iletişimin öneminin de daha iyi anlaşıldığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda SBAR iletişim modelinin hekim ile iletişimi geliştireceğini eğitim öncesinde cerrahi hemşirelerinin %61,6'sı bildirirken, eğitimden hemen sonra %93,5'i ve eğitimden 1 ay sonra %89,9'u belirtti (Tablo 8). Meester ve diğ. (2013)'nin yaptığı çalışmada, SBAR kullanımı öncesi hekim ve hemşireler SBAR iletişim modelinin hekim-hemşire iletişimini %62,9 oranında iyileştireceğini düşünürken, eğitim sonrasında SBAR İletişim Modelinin hekim-hemşire iletişimini %68,9 oranında arttıracaklarını düşünmüşlerdir. Lee ve diğ. (2016)'nin hekim ve hemşireler ile yaptıkları çalışmanın nitel bulgularında SBAR iletişim modelinin "farklı birim ve meslekler arasında ortak bir dil oluşturduğu ve ekip üyeleri arasında iletişimi kolaylaştırdığı" bildirilmektedir. Yapılan diğer çalışmalar ile çalışmamız uyum göstermektedir. Çalışmamızda eğitim öncesinde "SBAR iletişim modeli hekim-hemşire iletişimini geliştirir" sorusuna cerrahi hemşirelerin verdikleri yanıt oranının düşük olmasının nedeninin hemşirelerin hekimler ile iletişimlerinde yaşadıkları zorluklardan kaynaklandığını düşünüyoruz. SBAR iletişim modeli eğitiminden sonra cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modelinin hekim ile iletişimi geliştireceğine yönelik verdikleri yanıt durumundaki artışın, SBAR iletişim modeli farkındalıklarının artmasına bağlı olabileceğini düşünüyoruz.

5.6. Cerrahi Hemşirelerinin SBAR İletişim Modeli Hakkında Farkındalık Puanları ve Bireysel Özellikleri İle Arasındaki İlişkinin Yorumlanması

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin SBAR iletişim modeli eğitimi öncesi farkındalık puan ortalamaları $62,76 \pm 28,52$ iken; eğitimden hemen sonra $95,05 \pm 7,56$ ve eğitimden 1 ay sonra ki puan ortalamaları $90,90 \pm 13,89$ olduğu (Tablo 9) görüldü. Eğitim öncesi farkındalık puan ortalamaları ile eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra ki farkındalık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,01$). Wang ve diğ. (2015)'nin SBAR iletişim modeli eğitimi sonrası öğrenci hemşirelerin SBAR aracına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında öğrenci hemşirelerin SBAR iletişim modeli eğitimi öncesinde puanları 60 üzerinden 40,94 iken, eğitim sonrası 49,19 bulunmuş olup, çalışmamız bulguları ile uyum göstermektedir. Bir başka çalışmada SBAR İletişim Modeli eğitimi verilen hemşirelik öğrencilerinde, eğitim öncesi puanları 70.43 bulunmuş iken, eğitimden 5 ay sonra 78.7 olduğu belirlenmiştir (Pfaff 2014). Brust Sisti ve diğ. (2019) eczacılık öğrencileri ile yaptıkları çalışmada SBAR iletişim modeli ile ilgili bilgi durumları eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir. Katılımcıların eğitim öncesi puanları değerlendirildiğinde; 20 puan üzerinden 12 olarak bulunurken, eğitim sonrasında 18 olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin eğitim sonrasındaki SBAR iletişim modeli hakkındaki farkındalık puanlarındaki artış, diğer çalışmalardaki sonuçlar ile uyumlu bulunmuştur. Cerrahi hemşirelerinin, eğitim öncesine göre eğitim sonrası SBAR iletişim modeli farkındalık puan ortalamalarının yükselmesi, hizmet içi eğitimlerin önemine dikkat çekmektedir. Elde edilen bulgular; SBAR iletişim modelinin tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ve eğitimlerle geliştirilmesi gerektiği ve hasta güvenliğinde anahtar rol oynadığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin yaş özellikleri ile SBAR iletişim modeli farkındalık puanları arasında, eğitim öncesine göre, eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra anlamlı bir ilişki saptanmadığı (Tablo 10) görüldü. Cinsiyet özellikleri ile SBAR iletişim modeli farkındalık puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitimden 1 ay sonra

anlamli bir iliski saptanmazken (Tablo 11), erkeklerdeki değişimin (artışın) kadınlardan yüksek olması dikkat çekiciydi. Pfaff (2014)'ın çalışmasında da hemşirelerin yaş ve cinsiyet özellikleri ile SBAR eğitimi öncesi ve sonrası puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Pfaf (2014)'ın çalışması ile çalışmamız bulguları uyum göstermektedir.

Çalışmamızda SBAR iletişim modeli farkındalık puanları ile cerrahi hemşirelerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken (Tablo 12); çalışmamıza dahil olan cerrahi hemşirelerinden lise mezunlarının eğitim öncesinde SBAR iletişim modeli farkındalık puanları (53.18) puan, önlisans mezunlarının (56.95) puan, lisans mezunlarının (63.69) puan, lisansüstü mezunlarının (67.97) ortalama puan aldıkları saptandı. Buna göre SBAR iletişim modeli eğitim öncesi ortalama puanlarının öğrenim seviyesi yükseldikçe arttığı görülmektedir. Achrekar ve diğ. (2016) SBAR'ın hemşirelik uygulamalarına etkisini araştırdıkları çalışmalarında, hemşirelik mezunlarının eğitim düzeyi ile SBAR İletişim modeli ortalama puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandığı (P= 0,019) ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek puanlar aldığı bildirildi. Eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamasının yükseldiği görülmektedir.

Çalışılan birimler değerlendirildiğinde “ameliyathane hemşirelerinin” eğitim öncesi farkındalık puan ortalamaları “yoğun bakım ve cerrahi servislerde” çalışan hemşirelere göre daha düşük bulunurken (54.17±36.82), eğitimden hemen sonra “ameliyathane hemşirelerinin” puan ortalamaları, “yoğun bakım ve cerrahi servislerde” çalışan hemşirelere göre en yüksek (99.31±2.78), eğitimden 1 ay sonra ise (93.75±6.69) yüksek bulundu (Tablo 13). Bu sonuçlar doğrultusunda ameliyathane hemşirelerinde SBAR iletişim modeli hakkında farkındalığın daha fazla olduğu düşünüldü.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Örneklem grubunun yaş ortalaması $29,52 \pm 5,75$ olduğu, %86,2' sinin (n=119) kadın, %71,8'inin (n=99) lisans mezunu, %71' i (n=98) cerrahi serviste çalıştığı ve %37,7' sinin (n=52) 1-5 yıl arasında çalışma süresine sahip olduğu (Tablo 2),
- ✓ Eğitim öncesinde cerrahi hemşirelerinin %20,3'ü (n=28) SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi iken; eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda %100'ünün (n=138) SBAR iletişim modeli hakkında bilgi sahibi olduğu,
- ✓ Hemşirelerin "SBAR iletişim modeli sizce hasta güvenliğinde etkili mi?" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda SBAR iletişim modelini etkili bulma düzeylerinde artış olduğu,
- ✓ Hemşirelerin "SBAR iletişim modelini meslek hayatında uyguluyor musunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda SBAR iletişim modelini kullanma düzeylerinde artış olduğu,
- ✓ Hemşirelerin "Hasta ile ilgili sorunları iletirken hangi yolları izlemem gerektiğini biliyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda "Katılıyorum" ifadesinde artış olduğu,
- ✓ Hemşirelerin "SBAR iletişim modelinden memnunum." ifadesine verdikleri cevaplar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda memnun olma durumlarında artış olduğu,
- ✓ Hemşirelerin "Eksik hasta başı tesliminin hasta bakımında olumsuz etkilerini yaşadım." ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda olumsuz etkilerin yaşanma durumunda azalma olduğu,
- ✓ Hemşirelerin "Hastanın durumu hakkında edindiğim bilgilerin güncel olduğuna inanıyorum." ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; eğitim

öncesine göre eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası 1.ayda hastanın durumu hakkında edindikleri bilgilerin güncelliği ile ilgili düşüncelerinde artış olduğu,

- ✓ Eğitim öncesi farkındalık puan ortalaması %62,76±28,52 iken; eğitimden hemen sonra %95,05±7,56; eğitim sonrası 1.ayda %90,90±13,89 olduğu saptandı. Farkındalık puanlarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p=0,001$; $p<0,01$).

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- ✓ Kurumlarda hemşirelerin iletişim konusunda engel gördükleri konuların belirlenmesi için çalışmalar yapılması,
- ✓ Belirlenen iletişim engelleri konusunda engelleri ortadan kaldıracak çalışmaların arttırılarak çözüm yollarının bulunması, çözüm yollarından biri olarak sağlık personelinin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması,
- ✓ SBAR iletişim modelinin daha iyi anlaşılabilmesi ve hasta başı olumsuz sorunlarının ortadan kaldırılabilmesi için hizmet içi eğitimlerde sürekli yenilenmesi ve kullanımının arttırılması,
- ✓ Türkiye'deki hastanelerin cerrahi alanlarında hasta bilgilerinin aktarıldığı durumlarda SBAR iletişim modelinin kullanımına yönelik çalışmaların yapılması,
- ✓ Yapılacak çalışmalarda örneklem sayısının daha fazla olmasının,
- ✓ SBAR iletişim modelinin lisans eğitiminde tüm sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerinde müfredata alınması ve uygun eğitim yöntemlerinin kullanılması önerildi.

KAYNAKLAR

- ACHREKAR, M. S., MURTHY, V., KANAN, S., SHETTY, R., NAİR, M., KHATTRY, N. 2016. Introduction Of Situation, Background, Assessment, Recommendation Into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia-Pacific Journal Of Oncology Nursing*. 3(1), 45
- AHMED, M. I., NİRMAL, N., AL-SABBAGH, A., ASLAM, M. 2018. Improving The Quality Of Medical Handover On A Paediatric Ward. *British Journal Of Hospital Medicine*, 79(10), 584-585
- AKGÜN, S. 2014. Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar -Sentinel Olaylar- Sentinel Events in Healthcare. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 1(2), 75-82
- ALSOLAMY, S., AL-SABHAN, A., ALASSİM, N., SADAT, M., AL QASİM, E., TAMİM, H., ARABİ, Y. M. (2018). Management And Outcomes Of Patients Presenting With Sepsis And Septic Shock To The Emergency Department During Nursing Handover: A Retrospective Cohort Study. *BMC Emergency Medicine* 18(1), 3.
- ARDAHAN, M., ALP, Y. A. 2015. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(2), 85-88
- ASHCRAFT, A. S., OWEN D. C. 2017. Comparison Of Standardized and Customized SBAR Communication Tools To Prevent Nursing Home Resident Transfer. *Applied Nursing Research: ANR*, 38, 64.
- AVCI, K., AKTAN, T. 2015. Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(2), 48-54.
- BARNETT, S., NAGY, M. W., HAKIM, R. C. 2017. Integration And Assessment Of The Situation-Background-Assessment-Recommendation Framework Into A Pharmacotherapy Skills Laboratory For Interprofessional Communication and Documentation. *Currents In Pharmacy Teaching And Learning*, 9(5), 794-801.

- BASSUNİ, E. M., BAYOUMİ, M. M. 2015. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. *Global Journal Of Health Science*. 7(2), 335.
- BAŞOL, E. (2018). Hasta İle Sağlık Çalışanları (Doktor Ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları Ve Çözüm Önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi*. 2(1), 76-93.
- BLOM, L., PETERSSON, P., HAGELL, P., WESTERGREN, A. 2015. The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences*. 8(3), 530-535
- BRUST-SİSTİ, L. A., STURĞİLL, M., VOLİNO, L. R. 2019. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Technique Education Enhances Pharmacy Student Communication Ability And Confidence. *Currents In Pharmacy Teaching And Learning*.
- CAMPBELL, D., DONTJE, K., LANSİNG, E. 2019. Implementing Bedside Handoff In The Emergency Department: A Practice Improvement Project. *Journal of Emergency Nursing*. 45(2), 149-154
- CHAHARSOUGHİ, T. N., AHRARİ, S., ALİKHAH, S. 2014. Comparison The Effect Of Teaching Of SBAR Technique With Role Play And Lecturing On Communication Skill Of Nurses. *Journal of Caring Sciences*. 3(2), 141-147
- CHETWOOD, J. D., GARG, P., BURTON, K. 2018. High-Fidelity Realistic Acute Medical Simulation and SBAR Training at a Tertiary Hospital in Blantyre, Malawi. *Simulation in Healthcare*. 13(2), 139-145.
- CLANTON, J., CLARK, M., LOGGİNS, W., HERRON, R. 2017. Effective Handoff Communication. In *Vignettes In Patient Safety*. 2
- CLOCHESY, J. M., DOLANSKY, M. A., HİCKMAN, JR R. L., GİTTNER, L. S. 2015. Enhancing Communication Between Patients And Healthcare Providers: SBAR3. *Journal Of Health And Human Services Administration*, 237-252.

- CUDJOE, K. G. (2016). Add identity to SBAR. *Nursing made Incredibly Easy*, 14(1), 6-7
- DE MEESTER, K., VERSPUY, M., MONSIEURS, K. G., VAN BOGAERT, P. (2013). SBAR Improves Nurse–Physician Communication And Reduces Unexpected Death: A Pre And Post Intervention Study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196.
- DEMİR, S., ŞAHİN, H. N. 2014. Perinatal Hasta Güvenliğinde Hasta Teslimi. Kullanılan İletişim Teknikleri. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 11 (3), 32-37
- DİMECH, A. F., VUKSİC, O. 2018. Improving The Practice Of Handover For Psychiatric Inpatient Nursing Staff. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32(5), 729-736
- DOUCETTE, J. N. 2006. View From The Cockpit: What The Airline Industry Can Teach Us About Patient Safety. *Nursing2018*, 36(11), 50-53.
- EBERHARDT, S. 2014. Improve Handoff Communication With SBAR. *Nursing2018*. 44(11), 17-20.
- ER, F., ALTUNTAŞ, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 3(3), 132-139
- FLEMMING, D., HÜBNER, U. (2013). How To Improve Change Of Shift Handovers And Collaborative Grounding And What Role Does The Electronic Patient Record System Play? Results Of A Systematic Literature Review. *International Journal Of Medical Informatics*, 82(7), 580-592
- FORONDA, C., MACWILLIAMS, B., MCARTHUR, E. 2016. Interprofessional Communication In Healthcare: An Integrative Review. *Nurse Education In Practice*. 19, 36-40
- HA, Y., LEE, Y., LEE, Y. H. 2017. Simulation Training Applying SBAR For The Improvement Of Nursing Undergraduate Students' Interdisciplinary Communication Skills. *Journal Of The Korean Data And Information Science Society*, 28(2), 407-419.

- HAILU, B. F., KASSAHUN, W. C., KERIE, W. M. 2016. Perceived Nurse—Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Jimma Zone, SouthWest Ethiopia: Cross Sectional Study.
- HAVENS, D. H., BOROUGHS, L. (2000). “To err is human”: a report from the institute of medicine. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(2), 77-80
- HERAWATI, D. V., NURMALIA D., HARTIT T., DWIANTORO L. 2018. The Effectiveness Of Coaching Using Sbar (Situation, Background, Assessment, Recommendation) Communication Tool On Nursing Shift Handovers. *Belitung Nursing Journal*. 4(2), 177-185
- HUNTER H., TARA, C., WESLEY, C., JULIANE, B., SUSAN, H., PAULA, S., RENALDO, B. 2017. Assessing SBAR During Intraoperative Handoff. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 6, 7-10.
- HYUN, M. S., CHO, H. J., LEE, M. A. 2016. Effect of SBAR-collaborative communication program on the nurses' communication skills and the collaboration between nurses and doctors. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 22(5), 518-530.7
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN,2006). International_nurses_day/publications:([http://www.icn.ch/publications/international_nurses_day/safe-staffing-saves-lives]). Erişim tarihi: 31/03/2019
- INSTITUTE for HEALTHCARE IMPROVEMENT. 2008. Profiles in Improvement: Doug Bonacum of Kaiser Permanente. ([<http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/ProfilesinImprovementDougBonacumofKaiserPermanente.aspx> /]). Erişim tarihi: 27.03.2019
- INSTITUTE for HEALTHCARE IMPROVEMENT. 2015. SBAR Communication Technique. ([<http://www.ihl.org/Topics/SBARCommunicationTechnique/Pages/default.aspx>]). Erişim tarihi:25.03.2019

İNSTITUTE for HEALTHCARE IMPROVEMENT. 2019. SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation

(<https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx/>). Erişim tarihi:01.04.2019

JAMES, D., JUKKALA, A., AZUERO, A., AUUTREY, P., VİNİNG, L., MİLTNER, R. 2013. Development Of The Medical Intensive Care Unit Shift Report Communication Scale As A Measure Of Nurses' Perception Of Communication. Nursing: Research and Review. 3, 59-65.

JOFFE, E., TURLEY, J. P., HWANG, K. O., JOHNSON, T. R., JOHNSON, C. W., BERNSTAM, E. V. (2013). Evaluation Of A Problem-Specific SBAR Tool To Improve After-Hours Nurse-Physician Phone Communication: A Randomized Trial. The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety, 39(11), 495-AP6.

JOHNSTON, MJ, KİNG, D., ARORA, S., BEHAR, N., ATHANASİOU, T., SEVDALİS, N., DARZİ, A. 2015. Smartphones Let Surgeons Know Whatsapp: An Analysis Of Communication İn Emergency Surgical Teams. The American Journal Of Surgery. 209(1), 45-51.

JOİNT COMMISSION International Accreditation Standarts For Hospital. Joint Commission Resource, Updated International Patient Safety Goals Text Now, On JCI Web Site, 2014, ([http://tr.jointcommissioninternational.org./](http://tr.jointcommissioninternational.org/)) Erişim Tarihi: 30.03.2019

JOİNT COMMISSION Sentinel Event Statistics: As Of December 2015 (http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx). Erişim Tarihi: 31.03.2019

JÜRGENS, J. J. S. 2016. Das Kommunikationsmodell SBAR-Eine systematische Literaturrecherche zur Effektivität des strukturierten Kommunikationsmodells SBAR in Bezug auf Patientensicherheit.

KARACA, A., ARSLAN, H. 2014. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 1(1), 9-18

- KORKMAZ, Ç. A., 2018, Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 6(1), 10-19
- KOSTOFF, M., BURKHARDT, C., WINTER, A., SHRADER, S. 2016. An Interprofessional Simulation Using The SBAR Communication Tool. American Journal Of Pharmaceutical Education, 80(9), 157.
- LEE, SY, DONG, L, LIM, YH, POH, CL, LIM, WS. 2016. SBAR: Towards A Common Interprofessional Team-Based Communication Tool. Med Educ. 50(11), 1167-8.
- LENERT, LA., SAKAGUCHI, FH., WEIR, CR. 2014. Rethinking The Discharge Summary: A Focus On Handoff Communication. Academic Medicine: Journal Of The Association Of American Medical Colleges. 89(3), 393.
- LIAW, S. Y., ZHOU, W. T., LAU, T. C., SIAU, C., CHAN, S. W. C. 2014. An Interprofessional Communication Training Using Simulation To Enhance Safe Care For A Deteriorating Patient. Nurse Education Today, 34(2), 259-264.
- MACDOUGALL - DAVIS, SR, KETTLEY, L., VE COOK, TM 2016. The 'Go-Between'study: A Simulation Study Comparing The 'Traffic Lights' and 'SBAR'tools As A Means Of Communication Between Anaesthetic Staff. Anaesthesia. 71(7), 764-772
- MARTIN, H. A., CIURZYNSKI, S. M. 2015. Situation, Background, Assessment, And Recommendation-Guided Huddles Improve Communication And Teamwork In The Emergency Department. Journal Of Emergency Nursing. 41(6), 484-488.
- MÜLLER, M., JÜRGENS, J., REDAËLLI, M., KLINGBERG, K., HAUTZ, E. W., STOCK S. 2018. Impact Of The Communication and Patient Hand-Off Tool SBAR On Patient Safety: A Systematic Review. BMJ Open. 8(8).
- NARAYAN, M. C. 2013. Using SBAR Communications In Efforts To Prevent Patient Rehospitalizations. Home Healthcare Now, 31(9), 504-515.
- ÖZLÜ, K. Z., ESKİCİ, V., AKSOY, D., ÖZER, N., YAYLA, A., AVŞAR, G. 2015. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulama Hatalarına Yönelik Görüş Ve Deneyimlerinin Belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. (1-2-3), 83-103

- PANESAR, R. S., ALBERT, B., MESSINA, C., PARKER, M. 2016. The Effect Of An Electronic SBAR Communication Tool On Documentation Of Acute Events In The Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal Of Medical Quality*, 31(1), 64-68.
- PFAFF, M. A. 2014. Interprofessional Simulations: Student Attitudes And Effects On SBAR Performance.
- RANDMAA, M., MÅRTENSSON, G., SWENNE, C. L., ENGSTRÖM, M. (2014). SBAR Improves Communication And Safety Climate And Decreases Incident Reports Due To Communication Errors In An Anaesthetic Clinic: A Prospective Intervention Study. *BMJ Open*, 4(1), 42-68.
- RAYMOND, M., HARRISON, M. C. (2014). The Structured Communication Tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) Improves Communication In Neonatology. *SAMJ: South African Medical Journal*, 104(12), 850-852.
- REESE, J., SIMMONS, R., BARNARD, J. (2016). Assertion Practices And Beliefs Among Nurses And Physicians On An Inpatient Pediatric Medical Unit. *Hospital Pediatrics*, 6(5), 275-281.
- RENZ, S. M., BOLTZ, M. P., WAGNER, L. M., CAPEZUTI, E. A., LAWRENCE, T. E. (2013). Examining The Feasibility And Utility Of An SBAR Protocol In Long-Term Care. *Geriatric Nursing*. 34(4), 295-301.
- RENZ, SM, BOLTZ, MP., CAPEZUTI, E., WAGNER, LM. 2015. Implementing An SBAR Communication Protocol: A Quality Improvement Project. *Annals Of Long-Term Care*. 23(7), 27-31.
- RIESENBERG, L, LEITZSCH, L. BRIAN, W. 2009. Systematic Review Of Handoff Mnemonics Literature. *American Journal Of Medical Quality*. 24(3), 196-204
- SALANT, P., DILLMAN, A.D. (1994). *How to Conduct Your Own Survey*, John Wiley, Sons, Inc. Newyork, s.55.
- SCHRÖDER, H., THAETER, L., HENZE, L., DRACHSLER, H., ROSSAINT, R., SOPKA, S. (2018). Patientenübergaben In Der Ausbildung? Eine Systematische Analyse Des

Trainingsbedarfs Unter Medizinstudierenden. Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen, 135, 89-97

SHAH, Y., ALİNİER, G., PİLLAY, Y. (2016). Clinical Handover Between Paramedics and Emergency Department Staff: SBAR and IMIST-AMBO Acronyms. International Paramedic Practice, 6(2), 37-44

SHAHİD, S., THOMAS, S. 2018. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool For Handoff İn Health Care–A Narrative Review. Safety İn Health. 4(1), 7.

STEWART, K. R. (2016). SBAR, Communication, And Patient Safety: An İntegrated Literature Review

ŞAHİN, A. Z., ÖZDEMİR, K. F. 2015. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi.12 (3), 210-214

TAM, P., NİJJAR, A. P., FOK, M., LİTTLE, C., SHİNGİNA, A., BİTTMAN, J., KHAN, N. A. (2018). Structured Patient Handoff On An İnternal Medicine Ward: A Cluster Randomized Control Trial. Plos One, 13(4), 195-216

THE JOINT COMMISSION Annual Report on Quality and Safety 2007. (<http://www.jointcommissionreport.org/>) Erişim tarihi: 31/03/2019

THE JOINT COMMISSION. 2013. SBAR – A Powerful Tool To Help İmprove Communication.

(https://www.jointcommission.org/at_home_with_the_joint_commission/sbar_-_a_powerful_tool_to_help_improve_communication) Erişim tarihi: 31.03.2019

THE JOINT COMMISSION. 2017. Sentinel Event Policy and Procedures. (https://www.jointcommission.org/sentinel_event_policy_and_procedures/) Erişim tarihi: 03.04.2019

TİNG, W. H., PENG, F. S., LİN, H. H., HSİAO, S. M. (2017). The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 56(2), 171-174

- TOWNSEND-GERVİS, M., CORNELL, P., VARDAMAN, J. M. 2014. Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Re-Admissions And Improve Some Patient Outcomes. *Western Journal Of Nursing Research*, 36(7), 917-928.
- UĞRAŞ, A. G., AKYOLCU, N., KANAT, C., YÜKSEL, S., AYOĞLU, T., SAYIN, Y , KANAN, N. 2018. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 26(2), 93-101
- UHM, J. Y., LİM, E. Y., HYEONG, J. (2018). The Impact Of A Standardized Inter-Department Handover On Nurses' Perceptions And Performance In Republic Of Korea. *Journal Of Nursing Management*, 26(8), 933-944.
- UMBERFIELD, E., GHAFERİ, A. A., KREİN, L. S., MANOJLOVİCH, M. 2019. Using Incident Reports to Assess Communication Failures and Patient Outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*
- WANG, W., LIANG, Z., BLAZECK, A., GREENE, B. (2015). Improving Chinese Nursing Students' Communication Skills By Utilizing Video-Stimulated Recall And Role-Play Case Scenarios To Introduce Them To The SBAR Technique. *Nurse Education Today*, 35(7), 881-887.
- WHEELER, K. K., 2015. Effective Handoff Communication. *Nursing Critical Care*. 10(6), 13-15
- WHITTINGHAM, K. A., OLDROYD, L. E. (2014). Using An SBAR—Keeping It Real! Demonstrating How Improving Safe Care Delivery Has Been Incorporated Into A Top-Up Degree Programme. *Nurse Education Today*, 34(6), 47-52.
- WILSON, D., KOCHAR, A., WHYTE-LEWIS, A., WHYTE, H., LEE, K. S. (2017). Evaluation Of Situation, Background, Assessment, Recommendation Tool During Neonatal And Pediatric Interfacility Transport. *Air Medical Journal*, 36(4), 182-187.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2007. Call for more research on patient safety. (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/>). Erişim tarihi: 03.04.2019

WORLD HEALTH ORGANİZATION (WHO). 2019. The Fourth Global Ministerial Summit on Patient Safety.([https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/03/02/default-calendar/global-ministerial-summit-on-patient-safety]). Erişim Tarihi: 29/03/2019

YU, M., JA KANG, K. 2017. Effectiveness Of A Role-Play Simulation Program İnvolving The Sbar Technique: A Quasi-Experimental Study. Nurse Education Today, 53, 41-47.



EK-1. Kişisel Bilgi Formu

1.Numara:

2.Yaşınız :

3.Cinsiyetiniz

a)Kadın

b) Erkek

4.Eğitim durumunuz

a)Lise

b)Ön Lisans

c)Lisans

d)Lisansüstü

5.Çalıştığımız birim:

6. Çalışma yılı?

a) 1 yıldan az

b)1-5 yıl arası

c)6-10 yıl

d)11 yıl ve üzeri

EK-2 SBAR İletişim Modeli Değerlendirme Formu

1. SBAR İletişim Modeli ile ilgili bir bilginiz var mı?

- a) Evet b) Hayır

2. SBAR İletişim Modeli ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

3. Eğitim aldıysanız nereden aldınız?

- a) Örgün eğitimde b) Hizmet içi eğitimde c) Seminer d) Kurs e) Diğer.....

4. Sizce SBAR İletişim Modeli nedir?

- a) SBAR, sadece klinik uygulamalarda kullanılan bir iletişim modelidir.
- b) SBAR etkili bilgi alışverişi için sağlık profesyonelleri arasında kısa, net, eksiksiz standardize bir iletişim sağlayan profesyonel iletişim bir tekniğidir.
- c)SBAR, sadece hemşireler arası iletişimde kolay hatırlama ve iletişim için öncelikli hazırlığı teşvik etmede yardımcı olma amacı ile oluşturulmuş bir iletişim modelidir.
- d) SBAR, etkili iletişim için belirli bir standart oluşturmayı hızlı ve kalıcı bilgi alışverişini sağlamayan bir iletişim modelidir.

5. SBAR İletişim Modelinin açılımı aşağıdakilerden hangisidir?

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

6. SBAR İletişim Modeli kaç adımdan oluşmaktadır?

- a) 2 b) 4 c) 3 d)1

7. Aşağıdakilerden hangisi SBAR İletişim Modelinin faydaları arasında sayılabilir?

- a) Mali kayıp sağlar.
b) İletişim kaynaklı tıbbi hataları önler.
c) Zaman kaybettirir.
d) Kısa, net, hızlı ve ihtiyaç duyulan bilgiyi vermez.

8. Aşağıdaki durumlardan hangisi SBAR İletişim Modeli ile ilgili doğru bir ifadedir?

- a) SBAR İletişim Modeli kullanırken kendimizi tanıtmamıza gerek yoktur.
b) SBAR İletişim Modelinin S kısmını belirtirken hastanın klinik geçmişi hakkında bilgi verilir.
c) SBAR İletişim Modelinin R kısmı belirtilirken ben ne önerirdim sorusuna yanıt aranmaktadır.
d) SBAR İletişim Modeli sadece klinik uygulamalarda kullanılır.

9. Aşağıdakilerden hangisi SBAR İletişim Modeli kullanılırken hasta ile ilgili bilmemiz gereken bilgilerdendir?

- a) Hastanın adı- soyadı, yaşı, cinsiyeti, hayati bulguları, allerjisi
b) Hastanın Dosya/ Protokol numarası
c) Hastanın sosyal güvencesi
d) Hastanın eğitim durumu

10. Aşağıdaki durumlardan hangisinde SBAR İletişim Modelinin kullanımı önemlidir?

- a) Depodan malzeme istemi yapılırken
- b) Yakın arkadaşımızla iş ile ilgili konuşmalarımızda
- c) Hastanın genel durumunda meydana gelen değişikliklerde
- d) Servis temizlik kontrollerinde

11. SBAR iletişim Modeli sizce hasta güvenliğinde etkili mi?(1 en düşük puan-etkili değil, 5 en yüksek puan-çok etkili)

1 2 3 4 5

12. SBAR İletişim Modelini meslek hayatında uyguluyor musunuz? (1 en düşük puan hayır hiç kullanmıyorum, 5 en yüksek puan evet sürekli kullanıyorum)

1 2 3 4 5

	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum
13.Eksik hasta başı tesliminin hasta bakımında olumsuz etkilerini yaşadım			
14.SBAR İletişim Modelinden memnunum			
15.Hastanın durumu hakkında edindiğim bilgilerin güncel olduğuna inanıyorum			
16.Hasta ile ilgili sorunları iletirken hangi yolları izlemem gerektiğini biliyorum			

SBAR İletişim Modeli Farkındalık Değerlendirme Formu

		DOĞRU	YANLIŞ
1	Hasta bakımında iletişim problemlerinin ciddi tıbbi hatalara neden olabileceğine inanıyorum.		
2	SBAR klinik içinde hekim ile iletişimi geliştirir.		
3	SBAR, advers olaylarda azalma gösteren güvenilir ve onaylanmış bir iletişim aracı değildir		
4	SBAR etkili bilgi alışverişi için sağlık profesyonelleri arasında kısa, net, eksiksiz standardize bir iletişim sağlayan profesyonel bir iletişim tekniğidir		
5	SBAR iletişim modelinin açılımı ‘ Situation(Durum), Background(Özgeçmiş), Assessment(Değerlendirme), Recommendation(Öneri)’ şeklindedir.		
6	SBAR iletişim modelinin ‘ S ’ kısmı belirtilirken hastayla ilgili mevcut durum nedir sorusuna yanıt aranmaktadır.		
7	SBAR iletişim modelinin ‘ B ’ kısmı belirtilirken klinik geçmiş veya geliş nedeni nedir sorusuna yanıt aranmaktadır		
8	SBAR iletişim modelinin ‘ A ’ kısmı belirtilirken ben problemin ne olduğunu düşünüyorum sorusuna yanıt aranmaktadır.		
9	SBAR iletişim modelinin ‘ R ’ kısmı belirtilirken ben ne önerirdim sorusuna yanıt aranmaktadır.		
10	SBAR sağlık profesyonelleri arasında ortak bir dil oluşturur.		
11	SBAR İletişim Modeli kolay hatırlama ve iletişim için öncelikli hazırlığı teşvik etmede yardımcı değildir.		
12	Recommendation(Öneri) kısmında hekime tavsiyede bulunulabilir.		
13	SBAR iletişimi geliştirir, hasta güvenliğini artırır		
14	SBAR İletişim Modeli, hastane ortamında olumsuz olaylarda bir azalma gösteren yapılandırılmış bir iletişim aracıdır		
15	Situation(Durum) için hastanın sorununun temeli üzerinde durulmalıdır.		
16	SBAR, hasta verilerinin aktarıldığı tüm durumlarda kullanılabilir.		
17	SBAR İletişim Modeli ile hasta başı teslimlerinin hasta bakımında yararı olduğuna inanıyorum.		
18	SBAR iletişim Modelinin stresli bir durum sonrasında beni “sorgulamaya” hizmet ettiğine inanıyorum.		

EK-3 SBAR İletişim Modeli Broşürü

S Situation (Durum)	Hemşire Ad Soyad: Hasta adı/ Ünite:..... Yatış tanısı: Yatış süresi: Problemi tanımlayın: Hastanın mental durumunda ani değişiklik oldu. Vital bulgularında ani değişim oldu: Ağrısı var. Kanaması var. Laboratuar değerleri değişti. Diğer:
B (Background)	Hastayı değerlendirdim: Hastanın durumuyla ilgili tıbbi hikayesi En önemli son bulguları Vucut ısısı (Aksiller/Oral/Tympanik)°C Nabız/dk Kan basıncı,mmHg Solunum sayısı/dk Oksijen saturasyonu (oda havasında/.....lt/dk O2 destekli) %..... Mental durumu Nörolojik değişiklikler Gastrointestinal/Genitoüriner değişiklikler (bulantı/kusma/diyare/sıkışma/hidrasyon) (Şimdiki) vücut ağırlığı.....kg/gr Kilo alımı/kilo kaybı var. Cilt rengi Kan şekerimg/dl Pansuman durumu (lokasyonu, büyüklüğü, yara yatağı ya da kenarları, drenaj tipi, tedavi ve sıklığı Ağrı skoru/lokasyonu/durumu

	<p>Kas iskelet değişiklikleri (zayıflık).....</p> <p>Diğer</p>
<p>A (Assessment) (Değerlendirme)</p>	<p>Problemin.....olduğunu düşünüyorum.</p> <p>Ya da</p> <p>Problemin ne olduğundan emin değilim ancak hasta kötüleşiyor.</p>
<p>R (Recommendation) (Öneri)</p>	<p>Önerim (Ne yapmak istediğinizi söyleyin) <input type="checkbox"/></p> <p>Gelmeniz ve hastayı yeniden değerlendirmeniz <input type="checkbox"/></p> <p>Hastanın yoğun bakıma transfer edilmesi <input type="checkbox"/></p> <p>Hastaya konsültasyon istenmesi <input type="checkbox"/></p> <p>İlaç tedavisinin düzenlenmesigirişiminin yapılması <input type="checkbox"/></p> <p>Diğer:</p> <p>İleri değerlendirme için; tetkikleri ister misiniz?</p> <p>Vital bulgularını ne sıklıkta almamı istersiniz?</p> <p>Hastanın durumunda iyileşme olmasa tekrar ne zaman bilgilendirilmek istersiniz?</p> <p>Eğer gelemeyecek durumdaysanız durumu kime iletirim?</p>

EK-4 Etik Kurul Onayı



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



BASVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Cerrahi Hemşirelerinde Eğitim Öncesi ve Sonrası SBAR İletişim Modeli Farklılığının Değerlendirilmesi			Tarih:	30.05.2019	
	Koordinatör/Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı/ Uzmanlık Alanı/ Bulunduğu Merkezi	Doç. Dr. Tülin YILDIZ / Hemşirelik / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi SYO			Protokol No:	2019.23.02.07	
	Araştırmanın Türü, Destekleyicisi Ve Merkezleri	Türü	Prospektif	<input checked="" type="checkbox"/>	Merkezleri	Tek Merkezli	<input checked="" type="checkbox"/>
			Retrospektif	<input type="checkbox"/>		Çok Merkezli	<input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen 21.05.2019 tarihli değişiklik başvuru dosyası ile ilgili belgeler ve yapılan çalışma ismi ile ilgili değişiklik araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir	Destekleyicisi ve Bütçesi	TÜBİTAK	<input type="checkbox"/>			
			TNKÜ BAP	<input type="checkbox"/>			
			Araştırmacı	<input type="checkbox"/>	260 ₺		
			Diğer ise belirtiniz:				

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	Çocuk Cerrahisi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÜR	Kardiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ
İmza:

Bilgi için: Engin Deniz RENÇBER
Dahili: (0282) 250 59 04
e- nosta: edrencher@nku.edu.tr

**EK-5 Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez
Müdürlüğü Onayı**

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Cerrahi Hemşirelerinde Eğitim Öncesi ve Sonrası SBAR İletişim Modeli Farkındalığının Değerlendirilmesi” isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

21.05.2019

Doç. Dr. Tülin YILDIZ
Cerrahi Hastaneleri
Hemşireliği Anabilim Dalı

UYGUNDUR

Prof. Dr. Feriğan GÜLTEKİN
Merkez Müdürü

T.C. NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Prof. Dr. Feriğan GÜLTEKİN
Merkez Müdürü

EK-6 Özgeçmiş

Merve VATAN 1987 yılında Tekirdağ'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Tekirdağ'da tamamladı. 2004-2008 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. Çalıştığı kurum ve görevleri;

09/2008 –03/2009: Özel Tekirdağ Yaşam Hastanesi- Cerrahi Servis Hemşireliği

04/2009–06/2011: Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi- Kalp ve Damar Cerrahisi Ameliyathane Hemşiresi

07/2011–05/2012: Özel Tekirdağ Yaşam Hastanesi- Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireliği

06/2012–Halen: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi- Plastik Cerrahi Servisi Sorumlu Hemşireliği