

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

NÖBET TESLİMİNDE SBAR YÖNTEMİ KULLANMANIN
HEMŞİRELERİN HASTA TESLİMİNE İLİŞKİN ALGILARINA ETKİSİ

Büşra GÖZEBE
ORCID ID: 0009-0009-6196-3154
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Doç. Dr. Burcu CEYLAN

İZMİR-2023

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

NÖBET TESLİMİNDE SBAR YÖNTEMİ KULLANMANIN
HEMŞİRELERİN HASTA TESLİMİNE İLİŞKİN ALGILARINA ETKİSİ

Büşra GÖZEBE
ORCID ID: 0009-0009-6196-3154
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Doç. Dr. Burcu CEYLAN

İZMİR-2023

KABUL VE ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilimdalı Yüksek Lisans Programı tarafından yürütülmüş olan “Nöbet Tesliminde SBAR Yöntemi Kullanmanın Hemşirelerin Hasta Teslimine İlişkin Algılarına Etkisi” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09/06/2023

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Burcu CEYLAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye :Prof. Dr. Ülkü GÜNEŞ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Üye :Dr. Öğr. Üyesi EMEL TUĞRUL

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice SARI YILDIRIM

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir şekilde kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

09/06/2023

İmza

BÜŞRA GÖZEBE

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, “Nöbet Tesliminde Sbar Yöntemi Kullanmanın Hemşirelerin Hasta Teslimine İlişkin Algılarına Etkisi” başlıklı çalışmamın, Tez Danışmanım Doç. Dr. Burcu CEYLAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.



09/06/2023

İmza

BÜŞRA GÖZEBE

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenim hayatım boyunca ve tezimin yürütülmesinde ilgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim Hemşirelik Esasları Anabilim Dalının değerli öğretim üyesi Doç. Dr. Burcu CEYLAN' a, kıymetli önerileri ile tezimi zenginleştiren tez jürilerim Pof. Dr. Ülkü GÜNEŞ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Emel TUĞRUL'a

Araştırmamın yürütülmesinde beni destekleyen ve yardımcı olan S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin başta Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde beraber çalıştığımız hemşire arkadaşlarıma, Birlikte başladığımız bu zorlu süreçte her daim yanımda olan enerji kaynaklarım, değerli arkadaşlarım Esra SELÇUK ve Melike DURUKAN'a

Hayatım boyunca desteğini hiç esirgemeyen her zaman yanımda olan babam Ahmet GÜNGÖR'e, bana her zaman şefkatle yaklaşan bütün başarılarımın kaynağı çok değerli annem Raziye GÜNGÖR'e, her daim bana inan ve güvenen biricik kardeşim İbrahim GÜNGÖR'e

Süreç boyunca bana güç veren, bana hep güvenip her zaman yanımda olan sevgili eşim Hasan GÖZEBE'ye sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum.

Büşra GÖZEBE

ÖZET

NÖBET TESLİMİNDE SBAR YÖNTEMİ KULLANMANIN HEMŞİRELERİN HASTA TESLİMİNE İLİŞKİN ALGILARINA ETKİSİ

Büşra GÖZEBE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, İzmir, Türkiye, 2023

Amaç: Bu araştırmanın amacı; bir yoğun bakım ünitesinde SBAR yöntemiyle yapılan nöbet tesliminin hemşirelerin hasta teslimine ilişkin algılarına etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırmamız, Ekim 2022- Ocak 2023 tarih aralığında Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan 40 hemşire ile yarı-deneysel bir çalışma olarak yapıldı. Araştırmanın verileri, literatür eşliğinde araştırmacı tarafından hazırlanan “Katılımcı Tanıtım Formu” ve “Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak ön test ve son test olarak toplandı. Veriler hemşirelere “SBAR Teslim Formu” kullanılmaya başlamadan önce ve bu teslim formu üç ay kullanıldıktan sonra Katılımcı Tanıtım Formu ve Hasta Değerlendirme Ölçeği'ni içeren veri toplama formu elden dağıtılıp yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edildi.

Bulgular: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nden SBAR teslim modelini uygulama öncesi ve sonrasında aldıkları toplam puanlar incelendiğinde; uygulama öncesinde hemşirelerin aldıkları toplam puan (Mean±SS) 73,02±9,15 olurken, uygulama sonrasında alınan toplam puan değeri 77,05 ±8,98 olarak saptanmış; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca SBAR uygulama öncesi ve sonrasında teslimlerde verilen bilgilerin hasta/hemşire bakım kalitesini skala karşılaştırılmasına bakıldığında; SBAR teslim modeli uygulama öncesinde en az 3, fazla 10 puan olurken, SBAR uygulama sonrasında bu puan en az 5, en fazla 10 puan olmuştur. Yoğun bakımdaki nöbet devir teslimlerinde verilen bilgilerin hasta bakım kalitesine olan etkisinin puan ortalaması 8, 47 sayısından 8, 92 sayısına yükseldiği görülmüştür. Teslimde SBAR uygulandıktan sonra bakım

kalitesine verilen puanların artışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır($p=0.045$, $p < 0.05$).

Sonuçlar: Bu araştırma bulgularına göre yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta tesliminde SBAR teslim modelini kullanmasıyla hasta teslimine ilişkin algılarını olumlu yönde etkilemiştir. SBAR teslim formunun sağlık hizmetlerinde kullanımını yaygınlaştırmak için hizmetiçi eğitimlere ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: hasta güvenliği, hasta transferi, SBAR



ABSTRACT

The Effect Of Using The Sbar Method In Handover On Nurses' Perceptions Of Patient Delivery

Büşra GÖZEBE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, İzmir, Türkiye, 2023

Aim: The aim of this research; The aim of this study is to evaluate the effect of SBAR-based shift delivery in an intensive care unit on nurses' perceptions of patient delivery.

Method: Our research was conducted between October 2022 and January 2023 by Dr. It was conducted as a semi-experimental study with 40 nurses working in the Pediatric Intensive Care Unit of Behçet UZ Pediatrics and Surgery Training and Research Hospital. The data of the study were collected as pre-test and post-test by using the "Participant Introduction Form" and "Patient Delivery Evaluation Scale" prepared by the researcher in the light of the literature. The data were obtained by hand-delivering the data collection form containing the Participant Identification Form and the Patient Evaluation Scale before the "SBAR Submission Form" started to be used and after using this submission form for three months, by face-to-face interview method.

Results: When the total scores of the nurses working in the intensive care unit were examined before and after applying the SBAR delivery model from the Patient Delivery Evaluation Scale; While the total score (Mean $\pm$ SD) of the nurses before the application was 73.02 $\pm$ 9.15, the total score obtained after the application was 77.05 $\pm$ 8.98; this difference was found to be statistically significant. Moreover, when the patient/nurse care quality scale comparison of the information given before and after the SBAR application is examined; While the SBAR delivery model was at least 3 and more than 10 points before the application, this score was at least 5 and at most 10 points after the SBAR application. It was observed that the effect of the information given during the handovers in the intensive care unit on the quality of patient care

increased from 8.47 to 8.92. After applying SBAR at delivery, the increase in the scores given to the quality of care was statistically significant ($p=0.045$, $p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the research, according to the findings after the application of the SBAR delivery model of the nurses working in the intensive care unit, it positively affected the nurses' perceptions of patient delivery. In-service training is needed to increase the use of the SBAR delivery form in health services.

Keywords: Patient Safety, Patient Handoff, SBAR



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iv
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Araştırmanın Varsayımı	3
1.4.Hipotezler	3
1.5.Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	3
1.6.Araştırma Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hasta Güvenliği.....	5
2.2. Hasta Güvenliği Kültürü	8
2.3. Hasta Teslimi.....	9
2.4. İletişim	12
2.5. Hasta Tesliminde Kullanılan İletişim Modelleri	13
2.6. SBAR Teslim Modeli.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Veri Toplama Yöntemi	20
3.5.1.1. SBAR Teslim Formu	21
3.5.2. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5.2.1. Katılımcı Tanıtım Formu	22
3.5.2.2. Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği	22
3.5.3. Verilerin Toplanması.....	22
3.6. Verilerin Analiz Edilmesi ve Değerlendirilmesi.....	23

3.7. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirlik Analizi.....	23
3.8. Araştırmanın Etiği	24
4. BULGULAR.....	25
5.TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
6.1. Sonuçlar.....	44
6.2. Öneriler	46
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	61
EK-I.....	61
EK-II	63
EK-III.....	65
EK-IV	69
EK V.....	73
EK- VI.....	74
ÖZGEÇMİŞ	75

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
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/ Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu
HGK	: Hasta Güvenlik Kültürü

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Hasta Tesliminde Kullanılan İletişim Modelleri

Tablo 2: SBAR

Tablo 3: Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Tablo 4: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tablo 5: Hemşirelerin Hasta Teslimine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6: SBAR Uygulama Öncesi ve Sonrasında Hasta Tesliminde Verilen Bilgilerin Hemşirelik Bakım Kalitesine Etkisine Verilen Puan ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 7: SBAR Uygulama Öncesi ve Sonrasında Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Alt Alan ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 8: Cinsiyete Göre Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Ünitede Çalışma Yılına Göre Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Toplam Çalışma Yılına Göre Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Tablo 12: SBAR Teslim Formunda Karşılaşılan Güçlükler

Tablo 13: SBAR Teslim Formunun Hemşireye Olan Katkılarının Değerlendirmesi

Tablo 14: SBAR Teslim Formunun Hasta Bakıma Olan Katkılarının Değerlendirilmesi

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: SBAR Teslim Modelini Daha Önce Hiç Duydunuz Mu?” Sorusunun Cevapları Dağılımları

Grafik 2: SBAR Teslim Modeli Öncesi Hemşirelerin Bakım Kalitesi Açısından Hasta Tesliminin Önemi Değerlendirmesi

Grafik 3: SBAR Teslim Modeli Uygulama Öncesi Ve Sonrasında Hemşirelerin Bakım Kalitesi Açısından Hasta Tesliminin Önemi Değerlendirmesi



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çağımızda sağlık hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşlarda hasta güvenliği en başta gelen sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık alanlarında meydana gelen teknolojik değişimlerle beraber karmaşık bir yapı olan sağlık hizmeti, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında oluşabilecek birçok riski ortaya çıkarmaktadır (1). Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastalara verilen zararları en aza indirmek ve bu zararları önlemek amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tümüne hasta güvenliği olarak tanımlanmaktadır(2). Sağlık hizmetini sağlayan tüm kuruluşlardaki en önemli koşul nitekli ve zararı en aza indirmiş bir hizmet sağlamaktır. Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğini sağlamasındaki temel amacı hizmet sunumu sırasında advers olayları engellemek ve meydana gelebilecek hataları hastalardan olabildiğince en aza indirip, korumaktır. Ayrıca hastane ortamında olumlu bir atmosfer yaratarak hem hastaları hemde çalışanları fiziki ve psikosoyal destek sağlayan bir hizmet sunmaktır (3).

WHO, hasta güvenliği problemlerini ele alarak bunların en başında iletişim problemlerinin geldiği öne sürmüştür, hasta güvenliğine zarar veren ilk beş sorunlardan üçüncüsü olarak göstermiştir (4). Hemşirelik devri, hasta güvenliğini etkileyen yüksek riskli bir olay olarak kabul edilmektedir. Hasta teslimlerinin belirli bir ortam kültürünü yansıtan normlara, değerlere, ritüellere, faaliyetlere ve dillere dayandığı göz önüne alındığında, devir uygulamalarını tasarlama ve değiştirilmesiyle, birimin tüm hasta güvenliğini etkileyebilir. Bu nedenle, etkili bir hasta teslimi süreci, hemşireler arasında hasta güvenliği kültürünün ve farkındalığının artmasını sağlayacaktır (5).

Kliniklerde gerçekleştirilen hasta teslimleri, sağlık çalışanları tarafından yapılan bakımlar, tedaviler eksiksiz bir şekilde iletilmesinde en önemli yapıtaş olarak kabul edilir. Bir bireyin hastanede bakımının sürekli devam etmesini sağlamak için yapılan her girişimleri eksiksiz bir şekilde iletmeli, aksi halde önemli hasta güvenliği sorunları ortaya çıkmaktadır (6). Yapılan bir araştırmada uygun olmayan ve yapılandırılmamış hasta teslimlerinin gecikmiş veya uygun olmayan tedaviye, hastanede kalış süresinin uzamasına, hasta bakımındaki eksikliklere, ilaç güvenliği,

yanlış alan cerrahisi ve hasta ölümünü içeren problemlere neden olduğu bildirilmiştir. Buna ek olarak hemşireler arasında etkin olmayan bir vardiya devir tesliminin hemşirelik bakımının sunumunda 1-2 saatlik gecikmelere neden olabileceği ve vardiya içerisindeki hataların %57'lik bölümünden sorumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (7). Yapılan bir nitel çalışmada, hasta teslimi yapılırken teslimin niteliği ve içerisinde neler olduğu çok önemlidir, teslimde verilen yanlış ve eksik bilgiler kaliteli bakım verilmesini etkileyerek hasta güvenliğini tehdit eder şeklinde belirtilmiştir (8). Başka bir araştırmada da bu sonuçlara benzer olarak vardiya devir tesliminde en önemli yapılardan biri olan kaliteli bir bakımın devamı için etkili ve eksiksiz bir teslim verilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (9). Nöbet teslimi sırasında yetersiz bilgi aktarımının ve iletişim eksikliğinin hasta açısından tehlikeli sonuçları doğurmakla birlikte ülkelerin sağlık harcamalarına da ağır bir yük getirdiği vurgulanmaktadır (10).

JCAHO' nun yaptığı bir araştırmada nöbet sırasında tüm advers olayların %80' nin iletişim sırasında oluşan aksaklıklar nedeniyle olduğu görülmüştür (11). Yapılan başka bir araştırma sonucunda iletişimde ortaya çıkan problemlerin üçte ikisi, hasta güvenliğini riske atmaktadır (12). Literatürde bu sonucu destekleyen çok sayıda rapor ve araştırma sonuçları bulunmaktadır (13, 14, 15, 16).

Hemşirelik teslim sürecinde yeterli ve uygun klinik bilgilerin iletilmesi, klinik karar verme ve güvenli, yüksek kaliteli, sürekli bakımın sağlanması için kritik öneme sahiptir. Hasta tesliminde eksik ve hatalı iletilen bilgilerin hastanede yatış süresinin uzamasına, daha yüksek maliyetlere, yeniden hasta kabullerine, hizmetlerin tekrarlanmasına ve hasta memnuniyetsizliğine neden olduğu yapılan araştırma sonuçlarından da görülmektedir (13, 15, 16).

Nöbet devir teslimlerde kullanılan standart iletişim tekniklerinin kullanımına ilişkin yapılan bir sistematik incelemede hasta devir teslimi içeren 46 adet makale olduğu; incelenen araştırmalarda 24 tane devir teslimlerde standart kullanılan iletişim araçlarının olduğu ve en çok karşımıza çıkan ise SBAR teslim formunun (% 69,6) olduğu saptanmıştır (17). Yapılan bir çalışmada hemşire/ebelerin %74,3'ünün SBAR iletişim aracı ile nöbet tesliminin, istenmeyen olay yaşanmasını engelleyeceğini düşündüğü tespit edilmiştir (15). Başka bir çalışmada da hasta devirlerinde SBAR uygulaması sonrasında iletişimin kalitesinin arttığı ve bilgilerin eksiksiz bir şekilde aktarıldığı rapor edilmiştir (18).

Tüm bu veriler doğrultusunda sağlık profesyonelleri tarafından bakımda kaliteye önem verilmesi, yapılan tedavi ve bakımın devam etmesinin sağlanması ve özellikle hasta tesliminin hasta güvenliğinde önemli bir yere sahip olduğu ve teslim sırasında hasta bilgilerinin doğru, eksiksiz ve sistematik bir şekilde aktarılabilmesi için standardize edilmiş bir teslim formuna gereksinim olduğu söylenebilir. Yapılan araştırma sonuçları hasta tesliminde bir teslim formunun hasta güvenliği açısından gerekliliğini ortaya koyarken ülkemizde hasta teslimi ile ilgili yapılan araştırmaların çok sınırlı olduğu ve hasta teslimlerinin çoğunlukla sözel olarak yapıldığı görülmektedir (10). Buna ek olarak standart bir teslim formunun kullanılarak etkinliğinin ve bakım kalitesine etkisinin değerlendirildiği araştırmalara da rastlanmamıştır. Bu gerekçelerle hemşirelerin standart bir teslim formu kullanarak hasta teslimi yaptığında hasta teslimine ve bu teslim şeklinin bakım kalitesine ve hasta güvenliğine yönelik algılarında nasıl bir değişim göstereceği sorusundan yola çıkarak bu çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; bir yoğun bakım ünitesinde SBAR yöntemiyle yapılan nöbet tesliminin hemşirelerin hasta teslimine ilişkin algılarına etkisini değerlendirmektir.

1.3.Araştırmanın Varsayımı

Bu araştırmada, bir yoğun bakım ünitesinde hemşirelik devir tesliminin SBAR yöntemiyle yapıldıktan sonra nöbet tesliminin hemşirelerin bakım kalitesine, hasta güvenliğine ve hasta teslimine ilişkin algılarını olumlu yönde değiştireceği ve farkındalıklarını artıracak varsayılmaktadır. Bu çalışmada oluşturulan SBAR teslim formunun belirlenen üç aylık zaman diliminde eksiksiz kullanıldığı varsayılmaktadır.

1.4.Hipotezler

H₁: Hasta tesliminde SBAR yöntemini kullanmak hemşirelerin hasta teslimine ilişkin algılarını olumlu yönde etkiler.

1.5.Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Nöbet devir teslimlerde hasta teslimlerinin etkili olabilmesi için, sağlık profesyonelleri arasında iletişimin aksaklık yaşanmadan iletilmesi sağlanmalıdır. (16).

Profesyonel bir şekilde oluşturulan iletişimlerde, hemşire ve hasta ilişkisini olumlu yönde etkileyerek, hastanın memnuniyetini arttırma ve verilen bakımın kalitesinde artış sağlama ve ekip içersinde özveriyi arttırma gibi birçok sonuçları ortaya konmaktadır (19). JCAHO tarafından hasta güvenliği hedeflerinden olan etkin iletişimin sağlanması maddesi iletişim nedeniyle ortaya çıkan advers olayların önüne geçmek için ortaya konmuştur (20).

Etkili iletişim, ne zaman konuşulacağını, neyin nasıl söyleneceğini içeren bir kavramdır(21). Önemli kuruluşlar bu maddeden yola çıkarak soru sorma ve yanıtlanmasını sağlayan iletişim modellerini ortaya çıkarmışlardır (22). Hasta teslimlerinde standart bir iletişim tekniğini kullanarak etkili eksiksiz teslim sağlamaktır(23). Bununla birlikte hasta teslimlerinde kullanılan iletişim modelleri hemşirelik süreci boyunca bakım kalitesi ve ekip işbirliğinde artışı sağlamaktadır (24).

Yapılan bir çalışmada SBAR iletişim aracı ile nöbet tesliminde çalışmaya dahil olan sağlık profesyonellerin %54,3'ünün hastasının tüm bilgilerini hızlı ve eksiklik olmadan teslim ettiklerini ve SBAR uygulanan teslimler boyunca advers olay olmadığı saptanmıştır (15).

Standart bir teslim formuyla hasta tesliminin hasta, sağlık çalışanları ve sağlık kurumları açısından pek çok olumlu çıktıları olduğu görülmektedir. Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda nöbet devir teslimlerinde standart bir teslim formunun kullanılmadığı ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun da standart bir teslim formunun kullanılması gerektiğini bildirdikleri göze çarpmaktadır (25, 16). Yapılacak olan bu araştırmanın hemşirelerin hasta teslimine ilişkin farkındalıklarını, bakım kalitesini ve hasta güvenliğini arttıracığı, algılarını olumlu yönde değiştireceği ve gereken iyileştirmeleri yapmak adına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.6.Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırma, çalışmanın yürütüleceği Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapan hemşirelerle sınırlandırıldı. Nöbet değişimlerinde tüm hemşirelerin hasta teslimlerini SBAR teslim formunu eksiksiz bir şekilde kullanıldığı varsayılmıştır. Yoğun bakım ünitesinde uzun süre yatan hastalara SBAR teslim formunu her teslimde eksiksiz olarak uygulanması sağlanamamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Günümüzde sağlık hizmeti veren tüm kuruluşlarda en önemli kalite göstergesi olarak hasta güvenliği karşımıza çıkmaktadır. Yapılan tedavi ve bakım hizmetlerinin bireylere ulaştırılması sırasında oluşabilecek advers olayları engellemeyi sağlamaktır(26). Dünya Sağlık Örgütü ise “*sağlık hizmeti süresince bir hastaya önlenabilir zararın verilmemesi*” şeklinde hasta güvenliğinin tanımını yapmıştır(27). Kaliteli ve nitelikli sağlık hizmetlerinin birincil ve vazgeçilmez koşulu olan hasta güvenliği sağlık bakım hizmetlerinin bireylere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlık bakımının her bir aşamasında tıbbi hatalardan kaçınılması ve alınan önlemlerin tümü olarak görülmektedir (28, 29, 30). Bir kurumdaki hasta güvenliğini oluşturmada temel amaç; sağlık hizmeti alan kişilere ve çevrelerine sağlık hizmet sunumu sırasında advers olayları önlemek ya da en aza indirecek bir kurum olmak, bu amaç doğrultusunda sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerini maksimum seviyeye ulaştırıp hasta güvenliği sağlamaktır (31). Hasta güvenliği, aynı zamanda iletişim, hizmet verilen alanların güvenliği, profesyonel ilke ve davranışlar, teknolojik araç gereç kullanımı, tedavi süreci, bilgilerin gizliliği ve saklanması, sağlıkta kalite çalışmaları, klinik araştırmalar, yapılan araştırmaların etiği, sağlık literatürü gibi pek çok konuyu içinde barındıran çok boyutlu bir kavramdır(32, 33). Bununla beraber, yıllık olarak hasta güvenliğinin sağlanamamasından dolayı 400.000 ölümün engellenebileceği düşünülmektedir (34). Yapılan araştırmalar, yaklaşık 10 hastadan 1 tanesinin hastanede yatış sırasında olumsuz bir olaydan etkilendiğini ortaya koymaktadır. Hasta güvenliğindeki aksaklıklar ABD’de önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Bu mortalite sadece küçük bir kısmı göstermektedir; hastalara ulaşan ve ölümle sonuçlanmayan advers olaylar oldukça yaygındır (35). Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı Hasta Güvenliği Raporu’nda; her sene 134 milyon zarar verecek hatalar yapıldığını ortaya koymuştur, hataların sebebiyle 2,6 milyon hastanın ölümüyle karşı karşıya kalınmıştır ve tüm bunların sebebiyle yılda 42 milyar dolar bütçede harcama yapılmıştır (36).

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara baktığımızda ilk olarak temeli ABD’de atılmıştır, bununla beraber ülkede hasta güvenliği ile ilgili pek çok araştırma, analiz ve raporların olduğunu görülmektedir. Hatta hasta güvenliği ile ilgili ilk çalışma ise 1955 senesinde ABD’li hekim Ernest Cedman tarafından yapılan hasta çıktıları üzerine olan

alışmaları olmuştur(37). Hasta güvenliğinin bilimsel olarak başlangıç çalışmaları ise 1984 yılında New York hastanelerinde tedavi gören hastaların tıbbi kayıtları üzerinde yapılan araştırmalar olarak kabul edilmektedir (38).

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 odaklaşmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi*” olarak tanımlamıştır. Hasta güvenliği hemşirelik bakımı ve sağlıkta kalite için temelini oluştırmaktadır(39). Hastanede hastaya en uzun süre gözlem yapabilen ve bakım sağlayan bir meslek olan hemşireler hasta güvenliğinin sürdürülebilirliğinin sağlanması da önemli yere sahiptir (40, 41). Hemşirelerin bakım kalitesinin ykseltimesinde önemli bir yere sahip oldukları için hastalarına bakım vermeleri sırasında bireyleri advers olaylardan korumakla sorumludurlar (42). IOM yaptığı araştırma sonucuna göre, sağlık hizmeti alırken ölenlerin sayısı, trafik kazaları, meme kanseri, AIDS ve işyerinde ortaya çıkan kazaların tümünden çok olduğu ortaya çıkmıştır (43, 44). Hasta güvenliğinde DSÖ’ nün verileri ele alındığında sağlık hizmeti sunulması sırasında bireylerin 10 tanesinden birtanesi advers olayla karşılaşmış ve sene de 42 milyon hasta engellenbilir hatalardan dolayı zarar grmştir (45).

Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik, sistem odaklı bir yaklaşım ve birbirine bağlı dört unsur gerektirir, değişimin psikolojisine yönelerek değişimi etkin bir şekilde yönetmek; bir güvenlik kültürü yaratmak ve sürdürmek; uygun bir öğrenme sistemi geliştirmek ve kullanmak; ve hastaları bakım ve tedaviye dahil etmektir (35). Önlenebilir zararı azaltmak, tüm paydaşların ortak, kalıcı, koordineli bir çaba ve güvenliğe yönelik bütüncül bir sistem yaklaşımını gerektirir (46).

Hasta güvenliğinin dünya genelinde sağlanması için JCI ile birlikte JCAHO hasta güvenliği hedeflerini uluslararası uygulamaya koymuştur. JCI tarafından belirlenen Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri’nin amacı, hasta güvenliği konusuna özel iyileştirmeleri teşvik etmektir. Bu hedefler sağlık bakımındaki sorunlu alanlara vurgu yapmakta ve bu sorunlara yönelik kanıta ve uzman görüşüne dayalı ve üzerinde fikir birliğine varılmış çözümleri anlatmaktadır. Güvenli ve kaliteli bir bakım hizmeti sağlanması için sağlıklı bir sistem tasarımının hayati öneme sahip olduğunun

bilinciyle bu hedefler, mümkün olan tüm alanlarda sistem düzeyinde çözümlere odaklanmaktadır (47). JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri;

1. Hedef: Hastaların kimliğinin doğru belirlenmesi
2. Hedef: Sağlık ekibi arasında etkin iletişimin iyileştirilmesi
3. Hedef: Yüksek riskli ilaçların güvenliği
4. Hedef: Güvenli cerrahinin sağlanması
5. Hedef: Sağlık hizmetleri ilişkili enfeksiyonların önlenmesi
6. Hedef: Düşmelerin önlenmesi(47).

JCHAO'nun hasta güvenliği hedeflerinden ikincisi olan “Etkin İletişimin İyileştirilmesi” bakımın devamlılığını sağlamada ve güvenli hasta bakımını gerçekleştirmede en temel faktördür (48). Sağlık profesyonelleri arasında en fazla yapılan tıbbi hatanın iletişim hataları olduğu belirtilmektedir (49). Sağlık hizmetleri sunumu sırasında ortaya çıkan tıbbi hataların önlenmesi ve buna bağlı olarak hasta güvenliğinin sağlanması için kurumlarda güvenlik kültürünün öncelikli konu haline gelmesi gerekmektedir (50, 51).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan “Güvenlik Raporlama Sistemi”, 2017 yılı sonuçlarına göre ise en sık bildirimi yapılan tıbbi hatalar laboratuvar hataları (%84,6), cerrahi hatalar (%6,4) ve ilaç hataları (%5) olarak sıralanmaktadır (52). Hasta güvenliğinde büyük yer kaplayan tıbbi hatalar, ülkemizde elde edilen veriler çeşitli nedenlerden dolayı belirlenememektedir. Bundan dolayı hasta güvenliğindeki bu eksikliği gidermek için diğer ülkelerdeki yapılandırılmalar ele alınmalıdır (53).

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 önlenebilmektedirler (36). 2019'da DSÖ, her devletin haklı olduğu kanıtlanmış belirli girişimleri benimsemeye çağıran yeni bir karar kabul ederek ve hasta güvenliği konusundaki endişelerini bir dünya sağlık önceliği olarak yeniden yoğunlaştırmış ve 17 Eylül'ü Dünya Hasta Güvenliği Günü olarak belirlemiştir. Bu doğrultuda yedi stratejik hedef ortaya koyan "Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı 2021-2030'u başlatmıştır (54).

Hasta güvenliğinin temelini atılması için öncelikle hasta güvenlik kültürünün sağlık kuruluşlarında tüm birimler de oluşturulmalıdır. Ayrıca çalışanların bu konuda desteklenmesi için olumlu hasta güvenliği kültürü yaratılmalı ve ödül motivasyon

sistemi oluşturulmalıdır (53). Sağlık hizmetinde bakım vericilerin gücü olan hemşirelerin önemi unutulmamalı dolayısıyla hasta güvenliğinde önemli yere sahip olan bakım kalitesiyle ilgili çalışmalara ver verilmedir (55)

2.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık bakım kuruluşlarının tümü, bireylere sağlık hizmeti sunmada önüne geçilemeyen tehlikeleri ve istenmeyen olayları barındıran kurumlardır. Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü(IMO)’ ne göre yılda 98. 000 hastanın ölmesinin en önemli sebebi sağlık hizmetini sunarken ortaya çıkan tıbbi hatalardır ve bunlar organizasyon sisteminden kaynaklanan hatalar olduğu saptanmıştır. (56). Hasta güvenliğinin devamlılığını sağlanması için yapılan araştırmalara göre hasta güvenlik kültürünün sağlık organizasyonlarına yerleşmesi gerekmektedir (57, 58). Hasta güvenlik kültürünü olumlu bir şekilde tanımlanması gerekirse; hastaya ulaşmadan önce hataların tespit edildiği, yapılan hataların tekrarlanmaması için geri dönüşlerin yapıldığı, sağlık profesyonellerin davranışlarının istenmeyen olaylar için cezalandırılmalarının olmadığı şeklinde tanımlanmıştır (59). Olumsuz HGK için yapılan tanım ise; olaybildirimlerin az olduğu yada bu olay bildirimlerinde yer hataların gösterilmediği, hemşirelerin yaptıkları hatalar karşısında cezaların verildiği ve tüm sağlık ekibininin hatalarından ders çıkarmayan bir tanım yapılmıştır. Tam tersine olumlu olan HGK da ise iletişimlerin güçlü olduğu, karşılıklı bir güven ortamının bulunduğu ve süregelen örgütsel bir öğrenim, hasta merkezli olan bir yaklaşımla kanıta dayalı çalışmaların irdelendiği bir atmosfer oluşturulmuştur (60). Olumsuz benimsenen HGK sonucunda birimdeki mortalite ve enfeksiyon oranları artmıştır, bu sonuçlar hasta güvenliğini etkileyen olumsuz olaylardır(61, 62, 63). Birimde 24 saat boyunca hastayla beraber olan hemşireler sağlık bakım hizmeti sunulmasında hasta güvenlik kültürünü oluşturulması için kilit noktalarıdır (58, 64). Hasta güvenlik kültürünün tarihçesine baktığımızda, ilk olarak Çernobil’de gerçekleşen nükleer santralde kaza raporunun sonucunda alınan eksik güvenlik önemleri olarak karşımıza çıkarmaktadır (65). Hasta güvenlik kültürü hasta güvenliğinde benimsenen tüm davranış ve değerlerin içerisinde yer alan birçok yaklaşımları içermektedir. Aynı zamanda güvenlik kültürü; hastaya yapılan tüm tedavi bakım hizmetlerinde hata yapıldığında tüm görünürlülüğüyle ortaya koyulan ve bunların önlenmesi için yapılan tüm sistematik olan yaklaşımları içermektedir(66). Bir kurumun temelinde olması gereken hasta güvenlik kültürünün ilkeleri şu şekildedir;

- Sağlık profesyonellerinin yaptıkları istenmeyen olaylardan ders çıkartabilen caydırıcı bir hasta güvenlik kültürünün yaratılması
- Sağlık organizasyonlarında yönetimdeki kişilerin ekip içindeki çalışmalara öncülük edip, destek verilmesi
- Bir sağlık kurumunda yaşanan tüm krizin ve oluşabilecek risk faktörlerinin nasıl yönetilmesi gerektiği konusundaki adımlar irdelenmeli
- Klinik birimlerde, hasta güvenliğini ele alan tüm yapılandırılmaların sağlık bakım profesyonellerine iletilmesi sağlanmalı ve ayrıca hasta güvenliğinin kurum içinde artırılması gereken prosedürler desteklenmeli
- Sağlık kuruluşlarında meydana gelen olumsuz sonuçlar ele alınmalı, bunların tekrarı olmaması için, kanıta dayalı uygulamalarla desteklenerek öğrenmeyi devam ettiren sistematik yol gösteren yayınlar oluşturulmalı
- Advers olayları önlemek için oluşturulan hatırlatmayı esas alan uygulamaları dikkate almalı ve sağlık profesyonelinin ceza almayacak şekilde olacak bir hasta güvenlik kültürü oluşturulmalıdır (67).

Bir sağlık kuruluşunda hasta güvenlik kültürünün oluşturulması için sağlık profesyonellerinde olumlu bir çalışma ortamı yaratılmalıdır, ödül sistemi oluşturularak çalışanların motivasyonu artırılmalıdır. Hasta güvenliğinin oluşması için öncelikle bir sağlık kuruluşunda hasta güvenlik kültürünün yerleşmesi gerekmektedir. Kurumda yer alan yöneticiler hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli olan tüm olanakları sağlamalıdır(53).

2.3. Hasta Teslimi

Tüm sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetini sağlanması sırasında, sağlık profesyonelleri devir teslimleri yaparken, hasta olan bireylerin bilgilerinin tümünün eksiksiz, hata yapılmadan doğru bir şekilde iletilmesini üstlenmektedir. Hasta teslimleri sırasında meydana gelen iletişim problemlerinin temelinde çalışanların iş yükünün fazla olmasıdır (52). Kliniklerde yapılan hasta teslimlerinde kaliteli bir bakım vermek için hemşirelerin arasında verilen devir teslim raporuyla gerçekleştirilir. Hasta tesliminde hastaya özgün olan tüm iletilmesi gereken bilgilerin, bakımı veren hemşiresinden diğerine, standart teslim modelinin kullanılarak gerçekleştirilen süreçtir(68, 69). Hasta teslimlerinde bu süreç kontrol edilmesi bir okadar zor ve

iletilmesi gereken hastaya ait tüm bilgilerin en etkin şekilde doğru zamanda aktarılması gereken bir süreçtir (70). Bu süreçte, hastaların bakımının sürekliliği için gerekli ve çok önemli olan bir günlük hemşirelik uygulamasıdır (71). Devir teslim, bilgi alma, sosyalleşme, hasta eğitimi ve bilgi iletişimi gibi birçok işleve hizmet etmektedir (72, 73). Hasta teslimindeki temel hedef, iletişimde hata yapılmadan hasta ile ilgili klinik bilgilerin, tedavilerin ve bakımların bir sağlık profesyonelinden diğerine aktarmaktır. Hasta tesliminde hastanın şu anki mevcut durumuyla beraber yakın zamanda hasta profilinde beklenen değişiklikleri de içermelidir (9, 10). Nöbet devir teslimlerinin etkin ve eksiksiz bir şekilde olması hastanın bakımını, tedavisini ve tüm bilgilerini etkileyen en önemli süreçlerden biridir. Dolayısıyla hasta teslimi hasta güvenliği çerçevesinde değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Hemşireler arasındaki etkili iletişimin sağlanmasıyla hasta bilgilerinin doğru aktarılmasını sağlayarak advers olayların azalacağı vurgulanmaktadır. Bu yüzden hasta teslimleri hemşirelerin en temel sorumlulukları arasında yer almakla beraber hasta güvenliğinin sağlanmasında ve hasta bakım kalitesinde ayrı bir yeri vardır (74). Devir teslimlerde hemşireler tarafından yapılan iletişim aksaklıkları hastayla ilgili birçok bilginin yanlış iletilmesine sebep olmaktadır. Bu yüzden ortaya çıkan istenmeyen olaylar hastaya zarar vermekle beraber hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır. Ayrıca yapılan hatalar hastanın hastanede yatma gün sayısını arttırmakta buna bağlı olarak yapılan harcamalar bütçeye zarar vermektedir (15). Yapılan bir çalışmada ilaçlar, hayati önem taşıyan belirti gözlemler ve hemşirelik bakımı ihtiyaçları ile ilgili önemli bilgilerin iletilmediği devir teslimlerinde belirgin boşluklar ve eksiklikler olduğu belirtilmiş olup, bu boşluklar, ne yazık ki ilaç ve tedavi hatasıyla sonuçlanarak hasta güvenliğini tehlikeye atabileceğini söylemişlerdir (73,75). Welhs ve ark., hasta teslimi esnasında eksik ya da gereksiz bilgi aktarımı, yetersiz süre ve/veya malzeme nedeniyle iletişim sorunları yaşandığını tespit etmişlerdir (76). Yapılan 2 farklı çalışmalar gösteriyor ki, nöbet devir teslimlerinin etkin olmamasının sebebi %57 sinde iyi gerçekleştirilmemiş hasta teslimleri oluşturmaktadır, ayrıca teslim süresince meydana gelen olumsuz olayların %22' sinin etkili bir iletişim oluşturulmamasından kaynaklanmaktadır (77). Yapılan başka bir çalışmada ise hasta teslimi sürecindeki zayıf iletişimden kaynaklanan hataların oranı %22' leri gösterdiği ileri sürülmektedir (78). Dolayısıyla, hasta teslimi sırasında bu sürecin iyi bir şekilde aktarılması için standart bir iletişim tekniklerine ihtiyaç duyulmuş ve etkili bir teslim sağlanması için bir model kullanılması önerilmiştir (79, 49). Standart iletişim modelleri kullanılarak yapılan teslimler; sağlık

profesyonellerinin, hastayla ilgili tüm sorumlulukların ve bilgilerin iletilmesi durumlarında; hastanın transfer edildiği durumlarda, konsültasyon sürecinde, hemşirenin kısa süreli yerini terk etmesi durumunda, hastanın yoğun bakım ünitelerine, ameliyattan sonra başka kliniklere teslim edilirken, klinikten ambulansla diğer bir sağlık kurumu transferinde ve hastanın taburculuk ile ilgili bilgiler verilirken ele alınmaktadır (80, 81, 82). Yapılan devir teslimlerin içerisinde hastanın bulunduğu birimlere özgün değişiklikler söz konusudur. Bir hasta tesliminin tümünde; hastanın genel durumunu özetleme, herhangi bir alerjisi olup olmama durumu, hastanın geçmiş öyküsü ve son durumdaki tıbbi hikayesi, hasta için oluşturulan hemşirelik bakım planları ve hastanın psikosoyal durumu hakkında bilgi veren bilgiler yalın ve açık bir şekilde aktarılmalıdır (13). Bir sağlık çalışanının nöbet devir teslimi gerçekleştirirken, teslim ettiği hastanın genel bilgilerini ve klinik bilgilerini en geniş şekilde aktarılmasını sağlamalıdır. Özellikle hastanın hastaneye gelme öyküsüyle başlayıp, geçmiş hikayesi, hastanın adı soyadı gibi temel bilgilerini içeren, hastanın öncelik verilmesi gereken tedavi ve bakımları, hasta da var olan herhangi bir katater durumu, diyet durumu, infüzyon sıvılarını içeren tedavileri, temel yaşamsal bulguları, hemşirelik bakım planları ve girişimleri, hastanın izolasyona ihtiyacı olup olmadığı açık ve anlaşılır bir dille teslim gerçekleşmelidir (76). Özellikle acil servisler ve yoğun bakım ünitelerinde bu içeriğe ek olarak kliniklerin durumuna göre farklı parametreler de eklenebilir (83). Standart bir iletişim modeliyle hasta teslimi gerçekleştirmek birimlerde var olan hastanın durumuna ve sayısına göre değişmekle beraber teslimler 15-30 dakika olduğu görülmüştür (84). Yapılan çalışmalarda nöbet devir teslimlerinin hastanın profiline göre değiştiğini göstermekle beraber bu süre 15-45 dakika arasında olduğu bildirilmektedir (8, 10, 76). Sağlık kuruluşlarında yapılan nöbet devir teslimler yatak başında, hemşire odasında veya deksinde, yazılı, sözlü olarak gerçekleştirilmektedir. Tüm bunlar teslim yapılan birimin özelliğine göre benimsenmektedir. Hasta teslim türlerine karar verilmesinde klinik birimdeki iş yükü, çalışma saatleri, hasta ve hemşire kişi sayıları etkili olmaktadır (86). Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları hasta devir teslimlerini gerçekleştirirken aktarılan içerikler önem arz etmektedir. Teslim sırasında verilen doğru olmayan ve eksik bilgiler hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Nöbet teslimlerinin yazılı bir şekilde yapılması önerilmektedir.(8). Yapılan bir araştırmada hasta teslimleri sırasında sözel olarak ifade edilen çoğu bilgilerin hatırlanmaması nedeniyle aktarılamadığı ve önemini yitirdiği görülmüştür (9). Nöbet teslimleri sırasında kullanılan yazılı standart iletişim

modellerinin kullanılması hem bilgilerin kalıcılığını sağlarken hemde hemşirelere yasal bir özellik oluşturmaktadır. Kullanılan bu formlar sağlık profesyonelerince bakım kalitesini arttırmakta ve hastaların durum değişikliği sırasındaki oluşabilecek aksaklıkları engellemektedir(54, 69). Etkili bir nöbet teslimi gerçekleştirmek için standart bir model kullanılması vazgeçilmez bir unsurdur, hasta tesliminin daha güvenli bir şekilde yapılması için hasta teslimini ele alan eğitimlere yer verilmelidir. (87, 88, 89). Yapılan çalışmalar, devir teslim için yapılandırılmış, standartlaştırılmış çerçevelerin kullanılmasının bilgi aktarımını ve hasta sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (90). Devir teslim uygulamaları için evrensel olarak desteklenen çerçeve kılavuzlarının tutarlılığı teşvik edebileceğini ve sağlanan devir teslim kalitesini artırabileceğini öne sürülmektedir (91). Ayrıca yapılan araştırmalarda yapılandırılmış, etkili bir devir teslim sürecinin uygulanmasına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (92). Etkinliği teşvik edecek bir modele yönelik ihtiyaca rağmen ve standardizasyon, hemşirelerin etkili bir devir teslimi gerçekleştirmek için başvurabilecekleri evrensel olarak kabul edilmiş bir standart, çerçeve veya model yoktur (91). Yapılandırılmış bir hasta teslim süreci, iletişim becerilerini, bilgi aktarımının doğruluğunu geliştirebilir, eleştirel düşünmeyi teşvik edebilir ve hemşireleri hata önleme yoluyla hasta güvenliğini dikkate alan bilgilendirilmiş, kanıta dayalı bakım uygulamaya yönlendirebilir. Dolayısıyla çeşitli uzmanlık alanlarında başarılı bir şekilde uygulanmış gibi görünen tek model, SBAR teslim modelinin sözlü hasta başı teslimlerinde uyarlanmış versiyonlarıdır (93). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından da onaylanan SBAR, vardiya değişimlerinde, bir klinikten diğer kliniğe hasta transferinde ve hastaneler arası transferlerde çeşitli klinik bağlamlarda kullanılabilen standart bir iletişim yaklaşımı sağladığını belirtmiştir (94, 95).

2.4. İletişim

Sağlık profesyonelleri arasında etkisiz olan iletişim, birçok advers olaylara ve hatalara sebep oluşturmaktadır. Devir teslimlerde süreç, hastanın kliniğine ait bilgilerin aktarıldığı gerçek zamanlı fonksiyonel bir süreçtir (96). İyi bir iletişim iki taraflı bir süreçtir. Sosyal psikologlara göre, mesajların sadece %40'ın ulaştığı, anlamın %60'ı kaybolduğunu bildirmişlerdir. Hemşireler arasındaki iletişim tarzlarından kaynaklanan farklılıklar hem ekip içinde hem de doktorlar ile iletişim hataların sebep olmaktadır (97). Klinikteki etkili iletişim; hasta güvenliğini, kaliteyi aynı zamanda ekip çalışmasını ve hasta merkezliliği artıran sağlık hizmetlerinin

önemli bir parçasıdır (98). Avustralya'da 14.000 katılımcı ile yapılan çalışmada, istenmeyen olaylar %17 olduğu görülmüş, % 11'inde ise asıl problemlerin iletişimden kaynaklandığı saptanmıştır (96). Sağlık çalışanlarının hasta teslimlerinde yapılan iletişim hataları sebebiyle birçok istenmeyen olaylar görülmektedir, bu yüzden etkili olan iletişim teknikleri kullanılmalıdır (99, 68, 75). Güvenli ve etkili bakımın anahtar noktası, tüm bakım verenlerin arasında standart ve güvenilir bir iletişimin sağlanması ile mümkündür. Etkili iletişimin olmadığı durumlarda, hastanın zararına olan potansiyel riskler artmaktadır(100). Etkili iletişim sağlamanın oldukça kritik olduğu noktalarından biri hemşire nöbet teslimi süreçleridir. Hasta ile ilgili bilgiler en yoğun şekilde hemşire nöbet devrinde kaydedilip aktarılır. Dolayısıyla devir teslimler, hasta güvenliği açısından risk oluşturabilecek kaynakları ortaya çıkarmanın ve müdahale etmenin en kolay yoludur aynı zamanda zararı önlemek için en önemli noktadır. Her ne kadar günlük hemşirelik uygulamasının bir rutini olsa ve basit olarak algılansa da, devir teslim kavramı karmaşıktır, sağlık bakım sürecinin tüm faktörlerini içerir ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından oldukça kritik bir süreçtir (101). İyi bir devir teslim tesadüfen gerçekleşmez ve üzerinde çalışılması gereklidir. Uzun sürmeden, kritik bilgileri içerdiği ve tekrardan kaçınılmalıdır. Devir teslim süreçtir etkili ve kapsamlı bir şekilde tanımlanmalıdır (102). Ayrıca Ülkemizde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yayınladığı Sağlık kalite standartların arasında sağlık profesyonelleri tarafından hastaların bilgilerinin güvenli bir şekilde iletilmesi sağlanmalı ve bu belirli standartlar ölçüsünde gerçekleşmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (103).

Hastayla ilgili acilen verilmesi gereken bilgilerin; hızlı, eksiksiz, net bir biçimde hastadan sorumlu olacak sağlık profesyonellerine aktarılması önem arz etmektedir. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için etkin iletişim tekniklerini içeren sistematik bir yaklaşım/model kullanılması önemlidir (76).

2.5. Hasta Tesliminde Kullanılan İletişim Modelleri

Etkili bir devir teslim modellerinin kullanılması, uygun hasta merkezli bakımın sağlanmasının devamı için önemli bir noktadır. Yapılandırılmış bir hasta teslim modeli; iletişim becerilerini, bilgi aktarımının doğruluğunu geliştirebilir, ayrıca ekip içinde eleştirel düşünmeyi teşvik ederek hemşirelerin hata yapma payını en aza indirip, hasta güvenliğini dikkate alan, kanıta dayalı bakım uygulamalarına destekler(93). WHO, IOM, JCAHO ve JCI önemli kuruluşlar nöbet devir teslimler için bilgilerin

eksiksiz ve doğru şekilde iletilmesinde standart teslim modelleri kullanılmasını tavsiye etmektedir. Devir teslimlerde iletişim modellerini kullanmak ve teslimlerin güvenilirliğini artırmak için Uluslararası Birleşik Komisyonu yaptığı çalışmaları yeniden düzenleyip standartlaştırarak hasta tesliminde önemli kriterlerin gelişmesini sağlamıştır (104). Yapılandırılmış tutarlı devir teslim araçları; hatırlamayı teşvik eder, belirli konuların ele alınmasını ve önemli verilerin kaydedilmesini sağlar, bakımın önemli noktalarına odaklanarak tutarlı, doğru ve güvenilir bilgi aktarımını sağlar, devir teslimi standart bir hale getirip, ihmal sebebiyle olan hataları azaltır, önemli verilerin kaybolmasının önüne geçmiş olur (24). Yapılan bir çalışmaya göre devir teslimler yapılırken sözel olarak iletilen hasta bilgilerinin genelde gereksiz olarak nitelendirilen bilgiler olabileceğinden bir teslim modelinin kullanılmasının ihtiyacı olduğu görülmektedir (25). Devir teslimler yapılırken kullanılan formlar hastaya özgün bilgiler ve yapılan girişimler doğrultusunda yapılmalıdır. Bir teslim modelindeki formlar her teslimde yenisi hazırlanarak, hastanın ihtiyaçları yönünde değiştirilerek iletilmesi önerilmektedir (105). Teslim sırasında etkinliğini ve standardizasyonunu gösterecek bir modele ihtiyaç olduğunu açık bir şekilde belirtilmesine rağmen hemşirelerin etkili bir devir teslimi gerçekleştirmek için başvurabilecekleri evrensel olarak kabul edilmiş tek bir standart, çerçeve veya iletişim tekniği modeli yoktur (91). Bu amaç doğrultusunda tasarlanmış birçok sayıda model vardır, ancak etkililiği ve etkinliğini karşılaştıran, üstünlüğü tasvir eden veya sadece belirli bir modelin kullanımını destekleyen bir bilgi yoktur (106). 2012 yılında yapılan bir çalışmada, standart iletişim modellerinin kullanılmasıyla; aktarılan bilgilerin kalitesinde yükselme olduğu ve hastaların ameliyat olduktan sonraki süreçte olası komplikasyon risklerini en aza indirdiği ve hastaların taburculuk sürelerinin hızlandığı saptanmıştır (107).

Profesyonel iletişim tekniklerinin kaliteli bilgi alışverişinin sağlanmasında kullanılan başlıca yerler şu şekildedir;

- Nöbet devir teslim süreçlerinde
- Personelin görev yerinden az bir zaman diliminde ayrılmasında
- Bir yoğun bakım veya klinik servislerinden diğerine hastaları transfer ederken
- Hastaların konsültasyonları sırasında
- Ameliyattan sonraki hasta durumunu teslim süreci
- Hasta nakillerinde bir sağlık kuruluşundan ambulans ile diğer sağlık kuruluşuna devrederken kullanılmaktadır(81, 17).

Devir teslim ile ilgili makalelerin sistematik incelendiği bir çalışmada %69,6 oranında en sık alıntılanan tekniğin, SBAR iletişim tekniği olduğu bulunmuştur (Riesenberg ve diğerleri 2019). Literatürde hasta tesliminde kullanılan yapılandırılmış birçok iletişim modelleri vardır. Bunlar Tablo1’ de gösterilmiştir.(71, 73, 84, 108).



Tablo 1 : Hasta Tesliminde Kullanılan İletişim Modelleri

SBAR	Situation: Durum Background: Özgeçmiş Assessment: Değerlendirme Recommendation: Öneri
I PASS THE BATON	Introduction: Tanıtma Patient: Tanıtma Assessment: Değerlendirme Situation: Değerlendirme Safety concerns: Güvenlik kaygıları Background: Öykü Actions: Eylem Timing: Zamanlama Ownership: Sorumluluk Next: Sonraki plan
HANDOFFS	Hello: Merhaba Assessment: Değerlendirme Necessary Patient Information: Önemli Hasta Bilgileri Danger or Risks: Tehlike veya Riskler Occurrence: Mevcut Tanı Framework: Hasta Öyküsü Future Recommendations: Öneriler Seek Questions: Soru Sorun
5P' s	Patient: Hasta Plan: Planlama Purpose: Amaç Problems: Sorunlar Precautions: Önlemler
VITAL	Vital Signs and Observation: mevcut durum, yaşam bulguları ve gözlemler Input And Output: aldığı ve çıkardığı Treatment And Diagnosis: tedavi ve tanılama Ambulation And Patient Safety: hareketlilik ve hasta güvenliği Legal And Patient Learning: yasalar ve hasta eğitimi
PACE	Patient/Problem: Hastanın problemi Assessment/actions: Değerlendirme ve eylemler Continuing/ changes: Devam edenler ve değişimler Evaluation: Değerlendirme
ICCCO	Identification of patient and clinical risks: Hastave klinik risklerin tanımlanması Clinical history and responsibility: Klinik öykü ve sorumluluklar Clinical status: Klinik durum Care plan Outcome/goals of care: Bakım planı ve sonuçları

2.6. SBAR Teslim Modeli

Etkili klinik devir teslim, hataların ve hasta zararlarının azaltılmasını sağlamak ve bakımın sürekliliğini iyileştirmek için güvenli hasta bakımının en temel bileşenidir. Sağlık iş gücünde hızla değişen çalışma kalıpları ile klinik devir teslimde mükemmellik giderek daha önemli hale gelmektedir. İyi klinik devir teslim uygulamalarının geliştirilmesini ve sürdürülmesini sağlamak için sağlık hizmeti liderlerinin ve sağlık disiplinlerinden profesyonellerin birlikte çalışması esastır. Devir teslimi iyileştirmek için birçok iletişim tekniği geliştirilmiştir ve bunlardan en etkili SBAR olduğu kanıtlanmıştır (109). SBAR iletişim tekniği, Kaiser Permanente tarafından Denver’de ilk kez geliştirilmiştir ve IHI tarafından desteklenmiştir. Devir teslimlerde kullanılan iletişim tekniklerinden en yaygın olanı SBAR iletişim modeli olarak kabul edilmiştir (110). SBAR iletişim modeli, kliniklerde hasta güvenliğini artıran ve kritik durumlardaki bilgiyi sağlamak için en iyi teslim modellerinden biridir. Özellikle açık ve etkili kişiler arası iletişim gerekli olduğunda sağlık hizmetinin verildiği pek çok alanda uygulanabilir bir araç olmuştur(18). SBAR, hasta güvenliği kültürünü teşvik etmek ve ekip çalışması geliştirmek için gerekli olan bilgilerin ekipler arasında nasıl iletileceğine ilişkin yöntemin belirlemenin en kolay ve odaklanmış bir yolunu sağlar (111). Hasta bilgilerini etkin bir şekilde devretmek, istenmeyen olayları azaltması, hasta bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının memnuniyetinin artırılması için kliniğe uygun yapılandırılmış SBAR iletişim modeli yararlı bir yöntemdir (48). Ayrıca SBAR iletişim tekniği ile hemşirelerin bilgileri, tutumları, algıları ve motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki vardır. SBAR iletişim tekniğinin uygulanmasında en çok etkileyen değişken tutumdur. Bu yöntemin etkin bir şekilde kullanımını sağlamak için bilgi ve olumlu tutumları yükseltebilecek ödül sistemleri geliştirmeli ve liderlik gerekir (112). SBAR teslim modeli bakımdan sorumlu olan hemşirelerin soru sorma ve problem çözme fırsatlarını sağlayarak, eleştirel düşünmeyi geliştirmesiyle beraber devir teslimde sağlık profesyonelleri arasında iletişimin etkinliği artırır. Aynı zamanda devir teslim süreçleri için standart bir iletişim çerçevesi sağlayarak hastaya daha çok zaman ayrılmasını destekler (113, 114).

SBAR teslim formu, sağlık profesyonelleri tarafından hasta teslimi sağlarken açık ve anlaşılır bir ifadeyle bilgilerin iletilmesini sağlamak üzere baş harflerinin herbiri İngilizce bir harfini tanımlanmasıyla, 4 bölümden oluşan bir teslim modelidir (23). SBAR teslim modeli, hastanın durumuyla ilgili tüm bilginin bir sağlık

profesyonelinden diğerine aktarılmasını sağlayan, aynı zamanda kanıta dayalı olan çalışmalarla desteklenmiş etkili bir iletişim modelidir. Teslim kolaylığı sağlayan hatırlatmada yardımcı baş harfler kullanılarak SBAR teslim modeli 4 kısımdan oluşmuştur (81, 115).

Tablo 2: SBAR

S	Situation/Durum	Hastanın mevcut durumu nedir?(Hastanın yaşı, cinsiyet, tanısı, şikayeti, yaşam bulguları, durumunun <u>stabil</u> olup olmadığı)
B	Background/Tıbbi Öykü	Klinik geçmişi ve yatış sebebi nedir? (Hastanın hastaneye yatış sebebi, hastanın tıbbi öyküsü, yapılan tetkikler, alerjisi olup olmadığı sorgulanması)
A	Assessment/Değerlendirme	Problemin ne olduğunu düşünüyorum?(hastanın tedavisi ve tedaviye verilen cevabının değerlendirilmesi, risk açısından hastanın değerlendirilmesi)
R	Recommendation/Öneri	Ben ne öneririm?(Hastayı teslim eden sağlık personelinin hasta hakkında önerilerinin belirttiği bölümdür).
Kaynak: Demir S, Hotun Şahin N. 2014.		

SBAR iletişim modelinin temel bileşenlerinin sırası büyük önem arz etmektedir, dolayısıyla sağlanacak bilgileri bir mantıklı ve verimli bir şekilde işlemeyi teşvik eder. Bu iletişim modelinde, teslim edilirken; durum, özgeçmiş, değerlendirme ve öneri sırasıyla devir gerçekleştirilmeli, bu sıraya uyulmadığı takdirde, hasta ile ilgili önemli bilgilerin alaka düzeyini önemli ölçüde azalabilmektedir. (116).

SBAR iletişim modeli ilk kez sağlık profesyonelleri hasta tesliminde aciliyeti olan bir durumun iletilmesi için Kaiser Permanente Hastanesinde 2003 yılında bir çerçeve olarak uygulamaya konulmuştur (48). Bu hastanede teslim modelini her birimlerde kullanılmaya başlandıktan sonra advers olaylarda büyük ölçüde azalmalar olduğu ispatlamışlardır. Daha sonraki yıllarda SBAR teslim formu sağlık hizmeti veren kuruluşlarda kullanılmaya başlanmış ve interdisipliner yapıdaki iletişimi güçlendirmiş, advers olayları en aza indirmiş ve bakımının kalitesini yükselten bir

model olarak karşımıza çıkmaktadır (117). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %84,3'ü SBAR iletişim modelini kullanırken ekip içinde iyi bir etkileşim ve birbirlerine destek sağladığı bir ortam olduğunu bildirmişlerdir (118). Yapılan başka bir araştırmada, nöbet devir teslimlerinde kullanılan SBAR teslim modelinin sağlık çalışanlarının hasta teslimlerine daha hakim oldukları ve herhangi bir zorluk yaşamadan teslimi gerçekleştirdiklerini iletmışlerdir. Ayrıca bu modelin kullanılmasıyla ekip içindeki iletişimin kolaylaştığını belirtmişlerdir (119).

Literatürde yapılan diğer çalışmalara baktığımızda, hemşirelerin nöbet tesliminde SBAR iletişim modelini dokuz ay kullanımından sonra, zaman kaybettirdiğini düşüncelerinin %86,4'den %53,8'e düştüğünü, hasta devir teslimlerinde herhangi bir olumlu katkısı olmadığını düşünen hemşire oranı %86,4'den %53,8'e düşündüğünü, SBAR teslim modelinin kullanılmasıyla advers olayların hiç olmadığını bildiren hemşire sayısının %59,4'den %84,6'ya çıktığını bildirmişlerdir (108). SBAR, işbirlikçi iletişim modeliyle birlikte kullanıldığı bir çalışmada, iletişimde, ekip çalışmasında ve güvenlik ortamında istatistiksel olarak önemli değişikliklerin kaydedildiği bildirilmiştir (120). DSÖ SBAR teslim modelinin hasta teslimlerinde uygulanması hasta güvenliğinde önemli yere sahip olduğunu bildirmektedir(4). Ayrıca IHI 2006 yılındaki çalışmasında, SBAR teslim modeli, hasta teslimleri için rehber niteliği taşıdığını ve hasta güvenliğinin sağlanması için temel yapıtaşlarından biri olduğunu vurgulamaktadır (121).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hastanede yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin SBAR yöntemiyle hasta teslimlerinde hemşirelerin bakım kalitelerine ve hasta teslimine ilişkin algılarını incelemek amacıyla ön test son test tasarımlı yarı-deneysel tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde Ekim 2022- Ocak 2023 tarihlerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmuştur (N=46). Örneklem seçim yöntemine gidilmeyip yoğun bakım biriminde çalışan tüm hemşireler araştırmanın örneklemi oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde izinli ya da raporlu olanlar ve veri toplama sürecinde yoğun bakım ünitesinde yeni işe başlayan hemşireler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda araştırma 40 hemşire ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Hasta teslim değerlendirme ölçeği puanı

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, hemşirelik mesleğinde ve yoğun bakım ünitesinde deneyim süresi, hasta teslimi konusunda eğitim alma durumu, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği puanları

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

3.5.1. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, literatür eşliğinde araştırmacı tarafından hazırlanan “Katılımcı Tanıtım Formu” (EK-I) ve “Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği” (EK-II)

kullanılarak ön test ve son test olarak toplanmıştır. Veriler hemşirelere SBAR teslim formu (EK-III) kullanılmaya başlamadan önce ve bu teslim formu üç ay kullanıldıktan sonra Katılımcı Tanıtım Formu ve Hasta Değerlendirme Ölçeği'ni içeren veri toplama formu elden dağıtılıp yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilmiştir.

3.5.1.1. SBAR Teslim Formu

Bu araştırmada kullanılan SBAR Teslim Formu literatüre dayalı olarak (21, 15, 7, 25, 122, 105) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. SBAR teslim formu her bir başlangıç harfi İngilizce'de bir anımsatıcı olarak karşımıza çıkmaktadır.

- **“Situation(Durum)”** başlığıyla “Hastanın şuanki durumu nedir? (Hastanın yaşı, tanısı, hastanın sağlık kuruluşuna gelme sebebi, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, alerji olup/olmadığının sorgulanması, hastanın durumunun stabil olup olmadığı?)” sorunun cevaplarını kapsamaktadır.
- **“Background (Tıbbi Öykü)”** başlığıyla hastanın “ Hastanın klinikteki geçmişi veya acile geliş sebebi nedir? (yatışındaki sebepler, geçmiş hastalık öyküleri, hasta hangi şikayetle nereye başvurdu?) sorusuyla da hastanın geçmiş öyküsü ileilmektedir.
- **“Assesment (Değerlendirme)”** de hasta için “Hastanın durumunu göz önüne alarak hastadaki problemin neler olduğu düşünüyorum? (hastanın yapılan tedavileri ve tedaviye verdiği yanıtların değerlendirmesi, risk açısından hastanın değerlendirilmesi, sağlık profesyoneli hasta ve durumunun genel analizini yaptıktan sonra belirlediği problemleri ortaya koyması ve hastanın fonksiyonel değerlendirilmesinin yapılması) şeklinde detaylı alt başlıklarıyla hasta geniş açıdan değerlendirilerek teslimin verilmesi planlamaktadır.
- **“Recommendation (Öneri)”** bölümünde de hastanın hemşirelik sürecindeki takibi için “Benim önerim ne olur? (teslim ettiği sağlık çalışanına sunduğu önerilerin tümüdür) sorusuna cevap verilmesinin ardından teslimi tamamlayacağı bir form oluşturulmuştur (EK- III).

Araştırmamızda kullanılan SBAR teslim formu literatüre dayalı olarak oluşturulduktan sonra 3 uzman görüşü alınmıştır. Bu uzman görüşlerinin önerileriyle SBAR teslim formumuz çocuk yoğun bakım ünitesinin özgünlüğünde teslimlerdeki gereksinimleri doğrultusunda düzenlenmiştir.

3.5.2. Veri Toplama Araçları

3.5.2.1. Katılımcı Tanıtım Formu

Literatüre dayalı olarak (7, 15, 16, 25, 105, 123) araştırmacı tarafından hazırlanan “Katılımcı Tanıtım Formu”nda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, meslekteki ve yoğun bakım ünitesindeki toplam çalışma süreleriyle beraber hemşirelerin hasta teslimine ilişkin süreç ve düşüncelerini irdeleyen toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bu formda hasta tesliminin hasta güvenliği ve bakım kalitesine yönelik algıları Sayısal Derecelendirme Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Hemşireler bunun için 0 puan ile 10 puan arasında bir puan işaretlemişlerdir.

3.5.2.2. Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği

Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği 2013 yılında literatüre kazandırılmıştır (124). Tuna ve Dallı tarafından çalışılan ölçek 2019 yılında Türkçeye uyarlanması yapılmıştır(125), Taşkiran ve arkadaşları tarafından 2021 yılında psikometrik özellikleri incelenmiştir (126). Bu çalışmada ölçeğin Taşkiran ve arkadaşları tarafından psikometrik özellikleri incelenen versiyonu kullanılmıştır. Ölçekte, hemşireler tarafından hasta bakımının sürdürülebilmesi ve hemşirelerin hasta teslimine ilişkin algılarını değerlendirmek amacı ile 14 maddeden oluştuğu görülmektedir. Araştırmamızda kullandığımız bu ölçek, hasta tesliminde verilen bilginin kalitesini (madde 1, 2, 3, 4, 5 ve 6), hastayı teslim alan sağlık çalışanının teslim veren kişiyle etkileşimini/desteğini (madde 7, 8, 9, 10 ve 11) ve hasta tesliminin verimliliğini (madde 12, 13 ve 14) gösteren 3 alt boyuttan oluşmaktadır. On dört maddeden oluşan ölçek yedili Likert tiptedir (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kısmen katılmıyorum, 4=ne katılıyorum ne katılmıyorum, 5=kısmen katılıyorum, 6=katılıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum). Olumsuz ifade edilen maddeler (5, 12 ve 13. maddeler) ters yönde puanlanmaktadır. Böylece ölçeğin tamamlanmasıyla, ölçekten hemşireler en az 14 en fazla 98 puan alınabilmektedir. Yüksek puan alınan ölçek değerlendirme sonuçları daha olumlu olan algılamaları göstermektedir (126).

3.5.3. Verilerin Toplanması

“Katılımcı Tanıtım Formu” ve “Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği” ön test olarak eğitim öncesi katılımcılara uygulanmıştır. Daha sonrasında hasta teslim modeli olan SBAR yöntemini tanıtmak ve kullanımı hakkında bilgi vermek amacıyla

hazırlanan power point sunumu çocuk yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşirelere eğitim amaçlı yüz yüze sunulmuştur. Yapılan bu sunum, SBAR teslim modelini açıklamak, bu model kullanımında nöbet teslimine, hemşirelere ve hastalara olan katkılarını açıklamak ve eğitim sonunda hemşirelerden beklenen teslimlerin nasıl olduğunu bilgilendirmek amacıyla yapılmıştır. Eğitim, broşür ve rehber kitapçıklarla desteklenmiştir. SBAR teslim formuyla nöbet teslimine, eğitim verildikten sonraki 3 ay boyunca devam edilmiştir. Yoğun bakım ünitesi 24 yataklıdır ve vardiya değişimleri günde 2 kez gerçekleşmektedir. Bu süreçte 4320 teslim yapılmış olup, SBAR teslim formu hemşireler tarafından rehber niteliğinde sözel olarak vardiya değişimlerinde kullanılmıştır. Süreç sonunda Katılımcı Tanıtım Formu ve Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği'ni içeren veri toplama formu tekrar katılımcılarımıza uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Analiz Edilmesi ve Değerlendirilmesi

Yapılan araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Ortaya çıkan verilerin analiz edilmesi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler sayı (n), yüzde (%), en küçük (minimum)-en büyük (maksimum) değerler, ortalama (mean), ortanca (median) ve standart sapma (SS) değerleri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla "Güvenilirlik Analizi" uygulanmıştır. Öntest ve sontest puan ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Cinsiyet ve eğitim durumuna göre tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi; parametrik olmayan değerler için Wilcoxon Signed Ranks Test metodu yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi çalışmamızda $p < 0,05$ olarak kabul görmüştür.

3.7. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirlik Analizi

Tablo 3: Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği	Cronbach's Alpha
Eğitim öncesi	0,73
Eğitim sonrası	0,76

Araştırmada kullanılan hasta teslimi değerlendirme ölçeğinin güvenirlik analiz sonuçları Tablo 3’de verilmiştir. Ölçeğin güvenirlik analizi, ölçekte bulunan ifadelerin kendi aralarında tutarlı olup olmadıklarını ve ifadelerin tamamının aynı konuya yönelik ölçüm yapıp yapmadığının test edilmesi amacıyla yapılmaktadır (127). Ölçeklerin güvenirlik analizi sonucunda elde edilen Cronbach’s Alpha (α) değeri 0-1 arasında değişebilir. Cronbach’s Alpha (α) değerinin; 0.00-0.40 aralığında olması durumunda ölçeğin güvenilir olmadığını, 0.40-0.60 aralığında olması durumunda ölçeğin düşük güvenirlikte olduğunu göstermekle beraber, 0.60-0.80 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir bir yapıda olduğunu ve 0.80-1.00 arasında olması ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (128). Hasta teslimi güvenirlik analiz sonuçları incelendiğinde Cronbach’s Alpha katsayı değeri eğitim öncesi; 0,73 olurken, eğitim sonrası 0,76’dır. Bu sonuçlara göre ölçeğin oldukça güvenilir sonuçlar verdiği söylenebilir.

3.8. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (EK-IV) ve araştırmanın yürütüldüğü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesinden yazılı onam (EK-V) alınmıştır. Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerine araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek yazılı izinleri alınmıştır. Buna ek olarak hemşirelerin hasta teslimine ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla kullandığımız Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği’ni araştırmamızda kullanabilmek için gerekli izin e-mail yoluyla alınmıştır (EK-VI).

4. BULGULAR

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 1’de görülmektedir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %72.5 kadın(n=29) %27.5 erkek (n= 11) olmak üzere toplamda 40 hemşire ile çalışma yürütülmüştür. Bununla birlikte çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28; yaş aralığı ise 23 - 45 yaş arasında değişmektedir(Tablo1).

Tablo 4. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

	n(%)	Mean ±SS	Min.-Max.(Median)
Yaş	40 (100)	28 ± 5,48	23-45
Cinsiyet			
Kadın	29 (72.5)		
Erkek	11 (27.5)		
Eğitim durumu			
Önlisans	2 (5)		
Lisans	31 (77.5)		
Lisansüstü	7 (17.5)		
Meslekte toplam çalışma yılı		5,35± 5,21	1.5-25(3,25)
Yoğun bakımda toplam çalışma yılı		3,54±3,15	1-16(3,0)
Bakmakla yükümlüğü olduğu hasta sayısı		2	2

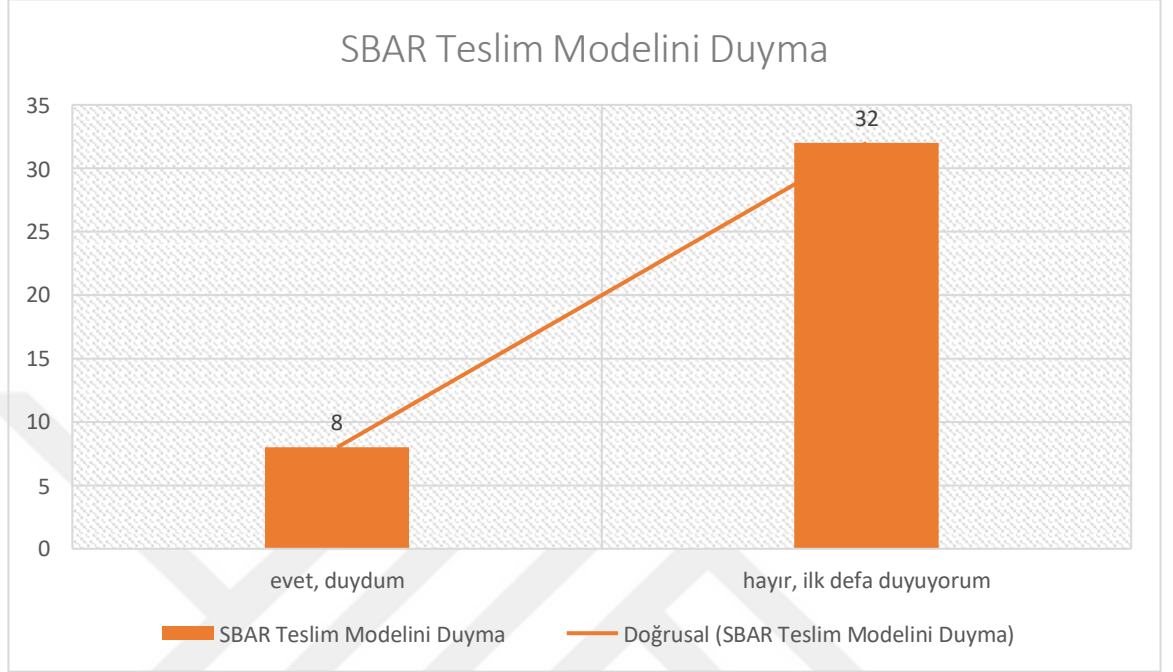
Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde ön lisans %5’lik, lisansüstü %17’lik kısmını oluştururken, en büyük kısmını %77,5’lik oranla lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yıllarına baktığımızda ortalama 5 yılını (mean= 5,34) tamamlamış hemşireler oluştururken, en az çalışma yılını 1,5 yıl olan ve en çokta 25 yıl olan sonuçlar görüldü. Hemşirelerin yoğun bakımda toplam çalışma yılına baktığımızda da ortalama 3,5 yıl(mean=3.54) olarak belirlenirken, bu yoğun bakımda en az çalışma yılı 1 yıl ve en çok çalışma yılı 16 yıl olarak belirlenmiştir. Yoğun bakımda hemşirelerin bakmakla yükümlü olduğu hasta sayısı 2 hasta olduğu görülmüştür (Tablo4).

Tablo 5. Hemşirelerin Hasta Teslimine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	n(%)	Mean ±SS	Min.Max.(Median)
Teslim süresi(dk)		5,85±3,84	2-20 (5,0)
Hasta teslimi konusunda eğitim			
Alan	22 (55)		
Almayan	18 (45)		
SBAR teslim modelini bilme			
Daha önce duyan	8 (20)		
İlk defa duyan	32 (80)		

Hemşirelerin hasta devir teslimine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 5’de sunulmuştur. Hemşirelerin hasta tesliminde geçirdikleri süre ortalama 5,5 dakika (mean=5,85) olduğu görülmektedir. Hemşireler teslim süresini en az 2 dakika en fazla da 20 dakika olarak zaman ayırdıkları görülmüştür (Tablo 5). Yoğun bakımda hasta teslimiyle ilgili eğitim alan hemşire sayısı 22 (%55), almayanın ise 18 (%45) olduğu sonucuna varılmıştır. SBAR teslim modelini daha önceden bilme/duyma ile ilgili olumlu cevapların sayısı 8 (%20), ilk defa duyanların sayısı 32 (%80) olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sorular sadece eğitim öncesi sorulmuştur (Tablo 5).

Grafik 1. “SBAR Teslim Modelini Daha Önce Hiç Duydunuz Mu?” Sorusunun Cevapları Dağılımları



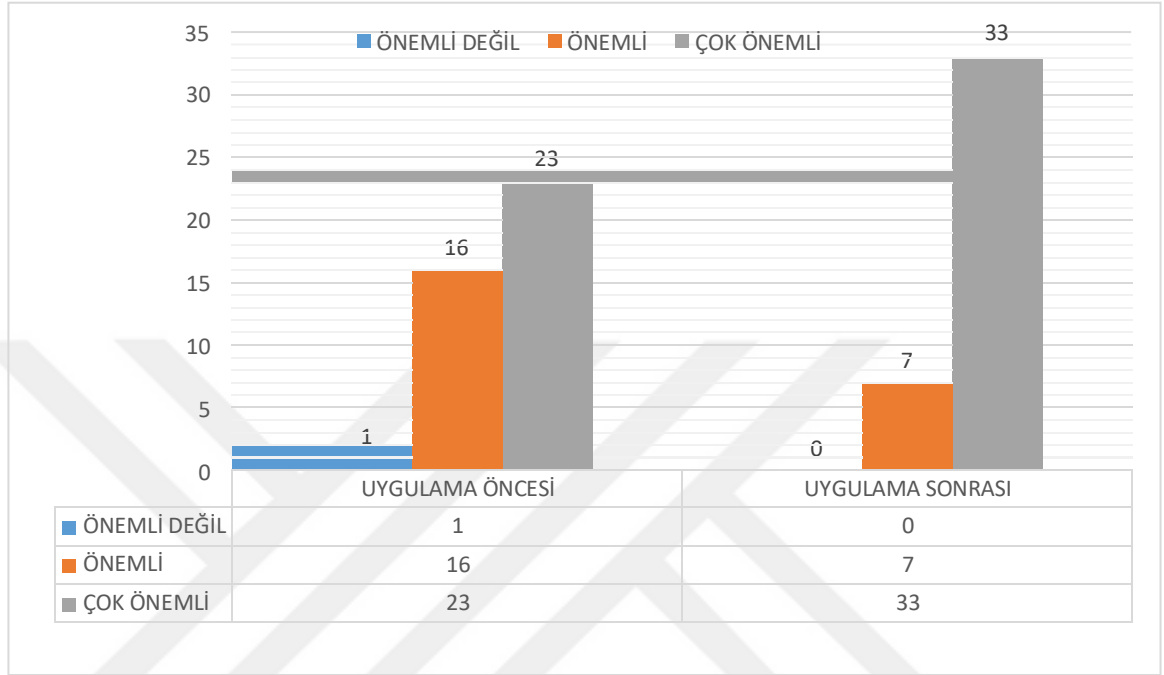
Hemşirelerin “SBAR teslim modelini daha önce hiç duydunuz mu?” sorusuna cevabı Grafik 1.’de de gösterilmiştir.

Grafik 2. SBAR Teslim Modeli Öncesi Hemşirelerin Bakım Kalitesi Açısından Hasta Tesliminin Önemi Değerlendirmesi



Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bakım kalitesi açısından hasta teslimine verdikleri önem incelendiğinde; “hiç önemli değil” cevabını hiç görmezken, “önemli değil” sayısı 1 (%2,5), “önemli” sayısı 16(%40), “çok önemli” sayısı 23 (%57,5) şeklinde olduğu görülmüştür (Grafik 2).

Grafik 3. SBAR Teslim Modeli Uygulama Öncesi Ve Sonrasında Hemşirelerin Bakım Kalitesi Açısından Hasta Tesliminin Önemi Değerlendirmesi



Yoğun bakımda çalışan hemşirelere eğitim öncesi ve sonrası “Hastaya verdiğiniz bakım kalitesi açısından hasta tesliminin önemini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusu sorulmuştur. Hemşirelerden aldığımız cevaplar incelendiğinde eğitim ve uygulamadan önce olan “önemli değil” cevabı eğitim ve uygulamadan sonra “önemli” olduğu görülmüştür. Hemşirelerin uygulama öncesi “önemli” cevabı olanların eğitim ve uygulama sonrası 11 kişinin “çok önemli” cevabı verdiği görülmüştür. Bunun sonucunda Grafik3’te görüldüğü gibi “çok önemli” yanıtı SBAR teslim modeli uygulamasından sonra 33 sayısına ulaştığı saptanmıştır(Grafik 3).

Tablo 6. SBAR Uygulama Öncesi ve Sonrasında Hasta Tesliminde Verilen Bilgilerin Hemşirelik Bakım Kalitesine Etkisine verilen Puan ortalamalarının Karşılaştırılması

Teslim Bilgileri Bakım Kalitesinin Puan Göstergeleri			
	Sbar Teslim Modeli Kullanım Öncesi	Sbar Teslim Modeli Kullanım Sonrası	Test değeri* P
Min.- Max(Median)	3,0-10,0(9,0)	5,0-10,0(9,0)	-2.008 0,045
Mean ±SS	8,47±1,43	8,92 ±1,26	

*Wilcoxon Signed Ranks Test

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin SBAR uygulama öncesi ve sonrasında teslimlerde verilen bilgilerin hasta/hemşire bakım kalitesini skala karşılaştırılması verilmiştir. SBAR teslim modeli kullanım öncesine baktığımızda; hemşirelerin nöbet devir teslimde verdikleri bilgilerin hasta bakım kalitesine olan etkileri en az 3 puan almakla beraber, en çok 10 puan aldığı saptanmıştır. SBAR teslim modeli kullanım sonrasına baktığımızda ise 5-10 arasında olduğu görülmüştür. Yoğun bakımda bu puan ortalaması 8,4750 sayısından 8,9250 sayısına yükseldiği görülmüştür. SBAR uygulama öncesi alınan puanlar, teslimde SBAR uygulandıktan sonra bakım kalitesine verilen puanların artmasıyla istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir($p=0.045$, $p<0.05$) (Tablo6).

Tablo 7. SBAR Uygulama Öncesi ve Sonrasında Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Alt Alan ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Ölçek Alt Grupları	Sbar Teslim Modeli Kullanım Öncesi Mean±SS	Sbar Teslim Modeli Kullanım Sonrası Mean ±SS	p*
Bilginin Kalitesi	33,02 ±4,45	35,62±3,78	0,000
Sağlık Çalışanının Teslim Veren Kişiyle Etkileşimi/Desteği	24,02±5,40	25,67±4,79	0,105
Hasta Tesliminin Verimliliği	15,97±2,61	15,75±3,15	0,644
Ölçek Toplam puanı	73,02±9,15	77,05 ±8,98	0,015

***Bağımlı gruplarda t testi**

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta teslimi değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar uygulama öncesi ve sonrası olmak üzere analiz edilmiştir. Bu ölçek 3 alt gruptan oluşmaktadır. Hemşirelerin uygulama öncesi bilginin kalitesi alt boyutundan aldıkları puan(Mean±Ss) 33,02±4,45 olurken uygulama sonrası aldıkları puan(Mean±Ss) 35,62±3,780 olduğu görülmüştür. Bu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,00; p<0.05). Hemşirelerin diğer alt gruplarda uygulama öncesi sonrası aldıkları puanlar incelendiğinde, “Sağlık Çalışanının Teslim Veren Kişiyle Etkileşimi/Desteği” olan alt grupta aldıkları puan ortalaması(Mean±SS) 24,02±5,40 olurken, uygulama sonrasında aldıkları puan ortalaması(Mean±SS) 25,67±4,79 olduğu saptanmıştır ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır(p=0,105; p < 0.05). Bununla beraber son alt grupta yer alan hasta tesliminin verimliliğinde ise alınan puanlar uygulama öncesinde (Mean±SS) 15,97±2,61 iken, uygulama sonrasında (Mean±SS) 15,75±3,15 olduğu saptanmış ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 7).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta teslimi değerlendirme ölçeğinden SBAR teslim modelini uygulama öncesi ve sonrasında aldıkları toplam puanlar incelendiğinde; uygulama öncesinde aldıkları toplam puan(Mean±SS) 73,0250±9,15812 olurken, uygulama sonrasında alınan toplam puan değeri 77,05±8,98 olarak saptanmıştır. Toplam tüm alt grupların ölçekten alınan puanlarının

karşılaştırılmasında t testi $p = 0,015$ belirlenmesiyle istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t testi anlamlılık düzeyi $p < 0.05$) (Tablo7).

Tablo 8. Cinsiyete Göre Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	SBAR Uygulama		Test değeri P*
		Öncesi	Sonrası	
		Ort±SS	Ort±SS	
Kadın	29	74,41	76,96	0,384
Erkek	11	69,36	77,27	

Yaptığımızda çalışmada yoğun bakımdaki hemşirelerin hasta teslimi değerlendirme ölçeğinden SBAR öncesinde ve sonrasında toplam aldıkları puanın cinsiyetteki dağılımları verilmiştir (Tablo 8). Yoğun bakımda çalışan kadın ve erkek hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puanları SBAR uygulama sonrasında yükselmiştir, fakat bu yükselme ölçekten alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Cinsiyetler arasında SBAR uygulaması sonrası alınan ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Ünitelerde Çalışma Yılına Göre Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ünitelerde(Yoğun bakımda) Çalışma Yılı	N	Uygulama öncesi toplam puanları Min-Mak (Medyan) Ort±SS	Uygulama sonrası toplam puanları Min-Mak (Medyan) Ort±SS	Test değeri P*
≤3 yıl	30	72,833 ± 9,07	76,500 ± 9,06	0,59
>3 yıl	10	73,600 ± 9,86	78,700 ± 8,99	

Araştırmamızda yoğun bakımda çalışma süresinin SBAR teslim modeli uygulama öncesi ve sonrasında alınan teslim ölçeği puanları tabloda verilmiştir. Bu veriler incelendiğinde uygulama öncesi ölçekten alınan puanlar, uygulama sonrasında artmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda ünitelerde çalışma süresine göre hasta teslimi değerlendirme ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Toplam Çalışma Yılına Göre Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Toplam Çalışma Yılı	N	Uygulama öncesi toplam puanları <i>Min-Mak (Medyan)</i> <i>Ort±SS</i>	Uygulama sonrası toplam puanları <i>Min-Mak (Medyan)</i> <i>Ort±SS</i>
≤5 yıl	31	73,67	76,45
>5 yıl	9	70,77	79,11
Test değeri p*	*0,144		

Yapılan araştırmamızda hemşirelerin toplam çalışma süresine göre SBAR uygulama öncesi ve sonrası alınan toplam ölçek puanlarının analizi tabloda verilmiştir. Bu sonuçlara göre yoğun bakımda çalışan hemşirelerin toplam çalışma süresine göre hasta teslimi değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği	Cronbach's Alpha
Eğitim öncesi	0,731
Eğitim sonrası	0,760

Araştırma da kullanılan hasta teslimi değerlendirme ölçeğinin güvenirlik analiz sonuçları tablo da verilmiştir. Ölçeğin güvenirlik analizi, ölçekte bulunan ifadelerin kendi aralarında tutarlı olup olmadıklarını ve ifadelerin tamamının aynı konuya yönelik ölçüm yapıp yapmadığının test edilmesi amacıyla yapılmaktadır (1). Ölçeklerin güvenirlik analizi sonucunda elde edilen Cronbach's Alpha (α) değeri 0,60-0,80 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir bir ölçek şeklinde değerlendirilmektedir (2). Hasta teslimi güvenirlik analiz sonuçları incelendiğinde Cronbach's Alpha katsayı değeri eğitim öncesi; 0,73 olurken, eğitim sonrası bu değer 0,76'ya yükselmiştir (Tablo 11). Bu sonuçlara göre ölçek oldukça güvenilir olduğu görülmüştür.

Tablo 12. SBAR Teslim Formunda Karşılaşılan Güçlükler

Katılımcının İfadesi	Kişi Sayısı
<i>“çok detaylı bir teslim gerektirdiği için acil durumlarda zaman yönetimini zorluyor”</i>	1
<i>“bazı olay ya da bilgileri unutmak”</i>	1
<i>“dikkat eksikliği, nöbet sonrası eve gelme ve dinlenme isteği, uzun süreli yatışta bilgi gereksinimine bağlı hızlı teslim etme isteği”</i>	1
<i>“hasta teslim süresinin uzaması kaynaklı ekip arkadaşlarımın olumsuz tavırları”</i>	1
<i>“hastanın kan sonuçları genelde doktorlar tarafından bakıldığı için hemşirelerin sistem üzerinden kontrol etmeleri iş yükünü artırabilmektedir”</i>	1
<i>“sbar uygularken teslim alan arkadaşların sabırsızlığı ve isteksizliği”</i>	1
<i>“teslim alanların uzun geldiği dikkatli dinlememesi, sıkılması”</i>	1
<i>“teslimin uzun sürmesi”</i>	14
<i>“karşılaştığım bir güçlük yok”</i>	19

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin eğitim sonrasında katılımcı formunda yer alan SBAR teslim formunun kullanırken karşılaştığınız güçlükler nelerdir, açıklayınız? Sorusuna açık uçlu şeklindeki ifadeleri saptanmıştır. Katılımcılardan alınan en sık cevaplardan biri “teslimin uzun sürmesi” olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 13. SBAR Teslim Formunun Hemşireye Olan Katkılarının Değerlendirmesi

Katılımcının İfadesi	Kişi sayısı
<i>“bilgileri unutmadan daha detaylı bir şekilde teslim sağlanarak iletişimimizi artırıyor”</i>	1
<i>“Daha kaliteli ve verimli gelmesi”</i>	1
<i>“daha sistematik bir teslim”</i>	6
<i>“detaylı bilgilendirme”</i>	6
<i>“doğru sırayla teslim”</i>	1
<i>“doğru sırayla, doğru tıbbi öyküyle, doğru değerlendirme ve etkili öneriler ile hastayı teslim almamızı ve daha hakim olmamızı sağlıyor”</i>	1
<i>“Etkili ve eksiksiz hasta teslimi, anlaşılır ve açıklayıcı bir devir”</i>	6
<i>“Hasta bakımını geliştirmek, hastaya uygun tüm hemşirelik hizmetlerini vermek”</i>	1
<i>“Hasta teslimine bütüncül olarak bakabilmek”</i>	3
<i>“Hastaları daha ayrıntılı, teslim etmenin önemi anlaşılmış oldu. SBAR formuna göre teslim edilince hastayla ilgili önemli konular atlanmaz”</i>	1
<i>“hastaları teslim ederken bilgileri atlamadan, planlı bir şekilde teslim etmemi sağladı”</i>	2
<i>“Hastaların bilgilerin eksiksiz iletilmesi ve hastaya olan hakimiyetin artmasıdır”</i>	8
<i>“iletişim kaynaklı hataları önler”</i>	1
<i>“Önemli bilgilerin atlanmasının önüne geçti”</i>	1
<i>“planlı ve akıcı bir teslim sağlıyor”</i>	1

Hemşirelerin uygulama sonrasında nöbet devir teslimlerinde SBAR uygularken kendilerine olan katkılarını açık uçlu şekilde sorular sorularak ifade etmeleri istenmiştir. Hemşireler bu yanıtlarındaki ifadelerinde genellikle *“daha sistematik bir teslim”*, *“detaylı bilgilendirme”* *“doğru sırayla teslim”* *“Etkili ve eksiksiz hasta teslimi, anlaşılır ve açıklayıcı bir devir”*, *“Hasta teslimine bütüncül olarak bakabilmek”* *“Hastaların bilgilerin eksiksiz iletilmesi ve hastaya olan hakimiyetin artmasıdır”* şeklinde olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14. SBAR Teslim Formunun Hasta Bakıma Olan Katkılarının Değerlendirilmesi

Katılımcının İfadesi	Kişi sayısı
<i>“Doğru ve pratik bakım sağlanması”</i>	2
<i>“bakım kalitesinin yükselmesi”</i>	10
<i>“Bakımın planmasında hasta özgeçmişine bağlı hızlı ve etkin yönelim sağladı. Hasta ile doğru iletişimi destekledi”</i>	1
<i>“birbirimizin arasındaki iletişimin niteliğini arttırmak hasta güvenliğinin yükselmesini sağlamıştır”</i>	1
<i>“Daha planlı ve detaylı bakım ve tedavi aldıklarını düşünüyorum”</i>	1
<i>“detaylı bilgi alıp uygun bakım ve tedaviyi hızlı bir şekilde uygulama”</i>	3
<i>“eksiksiz teslim”</i>	3
<i>“Güvenli iletişim sayesinde hasta güvenliği sağlanmış oldu”</i>	6
<i>“Hasta hakkında detaylı teslim yapıldığı için, hastaya olan hakimiyeti artırıp, daha dikkatli ve kaliteli bakım vermemizi sağlıyor”</i>	4
<i>“Hastanın ana hatlarıyla bilinmesi gereken bilgilerini öğrenip kapsamlı şekilde hastaya bakım verebilmek”</i>	1
<i>“hastanın bakımında zarar görmesinin en aza inmesini sağlar”</i>	3
<i>“hastanın öz geçmişini, mevcut yatak yaralarının tanınması bakım kalitesini artırır”</i>	1
<i>“hastayı eksiksiz bir şekilde teslim ettiğimiz kişinin aklında hastayla ilgili soru kalmaz, tereddüt yaşamaz, bakımı hatasız ve tüm yönüyle ele alır”</i>	1
<i>“hata oranını azaltmak, en etkili bir şekilde bakım ve tedavi hizmetlerini vermek”</i>	1
<i>“Teslimde iletişimi güçlü kılarak hasta güvenliğini arttırmıştır ve hata payını en aza indirmiştir. Böylece hasta bakımında kalitesinin artmasını sağlamıştır”</i>	1
<i>“Riskleri önceden görmemizi sağlar, önlem almamıza yardımcı olur”</i>	1
<i>“Gözden kaçabilecek olan detayları yakalamamızı sağlayarak daha etkili yapmamızı sağlar”</i>	1

SBAR teslim modeli uygulanması sonrasında nöbet devir teslimlerinde hasta bakımına olan katkılarının neler olduğunu hemşirelere açık uçlu sorularak, yanıtları

analiz edilmiştir. Hemşirelerin ifadeleri incelendiğinde “*bakım kalitesinin yükselmesi*”, “*Güvenli iletişim sayesinde hasta güvenliği sağlanmış oldu*” “*Hasta hakkında detaylı teslim yapıldığı için, hastaya olan hakimiyeti artırıp, daha dikkatli ve kaliteli bakım vermemizi sağlıyor*”, “*hastanın bakımında zarar görmesinin en aza inmesini sağlar*” şeklindeki cevapların daha çok dikkat çektiği görülmüştür (Tablo 14).



Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli meslek gruplarından biri olan hemşirelerin, nöbetleri boyunca temel sorumluluklarından biri hasta teslimini etkili bir şekilde gerçekleştirmektir. Etkin ve etkili bir hasta teslimi doğru bilgilerin aktarılmasıyla sürdürülen dinamik bir olaydır (74). Bu teslimlerin eksiksiz ve anlaşılır bir şekilde iletilmesi hasta güvenliğinin sağlanması konusunda önem arz etmektedir (84). Hasta teslim sürecini yönetmede en sık kullanılan profesyonel iletişim aracı SBAR (% 69,6) tekniğidir (79). Bu çalışmada da SBAR teslim modelini kullanarak nöbet devir teslimlerinde hemşirelerin teslimine ilişkin algılarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın tanımlayıcı istatistiksel sonuçlarına göre; yoğun bakımda çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28; yaş aralığı ise 23-45 yaş aralığında değişmektedir. Literatürde yapılan diğer araştırmalara baktığımızda ise hemşirelerin yaş ortalamasının 27,91 olduğu karşımıza çıkmakta, 2016 yılında yapılan diğer bir çalışmada ise hemşirelerin %80'inin 21-30 yaş aralığında olduğu görülmektedir (130, 131). Yapılan başka çalışmada ise hemşirelerin %42,1'inin 25-35 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (132). Araştırmamızdaki sonuçlar ile literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, benzer yaş ortalamasının olduğu görülmüş dolayısıyla mesleğe yeni başlayan hemşirelerin önce yoğun bakım ünitesinde ilk meslek deneyimlerini yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde önlisans %5'lik, lisansüstü %17'lik kısmını oluştururken, en büyük kısmını %77,5'lik oranla lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde lisans mezunu hemşirelerin araştırmaların %52,5 dilimini oluşturduğu görülmüş, başka bir araştırmada ise %56'sı diğer çalışmalarda bu oran %92,2 olduğu belirtilmektedir (132, 133, 145). Yapılan çalışmalara baktığımızda, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun lisans mezununun olduğu göstermesiyle çalışmamızla benzer eğitim seviyesinde olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada SBAR teslim modelini hakkında bilgi sahibi olanların sayısı 8 (%20), ilk defa duyanların sayısı 32 (%80) olduğu sonucuna varılmıştır. Chetwood ve ark.'nın 2018 de yapmış olduğu bir çalışmada; eğitimden önce SBAR teslim modeli hakkında katılımcıların sadece %15'inin bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir (134). Başka

bir çalışmada ise hemşirelerin %20,3'ünün SBAR teslim formu ile ilgili bilgi sahibi olduğu görülmüştür (85). Bu sonuçlara göre eğitim öncesi SBAR teslim modelini hakkında bilgi sahibi olma durumu literatürü desteklemektedir.

Araştırmamızda SBAR teslim modeli kullanım öncesinde; hemşirelerin nöbet devir teslimde verdikleri bilgilerin hasta bakım kalitesine olan etkilerine 3 ila 10 puan arasında puan verdikleri saptanmıştır. SBAR teslim modeli kullanım sonrasına baktığımızda ise 5-10 arasında olduğu görülmüştür. SBAR uygulama öncesi alınan puanlar, teslimde SBAR uygulandıktan sonra bakım kalitesine verilen puanların artışı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0.045$, $p<0.05$). 2017 yılında yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaklaşık dörtte biri (%27,5) SBAR teslim modelinin hastayla ilgili bilgiler hakkında anımsatıcı olduğunu ve hasta bakımında sürekliliği sağladığını ifade etmiştir (85). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin devir teslimlerinde SBAR iletişim modelini kullandıktan sonra, hemşireler hasta bakımının kilit noktalarını hızlı bir şekilde kavradığı, bakımın planlamasını kolaylaştırdığı böylece hastalar için yüksek kalitede ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının geliştirilmesini sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (135).

Yaptığımız araştırmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta teslimi değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar, uygulama öncesi ve sonrası olmak üzere analiz edilmiştir. Hemşirelerin uygulama öncesinde “verilen bilginin kalitesi”nin değerlendirildiği ilk alt grubundan aldıkları ortalama puanın $33,02\pm4,45$ iken uygulama sonrası $35,62\pm3,78$ 'e yükseldiği görülmüştür ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00$; $p<0,05$). Kore’ de yapılan bir çalışmada SBAR teslim modeli kullanımı sonrası hemşirelerin, bilgi aktarımı ve kalitesi ile doğrudan ilişkili olabilecek iletişim göstergelerinde, bilgilerin doğruluğu ve anlaşılabilirliğini attırdığı bulunmuştur (136). SBAR iletişim modeli devir teslim sürecinde hemşirelerin bilgi aktarımındaki kalitesini arttırarak iletişimin etkinliğini artırır(137). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada SBAR teslim modeli kullanımından sonra katılımcıların en fazla ifade ettiği olumlu yan; bilgi aktarımı ve kalitesini artırma (%50) olup, verimliliği artırma (%44,2) ve hasta güvenliğini artırma (%35) şeklinde olmuştur(138). Literatürde yapılan bu araştırmalar çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kullandığımız Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin “Sağlık Çalışanının Teslim Veren Kişiyle Etkileşimi/Desteği” alt boyutundan SBAR teslim modeli uygulama öncesi ve sonrasında alınan puanlar arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,105$; $p>0,05$). Literatür incelendiğinde, yapılan bir çalışmada profesyonel iletişim aracı olan SBAR'ın uygulanmasıyla hemşirelerin grup içindeki iletişim doğruluğu ve güvenlik iklimi algılarında zaman içinde önemli bir iyileşmesine katkı sağladığı görülmüştür (139). Yapılan başka bir araştırmada hemşirelerin ekip ruhunu güçlendirmede etkili olduğu gözlemlenmiştir (135). Ülkemizde 2019 yılında yapılan çalışmaya baktığımızda ise hemşirelerin %8,10'u SBAR teslim formu kullanılmasıyla birlikte ekip içindeki iletişiminin olumlu yönde etkilendiği bulunmuştur (108). Çalışmamızın sonucu ülkemiz dışındaki araştırmalarla benzerlik göstermemektedir. Bu farklılık SBAR teslim modelinin Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında yeterince kullanılmamasından kaynaklanabilir. Bu sonuç ayrıca Ülkemizdeki hemşirelerin etkileşim ve desteğinin standart bir teslim formu kullanımından bağımsız olarak zaten gelişmiş olduğunu düşündürmektedir.

Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin son alt grubu olan "hasta tesliminin verimliliği" boyutunda ise hemşirelerin aldıkları puanlar uygulama öncesinde ortalama $15,97\pm2,61$ iken, uygulama sonrasında $15,75\pm3,15$ olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5). Yapılan bir çalışmada, SBAR teslim modelinin sözel iletişimi güçlendirdiği, hasta teslimi süresini azalttığı ve teslim modelinin sağlık profesyonellerinin kişisel özelliklerinden etkilendiği ortaya çıkmıştır (146). Demir ve Şahin'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %60'ının SBAR teslim modelinin çok fazla zaman aldığı şeklinde değerlendirilmiş ve %57,1'inin SBAR teslim modelini kullanmaya gönüllü olmadıklarını ortaya koymuşlardır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin yaklaşık dörtte biri (%27,5) SBAR teslim modeliyle yapılan devirde hastayla ilgili bilgiler konusunda hatırlamayı sağladığı ve bakımın devamlılığını etkilediğini ifade etmişlerdir (85). Bu çalışmaların SBAR iletişim modelinin hasta teslimine olan verimliliğini olumlu değerlendirdiği görülmektedir. Ölçeğin teslim verimliliğini değerlendirdiği üç madde; teslimin çok zaman alıcı olduğu, bilgilerin zamanında verildiği ve hasta bakımıyla ilgili olmayan bilgilerin verildiğidir. Bu araştırmada hemşirelerin büyük çoğunluğu SBAR teslim formunun teslim süresini çok uzattığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Teslim verimliliğinde anlamlı değişim olmaması, SBAR teslim formunu kullanarak teslim etmenin zaman alıcı olarak algılanmasından kaynaklanabilir.

Yaptığımız çalışmada, SBAR teslim modelini uygulama öncesi ve sonrasında hemşirelerin hasta teslimi değerlendirme ölçeğinden aldıkları toplam puan uygulama öncesinde ortalama $73,02\pm9,15$ uygulama sonrasında $77,05\pm8,98$ 'dir. Olumlu yöndeki

bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüştür($p<0.05$). Uygulama sonrasında ölçek puanlarının yüksek olması, SBAR teslim formuyla hasta tesliminin daha güvenilir hale geldiğini ve hasta güvenliği için hasta teslimlerine ilişkin farkındalıklarını artırdığını düşündürmektedir. 2014 yılında çocuk yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışma sonuçlarına göre elektronik bir SBAR teslim formunun uygulanmasıyla daha eksiksiz kayıt yapıldığı görölmüş; hem hemşireler arasında hem de doktorlar ile hemşireler arasındaki iletişimin kayıtlı birlikte olumlu yönde geliştiği görölmüştür (141). Literatürde 2018 yılında yapılan bir sistematik review çalışmasında SBAR teslim modeli ile yapılan hasta teslimlerinin sonuçları incelenerek karşılaştırılmıştır. İncelenen bu araştırmalarda, SBAR ile yapılan teslimlerde; ekip iletişimini, hasta güvenliği sonuçlarını ve kritik durumlarda hekim hemşire iletişimini konu edinen araştırma sonuçları değerlendirilmiştir. Yapılan 5 çalışmadan 2 si güvenilirliği yüksek olan hasta güvenliği sonuçlarında önemli ölçüde artış görölmüştür, bunun yanı sıra en iyi kanıt, hemşireler ve doktorlar arasındaki telefon iletişiminde bulunmuştur. Bu çalışmaya göre SBAR teslim modeli, özellikle net ve etkili kişilerarası iletişim gerektiğinde, birçok sağlık hizmeti ortamına uygun uyarlanabilir bir araç olabilir (18). Yapılan başka bir araştırmada 29 hemşire ile kadın doğum kliniğinde SBAR teslim modeli rehber olarak kullanılarak formu doldurmadan sözlü olarak hemşirelerden teslim istenmiştir. SBAR tekniğinin uygulanmasından sonra hemşirelerdeki takım çalışmasının arttığını ve çalışma koşullarının iyileştiği aynı zamanda güvenli bir çalışma iklimi oluşturuğu görölmüştür (140). Bu çalışma bizim çalışmamızla benzer olup olumlu sonuçlar analiz elde edilmiştir. Diğer bir araştırma İsveç'te bir anestezi kliniğinde prospektif araştırma olarak yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda SBAR teslim modeli uygulanan klinikte iletişim hatalarından kaynaklanan olay bildirimlerinin oranı %31'den %11'e düştüğü görölmüş ve iletişimden kaynaklanan olay raporlarının önemli ölçüde azaldığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca SBAR teslim modeli uygulanan klinikte profesyoneller arasındaki iletişim algısında ve güvenlik iklimi algısında iyileşmeler olduğu sonucuna varılmıştır (139).

Yaptığımız çalışmada yoğun bakımda çalışan kadın ve erkek hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puanları SBAR uygulama sonrasında yükselmiştir, ancak cinsiyetler arasında ölçekten alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde de cinsiyete göre yapılan araştırmalarda SBAR eğitim öncesi ve sonrasında farkındalık puanlarında anlamlı değişimler bulunmamıştır (144).

Çalışmamızda hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılı ve yoğun bakımda çalışma yıllarının, SBAR teslim modeli kullanımının öncesi ve sonrasında hasta teslimi değerlendirmelerini anlamlı olarak etkilemediği görülmektedir. Japonya’da yapılan bir araştırmada, meslekte deneyim süresi artmasıyla hasta devir teslimlerinde hemşirelerin hastaya daha hakim oldukları ve doğru bilgi verdikleri tespit edilmiştir (142).

Yaptığımız çalışmada SBAR teslim modelinin uygulanmasından sonra teslimde form kullanımını değerlendirmek amacıyla katılımcılardan açık uçlu soruların doldurulması istenmiştir. Hemşirelere, SBAR teslim formunun kullanırken karşılaştıkları güçlükleri ifade etmeleri istenip, bunlar analiz edilmiştir. Katılımcılardan alınan en sık cevaplardan biri “teslimin uzun sürmesi” olduğu görülmüştür ve diğer en çok karşılaşılan cevapta bir zorluk yoktur olmuştur. Dikkat çeken cevaplar *“hastanın kan sonuçları genelde doktorlar tarafından bakıldığı için hemşirelerin sistem üzerinden kontrol etmeleri iş yükünü artırabilmektedir”* ve *“hasta teslim süresinin uzaması kaynaklı ekip arkadaşlarımızın olumsuz tavırları”* olmuştur. Yapılan bir araştırmada hemşirelerin %60’ ının hasta devir teslimlerinde, uygulanan SBAR teslim modelinin zamanlarını kaybettirdiklerini söylemişlerdir (15). Bu sonuçlara baktığımızda en çok karşılaşılan cevap olması literatürle çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin uygulama sonrasında nöbet devir teslimlerinde SBAR uygularken kendilerine olan katkılarını açık uçlu şekilde sorular sorularak ifade etmeleri istenmiştir. Bu sonuçlar analiz edildiğinde genellikle *“daha sistematik bir teslim”, “detaylı bilgilendirme” “doğru sırayla teslim” “Etkili ve eksiksiz hasta teslimi, anlaşılır ve açıklayıcı bir devir”, “Hasta teslimine bütüncül olarak bakabilmek” “Hastaların bilgilerin eksiksiz iletilmesi ve hastaya olan hakimiyetin artmasıdır”* en çok karşılaşılan cevaplar olmuştur. Yapılan araştırmalara baktığımızda bir çalışmada; teslimlerde SBAR iletişim aracıyla teslim yapıldıktan sonra hemşirelerin %67,4’ünün teslimi kolaylaştırdığı görülmüştür, %62,8’ ının SBAR iletişim modeli ile ekip içinde iletişimin daha açık olduğu, %72,1’in tüm bilgileri hakim olduğu belirtmişlerdir (119). SBAR iletişim modelinin uzun süreli kullanımı, hemşirelerin hem hastayı değerlendirme hem de hastayla ilgili oluşabilecek problemleri belirleme becerisini geliştirmiş, hemşirenin hakimiyet duygusunu geliştirmesine yardımcı olmuştur ve aynı zamanda ekip çalışmasını da güçlendirdiği görülmüştür (135). Sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

SBAR teslim modeli uygulaması sonrasında nöbet devir teslimlerinde hasta bakımına olan katkılarının neler olduğu hemşirelere açık uçlu sorularak, yanıtları analiz edilmiştir. Hemşirelerin ifadeleri incelendiğinde *“bakım kalitesinin yükselmesi”*, *“güvenli iletişim sayesinde hasta güvenliği sağlanmış oldu”* *“hasta hakkında detaylı teslim yapıldığı için, hastaya olan hakimiyeti artırıp, daha dikkatli ve kaliteli bakım vermemizi sağlıyor”*, *“hastanın bakımında zarar görmesinin en aza inmesini sağlar”* sonuçlarına ulaşılmıştır. SBAR'ın hemşirelik uygulamalarına etkisini inceleyen bir çalışmada hemşirelerin %63'ü SBAR iletişim modelinin hasta güvenliğini tamamen artıracaklarını belirtirken, %37'si artışın kısmi olacağını söylemektedir (131). Yapılan başka bir çalışmada, ameliyat hemşirelerinin ve doktorların girişim öncesi ve sonrası görüşlerini karşılaştıran araştırmada, eğitim sonrasında katılımcıların büyük çoğunluğunun SBAR iletişim modelinin iletişimi geliştirerek hasta güvenliğini sağladığına ilişkin görüşe katıldığını ortaya koymaktadır (147). Yapılan bir diğer araştırmada 425 hemşirenin katıldığı SBAR iletişim modeli eğitiminden sonra teslim sonuçları analiz edilmiştir. Bu araştırmanın sonucunda SBAR'ın hemşirelerin üzerindeki işbirliği ve iletişimlerinde olumlu yönde gelişmelerine etki ettiği ve hastalarında beklenmedik ölümlerinde düşmeler olduğu kaydedilmiştir (80). Bu sonuçlara göre araştırma bulgularımızın literatürü desteklediğini söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

SBAR iletişim modeline göre yapılandırılmış hasta teslimlerinin hemşirelerin, teslimine ilişkin algılarına etkisi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1- Hemşirelerin %72,5 kadın (n=29) %27,5 erkek (n=11) olmakla birlikte, yaş ortalaması 28; yaş aralığı ise 23 - 45 yaş arasında değişen toplam 40 hemşire ile çalışma yapılmıştır.

2- Hemşirelerin %5'i önlisans, %17'si lisansüstü, %77,5'i lisans mezunudur.

3-Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılları 1,5 - 25 yılları arasında değişirken, ortalama 5 yıl (mean=5,34) olduğu saptanmıştır. Ayrıca yoğun bakımda toplam çalışma yılı olarak da 1-16 yıl arasında olup, ortalama 3,5 yıl (mean=3.54) olduğu saptanmıştır. Tüm hemşirelerin yoğun bakımda, bakmakla yükümlü olduğu hasta sayısı 2'dir.

4-Hemşirelerin devir teslim süresinin ortalaması 5,5 dakika (mean=5,85) olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda yer alan hasta profiline göre hasta teslim süresi 2 dakika ile 20 dakika arasında değişkenlik gösterdiği ortaya çıkmıştır.

5- Hasta teslimiyle ilgili eğitim alan hemşire sayısı 22 (%55), almayanın ise 18 (%45) olduğu saptanmıştır. SBAR teslim modelini daha önceden bilme/duyma ile ilgili olumlu cevapların sayısı 8 (%20), ilk defa duyanların sayısı 32 (%80) olduğu görülmüştür.

6-Hemşirelerin bakım kalitesi açısından hasta teslimine verdikleri önem sorusuna; "önemli" sayısı 16 (%40), "çok önemli" sayısı 23 (%57.5) olduğu görülmüştür. Böylece hemşirelerin hasta teslimlerinde verilen bilgilerin bakım kalitesini büyük ölçüde etkilediği görüşünde oldukları sonucu saptanmıştır.

7- SBAR uygulama öncesi ve sonrasında teslimlerde verilen bilgilerin hasta/hemşire bakım kalitesinin skala karşılaştırılması sonucuna baktığımızda; SBAR uygulama öncesi 3-10 arasında değişirken, uygulama sonrasında skala değerlendirmesi sonucu 5-10 arasında değiştiği görülmüştür. Bu skalanın puan ortalaması 8,47'den 8,92'ye yükselmiştir, dolayısıyla SBAR teslim modeli uygulandıktan sonra bakım kalitesine verilen puanların artışı istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

8- Hemşirelerin hasta teslimi değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar SBAR teslim modelinin öncesi ve sonrasındaki puanlar ile karşılaştırıldığında elde edilen sonuçlar şu şekildedir; teslim ölçeğindeki bilginin kalitesinin değerlendirildiği bilginin kalitesi boyutunda alınan puanlar 33,02 sonucundan 35,62 puan değerine yükseldiği görülmüştür. Ayrıca hasta teslimi değerlendirme ölçeğinde hemşirelerin aldıkları toplam puanlar 73,02 sonucundan 77,05 puan değerine arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hasta tesliminden alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta teslimi değerlendirme ölçeğindeki, sağlık çalışanının teslim veren kişiyle etkileşimi/desteği olan alt grupta aldıkları puan 24,02 olurken, uygulama sonrasında aldıkları puan değeri 25,67 olduğu görülmüştür. Hasta tesliminin verimliliğindeki alt gruptan alınan puan değişimi 15,97' den 15,75' ye gerilediği saptanmıştır. Bu alt gruplarda çıkan sonuçlara göre hasta teslimi ölçeğinde alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

9- Yoğun bakımda çalışan kadın ve erkek hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puanları SBAR uygulama sonrasında yükselmiştir, fakat t testi değerimiz $p=0,384$ saptanarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cinsiyetler arasında SBAR uygulamasından sonra alınan ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

10- Hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde ve toplam meslekte çalışma yıllarına göre hasta teslimi değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar SBAR uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır.

11- SBAR teslim modelini uygularken hemşirelerin karşılaştıkları zorlukları ifade etmesini istediğimizde en çok “*teslimin uzun sürmesi*” yanıtını verdikleri görülmüştür.

SBAR teslim formunun hemşireye olan katkılarının neler olduğu sorusuna alınan cevaplar arasında “*hastaların bilgilerin eksiksiz iletilmesi ve hastaya olan hakimiyetin artması*”, “*etkili ve eksiksiz hasta teslimi, anlaşılır ve açıklayıcı bir devir*”, “*daha sistematik bir teslim*”, “*detaylı bilgilendirme*”, “*hasta teslimine bütüncül olarak bakabilmek*” en çok karşımıza çıkan cevaplar olduğu görülmüştür. SBAR teslim modelini uygularken hemşirelere hasta bakımına olan katkılarını değerlendirmelerini istediğimizde ise en çok ortaya çıkan cevabın “*bakım kalitesinin yükselmesi*” olduğu görülmüş, aynı zamanda “*güvenli iletişim sayesinde hasta güvenliği sağlanmış olduğu*”, “*hasta hakkında detaylı teslim yapıldığı için, hastaya olan hakimiyeti artırıp, daha dikkatli ve kaliteli bakım vermemizi sağlıyor*”, “*hastanın*

bakımında zarar görmesinin en aza inmesini sağlar”, “detaylı bilgi alıp uygun bakım ve tedaviyi hızlı bir şekilde uygulama” ve “eksiksiz teslim” şeklindeki cevapların en çok olduğu görülmüştür. Hemşirelere SBAR teslim formunu kullanmayı isteyip istemedikleri sorulduğunda; evet, tercih ederim cevabını 38 kişi % 95 olarak olumlu yanıtlarken; hayır, tercih etmem cevabını 2 kişi %5 olarak olumsuz yanıtlamıştır.

Sonuç olarak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin SBAR teslim modelini kullanırken hasta teslimlerinde verilen bilginin kalitesinde artış olduğunu, dolayısıyla devir teslimlerde verilen bilgilerin hem hasta güvenliğini etkilediği hem de hasta bakım kalitesini etkileyerek daha detaylı, etkili- eksiksiz ve güvenilirli bir hasta teslimi sağladıklarını ortaya koymuşlardır.

6.2. Öneriler

Yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Sağlık kurumlarında hasta teslimleri gerçekleştirirken standart bir teslim formunun kullanılması,
- Hasta güvenliği açısından hasta teslim kültürünün oluşturulabilmesi için SBAR teslim modelinin bir sağlık kurumunun tüm birimlerinde hasta önceliklerine ve ihtiyaçlarına göre uyarlanarak kullanılması,
- Hemşirelerin hasta teslimlerinde standart bir modelin kullanılmasına yönelik teşvik edilmesi için sağlık hizmetleri tarafından oryantasyon ve hizmetiçi eğitimlerde yer verilmesi,
- SBAR teslim modeliyle randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(2).
2. World Health Organization, Patient Safety. 2018; Erişim Tarihi: 24.11.2021
Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Yazıcı G, Karabulut Ab. Kalite Yönetiminde Hasta Güvenliği İçin Anahtar Noktalar. Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Dergisi. 2018; 1(2): 10-15.
4. WHO, World Health Organization. World Alliance For Patient Safety. 2007. Erişim Tarihi: 24.10.2021. Erişim Adresi: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/pssolution3.pdf>
5. Bressan V, Mio M, Palese A. Nursing Handovers And Patient Safety: Findings From An Umbrella Review. Journal Of Advanced Nursing, 2020; 76(4): 927-938.
6. Anderson J, Malone L, Shanahan K, Manning J. Nursing Bedside Clinical Handover–An Integrated Review Of Issues And Tools. Journal Of Clinical Nursing, 2015; 24(5-6): 662-671.
7. Çevik B, Sultan KAV, Uğurluz, DOĞAN N, Karakurt Ç, Erdoğan B. Hemşirelerin Hasta Teslimine İlişkin Görüşleri. Türk Hemşireler Derneği Dergisi. 2020; 1(1): 39-52.
8. Currie J. Improving the efficiency of patient handover. Emerg Nurse. 2002;10(3):24-27
9. Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, Shaw A. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. British Journal of Nursing, 2005; 14(20): 1090-1093.
10. Tuna R, Dalli B. Hemşirelerin Nöbet Devir Teslim Etkinliği ve İlişkili Değişkenler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; (4): 432-437.
11. JCAHO, The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. National Patient Safety Goals-Critical Access Hospital and Hospital. 2006; Erişim tarihi: 24.10.2021. Erişim adresi:

www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_n_psg_cah.htm.

12. Spooner A J, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, Fraser J F. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *International journal of nursing practice*. 2013; 19(2): 214-220.
13. Toeima E, Morris E. Improving patients' handover. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2013; 23(7): 221-223.
14. Flemming D, Hübner U. 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*. 2013; 82(7): 580-592
15. Demir S, Hotun Şahin N. Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: Kullanılan iletişim teknikleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014; 11(3): 32-37.
16. Tuğrul E, Şahbaz M. Hemşirelerin Hasta Teslimi İle İlgili Uygulamaları ve Görüşleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021; 5(1): 13-25.
17. Riesenbergr LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality*. 2009; 24(3):196-204.
18. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock, S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*. 2018; 8(8): e022202.
19. Cudjoe KG. Add identity to SBAR. *Nursing made Incredibly Easy*. 2016; 14(1): 6-7.
20. Demir S, Şahin NH. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde Hasta Tesliminde SBAR İletişim Tekniğinin Kullanımı ve Hemşire/Ebelerin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2015; 1(2): 99-105.
21. Dimech F, Vuksic O. Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. *Archives of psychiatric nursing*. 2018; 32(5): 729-736.
22. Campbell D, Dontje K. Implementing bedside handoff in the emergency department: A practice improvement project. *Journal of Emergency Nursing*. 2019; 45(2): 149-154.

23. Whittingham KA, Oldroyd LE. Using An SBAR—Keeping It Real! Demonstrating How Improving Safe Care Delivery Has Been Incorporated Into A Top-Up Degree Programme. *Nurse Education Today*. 2014; 34(6): 47-52.
24. Bressan V, Cadorin L, Pellegrinet D, Bulfone G, Stevanin S, Palese A. Bedside shift handover implementation quantitative evidence: Findings from a scoping review. *Journal of nursing management*. 2019; 27(4): 815-832.
25. Sert H, Okçu P, İlhan P. Erişkin Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Yatak Başlı Hasta Teslimlerinin İncelenmesi. Standardize Edilmiş Form Gerekli Mi? Hemşire Görüşleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2019; 23(3):160-167.
26. Elston DM, Stratman E, Johnson-Jahangir H, Watson A, Swiggum S, Hanke CW. Patient safety: Part II. Opportunities for improvement in patient safety. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2009; 61(2): 193-205.
27. Bassuni EM, Bayoumi MM. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. *Global Journal Of Health Science*. 2015;7(2):335.
28. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2014; 1(1): 9-18.
29. Şen S, Er S, Sevil Ü. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. 2009; 2: 24-31.
30. Yıldız D, Fidancı BE, Ünver V, Kılıç HS, Yava A, Tosun N. Views of senior nursing students on patient safety. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2013; 55(4): 269.
31. Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 2007; s.411–422.
32. Simpson KR. Ongoing Column: Perinatal Patient Safety, Better Care. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*. 2012; 37(2): 136.
33. Knox GE, Simpson KR. Perinatal high reliability. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011; 204(5):373-377.
34. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC medical education*. 2018;18(1): 1-8.

35. Gandhi TK., Feeley D, Schummers D. Zero harm in health care. The New England Journal of Medicine Catalyst Innovations in Care Delivery. 2020; 1(2).
- 36.WHO, World Health Organization. Patient Safety.2019; Erişim tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: <https://www.who.int/patientsafety/en/>.
37. Korkmaz AÇ. Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2018; ISSN: 2147-7892, Cilt 6 Sayı 1: 10-19
38. Ilan R, Fowler R. Brief history of patient safety culture and science. Journal of critical care. 2005; 20(1): 2-5.
39. ICN, International Council Of Nurses.2015. Erişim tarihi: 29.04.2023 Erişim adresi: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf
40. Rich VL. Creation of a patient safety culture: a nurse executive leadership imperative: Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008; 2: 2-45.
41. Türk G, Eşer İ. Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. Hastane Yönetimi Dergisi. 2007; 11(1-2): 16-20.
42. Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(3):85-92.
43. Mitchell PH. Defining patient safety and quality care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008
44. Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Genel Tıp Dergisi. 2012; 22(2): 37-42.
45. WHO, World Health Organization. Patient safety. 2018. Erişim tarihi: 1.5.2023 Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>
46. National Steering Committee for Patient Safety.. Implementation resource guide: A national action plan to advance patient safety. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.2020.Erişim tarihi: 1.5.2023. Erişim

adresi: <https://www.ihl.org/Engage/Initiatives/National-Steering-Committee-Patient-Safety/Pages/National-Action-Plan-to-Advance-Patient-Safety.aspx>

47. JCI, Joint Commission International. Joint Commission International accreditation standards for hospitals: Including standards for Academic medical center hospitals. 2021. Erişim tarihi: 1.5.2023. Erişim adresi: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-errata-standards-only_7th-ed-hospital.pdf. Erişim tarihi: 29.04.2023

48. Shahid S. Thomas S. Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care—a narrative review. *Safety in Health*. 2018;4(1): 1-9.

49. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*. 2014; 90(1061): 149-154.

50. Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 2010; 8(1): 1-14.

51. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu, Ankara, Ekim 2018 . Erişim tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: www.kalite.saglik.gov.tr.

52. Şenoğlu A, Taşpınar A, Karaçam Z. Doğum ve doğum sonu dönemde hasta güvenliği ve ebelerin sorumlulukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 11(40), 66-73.

53. Korkutan, M., & Kurt M.E., (2021). Hasta güvenliği kültürünün Türkiye’deki mevcut durumu ve önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2020; 7(1);19-31

54. Hemmelgarn C, Hatlie M, Sheridan S, Daley Ullem B. Who killed patient safety?. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2022; 27(2): 56-58.

55. Koç Z, Eraydın C, Tezcan B. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020; 7(2): 102-109.

56. Yılmaz, A. Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2020; 7(3): 223-230.

57. Westat R, Sorra J, Famolaro T, Dyer MN, Khanna K, Nelson D. Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report. *Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD, USA*.
58. Lee YC, Shieh JI, Huang CH, Wang CY, Wu HH. Analyzing Patient Safety Culture From Viewpoints of Physicians and Nurses-A Case of a Regional Teaching Hospital in Taiwan. *J Healthc Qual*. 2017; 39(5):294-306.
59. NPSF, National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human. Boston:NPSF.2015. Erişim Tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf.
60. Sammer CE, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010; 42(2):156–165.
61. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, Brilll RJ. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *Journal of patient safety*. 2020; 16(2): 130-136.
62. Fan Y, Zheng Q, Liu S, Li Q. Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. *Journal of nursing management*. 2016; 24(5): 646-655.
63. Vifladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup, PG. Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016; 32(1):58-65.
64. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013; 158(5_Part_2): 369-374.
65. Pidgeon N. Safety culture: key theoretical issues. *Work and Stress*. 1998; 12:202 –216.
66. akır AD. Hasta Güvenliği Kültürü.2015. Erişim tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: <http://www.ndthd.org.tr/images/hastaguenligi-kulturu.pdf>
67. Altındış M. Hasta güvenliği ve komplikasyonlar. *Sağlık Dşncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 2014; 32:68-73.

68. Johnson M, Jefferies D, Nicholls D. Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(3-4): 331-343.
69. Matic J, Davidson PM, Salamonson Y. Bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of clinical nursing*. 2011; 20(1-2): 184-189.
70. Alsolamy S, Al-Sabhan A, Alassim N, Sadat M, Qasim EA, Tamim H, Arabi YM. 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*. 2018; 18: 1-5.
71. Bradley S, Mott S. Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23(13-14): 1927-1936.
72. Halm MA. Nursing handoffs: Ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*. 2013; 22(2): 158-162.
73. Klim S, Kelly AM, Kerr D, Wood S, McCann T. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *Journal of clinical nursing*. 2013; 22(15-16): 2233-2243.
74. Joint Commision Report. Sentinel Event Alert 58. Inadequate hand-off communication.2020. Erişim tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety>
75. Liu W, Manias E, Gerdtz M. Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: a critical ethnographic study. *International journal of nursing studies*. 2012; 49(8): 941-952.
76. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*. 2010; 58(3): 148-154.
77. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. *Current opinion in critical care*. 2007; 13(6): 732-736.
78. Johnson M, Sanchez P, Suominen H, Basilakis J, Dawson L, Kelly B, Hanlen L. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International Nursing Review*. 2014; 61(1): 73-81.

79. Riesenber9 LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality*.2019; 34(5): 446-454.
80. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;84(9): 1192-1196.
81. Yeh J, DeName K. Patient handoffs in obstetrics and gynecology: a vital link in patient safety. *Clinical medicine. Women's health*. 2009; 2: 17-27. CMWH-S3140.
82. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;(6).
83. Randell R, Wilson S, Woodward P. The importance of the verbal shift handover report: a multi-site case study. *International journal of medical informatics*. 2011; 80(11): 803-812.
84. Taşkıran N, Sarı D. Hasta güvenliği açısından önemli bir sorun: Hasta teslimi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017; 14(1): 93-97.
85. Sivaci, M. *Hemşirelerin hasta teslim süreci hakkındaki görüşleri ve deneyimleri*, Koç üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İSTANBUL; 2017
86. Lockwood C. What is the best nursing handover style to ensure continuity of information for hospital patients? *International journal of nursing studies*. 2016; 100(58): 97-99.
87. Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. Patient participation in nursing bedside handover: a systematic mixed-methods review. *International journal of nursing studies*. 2018; 77:243-258.
88. Hansten R. Streamline change-of-shift report. *Nursing management*. 2003; 34(8): 58-59.
89. Stahl K, Palileo A, Schulman CI, Wilson K, Augenstein J, Kiffin C, McKenney M. Enhancing patient safety in the trauma/surgical intensive care unit. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2009; 67(3): 430-435.
90. Foster S, Manser T. The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: a systematic review and areas for future research. *Academic Medicine*. 2012; 87(8): 1105-1124.

91. Tucker A, Fox P. Evaluating nursing handover: the REED model. *Nursing Standard*. 2014; 28(20).
92. McFetridge B, Gillespie M, Goode D, Melby V. An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in critical care*. 2007; 12(6): 261-269.
93. Bakon S, Wirihana L, Christensen M, Craft J. Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *International Journal of Nursing Practice*. 2017; 23(2): e12520.
94. WHO, World Health Organisation. Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition. 2011. Erişim tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: file:///C:/Users/KKK/Downloads/9789241501958_eng.pdf.
95. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *BMJ Quality & Safety*. 2009; 18(2): 137-140.
96. Smeulders M, Telling IC, Lucas C, et al. Effectiveness of Different Nursing Handover Styles For Ensuring Continuity of Information In Hospitalised Patients (Protocol). *The Cochrane Library*. 2012; 7:1-12.
97. Mascioli S, Laskowski-Jones L, Urban S, Moran, S. Improving handoff communication. *Nursing*. 2009; 39(2): 52-55.
98. Sharp L, Dahlén C, Bergenmar M. Observations of nursing staff compliance to a checklist for person-centred handovers-a quality improvement project. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019; 33(4): 892-901.
99. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*. 2011; 18(1), 19-26.
100. Catalano K. Hand-off communication does affect patient safety. *Plastic and Aesthetic Nursing*. 2009; 29(4): 266-270.
101. Friesen MA, White SV, Byers JF. Handoffs: implications for nurses. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. 2008; 34.
102. Tuckley V, Davies J, Poles D, Robbie C, Narayan S. Safe handovers: Safe patients-why good quality structured handovers in the transfusion laboratory are important. *Transfusion Medicine*. 2022; 32(2): 135-140

103. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021. Erişimi tarihi: 10.4.2023 Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52461/guncel-standartlar-excel-versiyon.html#>
104. Abraham J, Kannampallil T, Brenner C, Lopez KD, Almoosa KF, Patel B, Patel V. L. Characterizing the Structure and Content of Nurse Handoffs: A Sequential Conversational Analysis Approach. *Journal of Biomedical Informatics*. 2016;59: s:76-88.
105. Tuğrul E, Khorshid L. Hemşirelerin Önemli İşlevlerinden Biri: Hasta Teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 31(1), 95-107.
106. Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Crommelin PF. iSoBAR—a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Med J Aust*. 2009; 190(11): S152-6.
107. Agarwal HS, Saville BR, Slayton JM, Donahue BS, Daves S, Christian KG, Harris ZL. Standardized Postoperative Handover Process Improves Outcomes in the Intensive Care Unit: A Model for Operational Sustainability and Improved Team Performance. *Critical Care Medicine*. 2012; 40(7): s:2109-2115.
108. Cengiz G. Hasta Güvenliği İletişim Aracına Uygun Nöbet Teslim Sürecinin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2019
109. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC medical education*. 2020; 20(2): 1-8.
110. Craven R, Hirnle C, Jensen S. Hemşirelik Esasları: İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları. 7. baskı. N. Uysal, E. Çakırcalı, Çev. Ankara: Palme Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013; 254-256)
111. Institute for Healthcare Improvement. SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. 2017. Erişim tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>
112. Hadi M, Ariyanti T, Anwar S. The application of the situation, background, assessment, recommendation (SBAR) method in nurse handover between shifts in the hospital. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic*. 2020; 6(1): 72-79
113. Mijares M. *Improving Patient Hand-off Communication by Utilizing the Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) Tool between the*

Perioperative Services Departments. Master's Projects and Capstones, The University of San Francisco; San Francisco, 1258, 2021

114. Dalky HF, Al-Jaradeen RS, AbuAlRrub RF. Evaluation of the situation, background, assessment, and recommendation handover tool in improving communication and satisfaction among Jordanian nurses working in intensive care units. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2020; 39(6); 339-347.

115. Alcan Z, Tekin DE, Özbucak Civil S. Hasta Güvenliği: Beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü. 1. Basım. İstanbul Nobel Matbaacılık; 2012: 169-187.

116. Scolari E, Soncini L, Ramelet AS, Schneider AG. Quality of the Situation-Background-Assessment-Recommendation tool during nurse-physician calls in the ICU: An observational study. *Nursing in critical care*. 2022; 27(6): 796-803.

117. Narayan MC, Using SBAR communications in efforts to prevent patient rehospitalizations. *Home Healthcare Now*. 2013; 31(9): 504-515.

118. Nagammal S., Nashwan AJ, Nair SL, Susmitha A. Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2016; 7(4); 103-110.

119. James D, Jukkala A, Azuero A, Autrey P, Vining L, Miltner, R. Development of the medical intensive care unit shift report communication scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Reviews*. 2013; 3: 59-65.

120. Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality*. 2009; 31(5): 19-28.

121. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership guide to patient safety. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Institute for Healthcare Improvement; 2006. Erişim tarihi: 29.4.2023. Erişim adresi: www.ihl.org

122. SBAR Communication Tool https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/pact_sbar_communication_tool.pdf Erişim Tarihi: 28.10.2021

123. Deveci H. Hemşire- Hemşire Ve Hekim- Hemşire İş Birliğinin İş Doyumu Ve Hasta Bakım Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, ANKARA; 2020.

124. O'Connell B, Ockerby C, Hawkins M. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23(3-4), 560-570. PMID: 23551695

125. Tuna R, Dalli B. The Turkish version of the Handover Evaluation Scale: A validity and reliability study. *International journal of nursing practice*. 2019; 25(6): e12787.
126. Taşkıran N, Erdem H, Sarı D. Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Versiyonun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2020; DOI: 10.5336/nurses.2020-81001
127. Ural A. Kılıç İ. Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi: SPSS 10.0-12.0 for Windows. Ankara: Detay Yayıncılık; 2006
128. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2005
129. Joint commision report. Sentinel Event Alert 58:Inadequate hand-off communication.2020.Erişim tarihi: 29.04.2023. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety>.
130. Pfaff MA, Interprofessional simulations: Student attitudes and effects on SBAR performance. Gardner-Webb University; 2014.
131. Achrekar MS, Murthy V, Kanan S, Shetty R, Nair M, Khattry N. Introduction of situation, background, assessment, recommendation into nursing practice: a prospective study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2016; 3(1), 45-50.
132. Chaharsough, NT, Ahrari S, Alikhah S. Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role play and lecturing on communication skill of nurses. *Journal of caring sciences*. 2014; 3(2): 141-147.
133. Martin, HA, Ciurzynski SM. Situation, background, assessment, and recommendation-guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2015; 41(6): 484-488.
134. Chetwood JD, Garg P, Burton K. High-Fidelity Realistic Acute Medical Simulation and SBAR Training at a Tertiary Hospital in Blantyre, Malawi. *Simulation in Healthcare*. 2018; 13(2): 139-145.
135. Li X, Zhao J, Fu S. SBAR standard and mind map combined communication mode used in emergency department to reduce the value of handover defects and adverse events. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022.
136. Kim MY, Kim KS. The effect of SBAR communication on nurse's perception about communication and attitudes toward patient safety. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2018; 24(1): 23-33.

137. Abdellatif R, Bagian JP, Barajas ER, Cohen M, Cousins D, Denham CR, Youngson R. Communication during patient hand-overs: Patient safety solutions. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. (2007). 33(7), 439-442
138. Özdemir Özleyen Ç. Sbar İletişim Tekniği'ne Göre Yapılandırılmış Hemşire Devir-Teslim Kullanımı İle İlgili Hemşirelerin Görüşleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2022
139. Randmaa M, Mårtensson G, Swenne CL, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ open*. 2014; 4(1), e004268.
140. Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017; 56(2): 171-174.
141. Panesar RS, Albert B, Messina C, Parker M. The effect of an electronic SBAR communication tool on documentation of acute events in the pediatric intensive care unit. *American Journal of Medical Quality*. 2016; 31(1): 64-68.
142. Gu X, Andersen HB, Madsen MD, Itoh K, Siemsen MI, Nurses' Views of Patient Handoffs in Japanese Hospitals. *Journal of Nursing Care Quality*. 2012; 27(4): 4. s:372–380.
143. James D, Jukkala A, Azuero A, Autrey P, Vining L, Miltner, R. Development of the medical intensive care unit shift report communication scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Reviews*. 2013;3: 59.
144. Vatan M. Cerrahi Hemşirelerinde Eğitim Öncesi Ve Sonrası Sbar İletişim Modeli Farkındalığının Değerlendirilmesi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, Tekirdağ; 2019.
145. Renz SM, Boltz MP, Wagner LM, Capezuti EA, Lawrence T E. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing*. 2013; 34(4):295-301.
146. Wang W, Liang Z, Blazeck A, Greene B. 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. 2015; 35: s:881–887.

147. Blom L, Petersson P, Hagell P, Westergren A. The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. International Journal of Caring Sciences. 2015; 8(3): 530-535



EKLER

EK-I

KATILIMCI TANITIM FORMU

Katılımcı Adı ya da Rumuzu :

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz?
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
3. Mezun olduğunuz okul?
 - 1) Lise / Ön lisans
 - 2) Lisans
 - 3) Lisans üstü
4. Hemşire olarak toplam çalışma yılınız:
5. Bu yoğun bakım ünitesinde çalışma süreniz (yıl olarak):..... yıl
6. Bir çalışma vardiyanızda bakmakla yükümlü olduğunuz hasta sayısı
.....
7. Bir hastanın ortalama teslim süresi (dk olarak)..... dk
8. Hasta teslimi konusunda eğitim aldınız mı? (sadece uygulama öncesi)
 - 1) Eğitim almadım
 - 2) Eğitim almadım
9. SBAR teslim modelini daha önce hiç duydunuz mu? (sadece uygulama öncesi)
 - 1) Evet, duydum.
 - 2) Hayır, ilk defa duyuyorum
10. Hasta güvenliği açısından hasta tesliminin önemini nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - 1) Hiç önemli değil
 - 2) Önemli değil
 - 3) Önemli
 - 4) Çok önemli

11. Çalıştığınız yoğun bakım ünitesinde nöbet devir teslimlerinde hastaya ait size aktarılan bilgilerin hasta güvenliğine etkisini nasıl değerlendirirsiniz?
Aşağıdaki skala üzerinde görüşünüzü karşılayan numarayı daire içine alınız.
(Yüksek puan nöbet tesliminde aktarılan bilgilerin hasta güvenliğini oldukça olumlu yönde etkilediği anlamına gelmektedir)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Olumsuz yönde etkiliyor Orta derecede olumlu etkiliyor Oldukça olumlu etkiliyor

12. Hastaya verdiğiniz bakım kalitesi açısından hasta tesliminin önemini nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) Hiç önemli değil 2) Önemli değil 3) Önemli 4) Çok önemli

13. Sizin görüşünüze göre ünitenizde nöbet devir teslimlerinde hastaya ait size aktarılan bilgiler hasta/hemşirelik bakım kalitesini nasıl etkiler? Aşağıdaki skala üzerinde görüşünüzü karşılayan numarayı daire içine alınız. (Yüksek puan nöbet tesliminde aktarılan bilgilerin hastaya verdiğiniz bakım kalitesini oldukça yüksek derecede iyileştirdiği anlamına gelmektedir)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Düşük oranda iyileştirir

Orta derecede iyileştirir

Yüksek

derecede iyileştirir

14. SBAR teslim formuyla hasta teslimini geçmişte kullandığımız yönteme tercih ederim

15. SBAR teslim formunun kullanırken karşılaştığınız güçlükler nelerdir, açıklayınız?

16. SBAR teslim formunu size kattıkları nelerdir, açıklayınız?

a. 1) Evet, tercih ederim

2) Hayır, tercih etmem

Cevabınız

“Hayır”

ise

nedenini

açıklar

mısınız

.....

EK-II**HASTA TESLİMİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1- Aldığım bilgiler günceldir							
2. Hastalar hakkında yeterli bilgi aldım							
3. Bana verilen bilgileri açıklayabilirim							
4. Bana bilgi verilme yolunu takip etmek kolaydır							
5. Önemli bilgilerin bana her zaman verilmediğini hissediyorum							
6. Aklımı bana verilen bilgilere odaklı tutabilirim							
7. Zor bir vardiyam olduğu zaman diğer meslektaşlarımla görüşme fırsatı buluyorum							

8. İş yükü konularını tartışma fırsatım var							
9. Yaşadığım zorlu klinik durumlarını tartışma fırsatım var							
10. Hemşirelik bakımlarının farklı yönleri hakkında eğitim aldım							
11. Anlamadığım şeyler hakkında soru sorma fırsatım var							
12. Hasta tesliminin çok zaman alıcı buluyorum							
13. Hasta teslimi sırasında hasta bakımı ile ilgili olmayan bilgiler sıklıkla verilir							
14. Hasta bilgileri zamanında verilir							

EK-III**SBAR TESLİM FORMU**

S	Hastanın ;	Situation (Durum) Hastayla ilgili mevcut durum nedir? (Hastanın yaşı, tanısı, hastanın şikayeti/ yatış nedeni, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, alerji olup/olmadığının sorgulanması, hastanın durumunun stabil olup olmadığı?)
	Adı-soyadı:	
	Yaşı:	
	Tanısı:	
	Alerjisi:	
	Kullanılmayacak taraf:	
B	Geçmiş öyküsü/ /hastaneye yatış nedeni:	Background (Tıbbi Öykü) Klinik geçmiş veya geliş nedeni ne? (hastanın hastaneye yatış nedeni, hastanın tıbbi öyküsü, hasta hangi şikayetle nereye başvurdu?)
	Mevcut durumu: Kronik Hastalıkları Sürekli Kullandığı İlaçlar	
	Riskleri: Kendi kendine zarar verme riski, suicid, şiddet, düşme vb. Fizisel/Kimyasal Tespit	
A	Yaşamsal bulguları:	Assesment (Değerlendirme) Ben problemin ne olduğunu düşünüyorum? (hastanın tedavisi ve hastanın tedaviye verdiği cevabın değerlendirmesi, risk açısından hastanın değerlendirilmesi, sağlık profesyoneli hasta ve durumunun genel analizini yaptıktan sonra belirlediği
	Aldığı tedavi-ilaçlar, İnfüzyonlar (doz, miktarı):	
	Ağrı değerlendirme	

A	Fonksiyonel değerlendirme: 1- Solunum değerlendirmesi: (entübe/HFNC/ oksijen maskesi/ oda havasında mı?, yardımcı solunum kaslarını kullanıyor mu?).	problemleri ortaya koyması ve hastanın fonksiyonel değerlendirilmesinin yapılması)
	2- Dolaşımı değerlendirme a)Periferik geri dolum b)nabız c)ekstremitelerin görünümü	
	3-Nörolojik değerlendirme a) pupil b)oryantasyon c) konvülsyon	
	4- GIS a)beslenme(T/E ya da TPN?) b) son defekasyon tarihi c) diyet bilgisi	
	5- Üriner sistem a)idrar (aldığı çıkardığı) b) foley kateterin varlığı ve takılma tarihi:	
R	6- Kas- iskelet sistemi a) pozisyon verilme durumu	Ben problemin ne olduğunu düşünüyorum? (hastanın tedavisi ve hastanın tedaviye verdiği cevabın değerlendirmesi, risk açısından hastanın değerlendirilmesi, sağlık profesyoneli hasta ve durumunun genel analizini yaptıktan sonra belirlediği problemleri ortaya koyması ve hastanın fonksiyonel değerlendirilmesinin yapılması)

Assesment
(Değerlendirme)

7- Kullanılan kataterler ve bakımları: a)IV yollar -periferal takılma tarihleri; -santral takılma tarihi ve en son bakım tarihi; 8- Risk değerlendirme -Basınç yarası riski Basınç yarası var ise; a) kullanılan pomadlar ve yöntem b) yara bakım hemşiresinin önerisi c) pansuman durumu -Düşme riski 9- Laboratuvar bulguları (kan gazı, sodyum, kalsiyum, potasyum, lökosit, CRP, hemoglobin vb.) 10- Hemşirelik Tanıları:	Assesment (Değerlendirme) Ben problemin ne olduğunu düşünüyorum? (hastanın tedavisi ve hastanın tedaviye verdiği cevabın değerlendirmesi, risk açısından hastanın değerlendirilmesi, sağlık profesyoneli hasta ve durumunun genel analizini yaptıktan sonra belirlediği problemleri ortaya koyması ve hastanın fonksiyonel değerlendirilmesinin yapılması)
---	--

	Hasta veya hasta yakınıyla ilgili gözlemler ve öneriler	Recommendation (Öneri Ben ne önerirdim?) (Hastayı teslim eden sağlık personelinin hasta hakkında önerilerini belirttiği bölümdür)
--	--	---

**EK-IV : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurul İzni**









**EK V : Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Araştırma İzni**



EK- VI
HASTA TESLİMİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



ÖZGEÇMİŞ

