



KOÇ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN HASTA TESLİM SÜRECİ
HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE
DENEYİMLERİ**

MERVE SIVACI

**HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İSTANBUL 2017





KOÇ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN HASTA TESLİM SÜRECİ
HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE
DENEYİMLERİ**

**HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

MERVE SIVACI

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Prof. Dr. AYSEL BADIR

İSTANBUL 2017

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda da Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Yard. Doç. Dr Arzu Kader HARMANCI

Üye (Danışman) Prof. Dr Aysel BADIR

Üye Yard. Doç. Dr Nilgün GÖKTEPE

ONAY

Bu tez çalışması, 21.04.2017 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İhsan SOLAROĞLU
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Merve SIVACI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalıőmayı yöneten, bana rehberlik eden, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan, bilgi ve tecrübesiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli danışman hocam, Prof. Dr. Aysel BADIR'a çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans ve lisans hayatım boyunca bana her konuda destek olan ve tezimde büyük katkısı olan hocalarım, Doç. Dr. Emine TÜRKMEN ve Yrd. Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE'ye teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca bana her konuda destek olan aileme ve erkek arkadaşım Sercan'a teşekkür ederim.

Son olarak çalıőmama katılmayı kabul eden ve zamanlarını ayıran tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Veri Analizi.....	17
Tablo 2. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	18
Tablo 3. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı	19
Tablo 4. Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	20
Tablo 5. Hemşirelerin Cinsiyet ve Eğitim Düzeylerine Göre Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması	21
Tablo 6. Hemşirelerin Deneyim Sürelerine Göre Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	23
Tablo 7. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması	24
Tablo 8. Hasta Teslimi Yapılan Yerlerin Dağılımı	26
Tablo 9. Birimlere Göre Hasta Teslim Süresi Dağılımı.....	26
Tablo 10. Hemşirelerin Birim İçi Hasta Tesliminde Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Görüşleri.....	27
Tablo 11. Hemşirelerin Birimler Arası Hasta Tesliminde Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Görüşleri.....	27
Tablo 12. Hemşirelerin Birim İçi ve Birimler Arası Hasta Teslimi Sırasında SBAR Formu Kullanırken Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımı.....	28
Tablo 13. Hemşirelerin SBAR Hasta Teslim Formunun Yararlarına Yönelik Görüşleri.....	29
Tablo 14. Hemşirelerin Hasta Teslim Sürecine Yönelik Önerilerinin Dağılımı.....	30

KISALTMALAR DİZİNİ

ACSQHC	:Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care)
AMA	: Avustralya Hekimler Birliği (Australian Medical Association)
IOM	: Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
JCAHO	:Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations)
JCI	: Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International)
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
Dk	: Dakika

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2 Amaç	5
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Hasta Teslim Süreci	5
2.2 Hasta Tesliminde Kullanılan İletişim Teknikleri.....	7
2.2.1 SBAR İletişim Tekniği.....	8
2.2.2 I Pass the Baton İletişim Tekniği	9
2.2.3 5P's İletişim Tekniği	10
2.2.4 Handoffs İletişim Tekniği	11
2.3. Hasta Teslimi Tekniklerinin Hemşirelik Hizmetlerinde Kullanımının Yaygınlaştırılmasında Stratejiler.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1 Araştırmanın Tipi	13
3.2 Araştırmanın Değişkenleri	13
3.3 Araştırma Soruları	13
3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	14
3.5 Evren ve Örneklem.....	14
3.6 Veri Toplama Formu.....	14
3.7 Ön Uygulama	15
3.8 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	15
3.9 Araştırmanın Etik Yönü	15
3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları	16
3.11 Verilerin Değerlendirilmesi.....	16

4. BULGULAR	18
4.1 Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	18
4.2 Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Hasta Teslim Sürecine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması	21
4.3 Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ile İlgili Deneyimleri	26
5.TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
7. KAYNAKÇA	42
8. EKLER.....	50



ÖZET

Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci Hakkındaki Görüşleri ve Deneyimleri

Çalışmanın amacı, SBAR yöntemi ile hasta teslimi yapılan bir hastanede çalışan hemşirelerin hasta teslim süreci ve yöntemi ile ilgili görüş ve deneyimlerini ortaya koymaktır.

Özel bir hastanede Temmuz-Kasım 2016 tarihlerinde yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın yapıldığı kurumda oryantasyon eğitimini tamamlamış SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) yöntemi ile hasta teslimi yapan hemşirelerin %69.2'si (n=200) çalışmaya katılmıştır. Çalışmada araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan ve iki bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Ankette yer alan hasta teslim süreci Likert tipi 14 soru için kapsam geçerlik indeksi 0.98, Cronbach alfa katsayısı 0.75 bulunmuştur. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, bağımsız grup t testi ve ANOVA kullanılmıştır.

Hemşirelerin çoğu, hasta teslimi ve SBAR yönteminin kullanımına yönelik süreci bildiklerini, bu konuda eğitim aldıklarını, hasta güvenliğini önde tuttuklarını, ancak teslim işlemini sadece rapor odalarında yaptıklarını bildirmiştir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı teslim sırasında bölünme olmadan teslim yaptıklarını, hasta teslimi ile ilgili hangi bilgilerin aktarılacağı konusunda farklı görüşlerin bulunduğunu, üçte ikisi yeterli ve doğru bilgiyi aldıklarını ifade etmiştir. Ancak hemşirelerin üçte biri teslim sırasında bölünmeler olduğunu ve yarısı da birim içi-dışı nöbet teslimlerinde bazen yeterli bilgiyi almadıklarını belirtmiştir. Hemşireler, SBAR formunun hasta ile ilgili bilgileri hatırlatmada ve hasta bakımının devamlılığını sağlamada yararlı olduğunu ve hastanın güvenli bir şekilde teslim edilmesini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir.

Hasta tesliminde SBAR yönteminin uygulanmasına yönelik süreçlerin iyileştirilmesine ve hemşirelerin farkındalıklarının artırılmasına ihtiyaç vardır. İlave olarak SBAR yönteminin uygulamasına ve hasta ile ilgili sonuçlarının ortaya konulmasına yönelik gözleme dayalı araştırmalar yapılması önerilir.

Anahtar kelimeler: Hasta teslimi, hasta güvenliği, SBAR, profesyonel iletişim teknikleri.

ABSTRACT

The Opinions and Experiences of Nurses regarding the Patient Handoff Process

The aim of the present study is to reveal the opinions and experiences of nurses regarding the shift reporting process in a hospital where the SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) handoff method is routinely undertaken.

This descriptive study was performed in a private hospital between July and November 2016. Nurses who completed the prerequisite education program to use the SBAR method were considered eligible for the study. A total of 200 nurses (69.2% of whole nursing staff) were included in the study. A data collection survey consisting of two parts was used in the study. The context validity of the survey was approved by 10 different specialists and context validity index was found to be .98. The form was prepared by the investigator based on her personal observations and literature knowledge. Cronbach's alpha of the 14 items on the Likert-scale questions regarding the shift report process was found to be 74.9%. Statistical analyses included descriptives, independent samples t test, and ANOVA.

Most of the nurses reported that they were trained about the use of patient handoff and SBAR method processes. For them, patient safety is a primary objective. They also reported that the handoff process was only done in report rooms. Approximately half of the nurses stated that they do the handoff without interruption. They had different views on what information about patient handoff and two-thirds said that they received adequate and correct information; on the other hand, one third of the nurses stated that they had interruptions and half of them stated that they did not receive adequate information during unit and shift handoffs. A large majority of the nurses stated that the SBAR form is useful for being reminded about patient information, maintaining the continuity of patient care, and facilitating the safe handoff of patients.

There is a need to improve the processes for the implementation of the SBAR method in patient handoff and to raise the awareness of nurses. In addition, it is recommended to conduct observational studies to demonstrate the application of the SBAR method and its patient-related outcomes.

Keywords: Patient handoff, patient safety, SBAR, professional communication techniques

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta teslimi; iletişim eksikliklerinin ve hatalarının meydana geldiği kritik bir süreçtir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine=IOM), 1999 yılında yayınladığı raporda sağlık sisteminde iletişim hatalarının etkilerini vurgulamıştır.¹ Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International=JCI), tıbbi hataların nedenleri arasında en önemli sorunun iletişim yetersizlikleri ve iletişim hataları olduğunu bildirmiştir.² Sentinel olayların %80'inin kök nedeninin iletişim problemleri olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations=JCAHO), bu sentinel olayların ve tıbbi hataların %35'inin hasta teslimi sürecinde meydana geldiğini bildirmiştir.³ Hastalar, bu iletişim hatalarından dolayı ciddi problemlerle karşılaşabilmektedir. İletişim hataları yanlış ya da ertelenmiş teşhis ve tedavilere, uzun süreli hastalıklara, hastanede uzun süre yatışlara, sağlık personeli ve hastaların memnuniyetsizliklerine ve tedavi maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır.^{4,5}

İletişimle ilgili hatalar yapılandırılmamış iletişim teknikleri, çoklu iletişim tekniğinin kullanımı,⁶ kısıtlı zaman,^{7,8} bölünmeler, dikkat dağınıklığı^{9,10} ve eğitim eksikliğinden^{11,12} dolayı meydana gelmektedir. Zayıf iletişim becerileri, yoğun servisler, zamanın etkin kullanılmaması, bölünmeler ve yorgunluk güvenli hasta tesliminin engellerindendir.¹²

Amerika'da bir hastanede 12 acil hekim uzmanının katıldığı bireysel görüşmeye dayalı bir araştırmada, zayıf iletişim becerilerinin hasta çıktılarına yansımaması için iyi tasarlanmış hasta teslim süreçlerine ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır.¹³ Patterson ve arkadaşları, güvenli bir hasta tesliminin etkinliği ve verimliliğini artırmak için 21 strateji önermişlerdir. Bu stratejilerin içinde hasta ile ilgili bilgilerin doğru bir şekilde aktarılması, teslim sırasındaki bölünmelerin engellenmesi ve geri okuma yönteminin kullanılması bulunmaktadır.¹¹ Bir çalışmada profesyonel iletişim araçlarının kullanımının bilgi alışverişinin kalitesini

artırdığı, ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı ve iyileşme sürecinin daha kısa olmasını sağladığı bildirilmektedir.¹⁴

Hasta teslimi sırasında; teslimin eksiksiz, doğru ve anlaşılır bir şekilde aktarılması sağlık profesyonelleri arasındaki kusursuz, açık ve sistemli bir iletişimle mümkündür.¹⁵ Zayıf iletişim becerilerinin önlenmesi ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin güçlendirilmesi için hasta teslim formlarına ihtiyaç duyulmaktadır.¹² Belçika’da bir üniversite hastanesinin yoğun bakım servisinde yapılan bir araştırmada, SBAR iletişim tekniğinin eğitimi verildikten sonra hemşirelerle doktorlar arasında etkili iletişim, işbirliğinin arttığı ve beklenmeyen ölümlerin azaldığı görülmüştür.¹⁶

Ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalara yönelik literatür taraması yapılmış; daha çok tıbbi hata sıklıkları ve nedenlerine yönelik sağlık çalışanlarının görüşlerini ortaya koyan çalışmalar olduğu görülmüştür.^{17,18,19,20} Sakarya’da il kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada, çalışanlar arasında iletişimin geliştirilmesinin tıbbi hataların önlenmesi için atılması gereken adımlardan biri olduğu bulunmuştur.¹⁷ Gökdoğan ve Yorgun tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin %80.8’inin hastanedeki tıbbi hataların iletişimden kaynaklandığını, buna karşılık %65.4’ünün sistem kaynaklı ve %67.3’ünün insan kaynaklı tıbbi hatalar olduğunu düşündükleri bildirilmiştir.¹⁸ Konya’da yapılan bir araştırmada tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde bu hatalardan birinin iletişim hataları olduğu görülmüştür.¹⁹

Hasta teslimine yönelik SBAR iletişim tekniğini kullanan hastaneler olduğu bilinmekle birlikte, kendi deneyimlerini paylaşan hastane örneklerine rastlanmamıştır. Ancak, hasta teslimine yönelik uygulamaların güvenli hale getirilmesi ülkemiz için de önemli bir konu olup Sağlık Bakanlığı tarafından en son 2015 yılında güncellenen “Hastane Kalite Standartları” içinde de “hasta tesliminin doğru ve eksiksiz yapılmasına yönelik kriterler” bulunmaktadır.²¹

1.2 Amaç

Bu çalışmanın amacı; SBAR yöntemi ile hasta teslimi yapılan bir hastanede çalışan hemşirelerin hasta teslim süreci ve yöntemi ile ilgili görüşleri ve deneyimlerini ortaya koymaktır. Bu çalışmayla, hasta teslim süreçlerinde önemli rol ve sorumlulukları olan hemşirelerin görüşlerini vurgulamak ve güvenli bir hasta tesliminin ana hatlarını belirlemek hedeflenmiştir. Elde edilen sonuçlar, klinikteki hasta güvenliği uygulamalarının yaygınlaştırılmasına dikkat çekecek ve kaliteli bir sağlık bakımının sunulmasına katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Hasta Teslim Süreci

Hasta teslimi; hasta ile ilgili bilginin, sorumluluğun ve yetkinin, bir sağlık profesyoneline diğer sağlık profesyoneline, bir servisten diğer servise, bir kuruluştan diğer kuruluşa devredilme sürecidir. Hasta tesliminin birinci işlevi hasta bakımının devamlılığını güvenli olarak sağlamak, ikinci işlevi ise eğitim, bilgi alışverişi, sosyal etkileşim ve iletişim ağı oluşturmaktır.^{22,23} Uusal Tıp Enstitüsünün 2001 yılındaki raporuna göre hasta güvenliği kapsamında hasta ile ilgili bilgilerin unutulmaması, kaybolmaması, ulaşılabilir olması ve istenmeyen olayların azaltılması önemlidir.⁶ Etkin bir hasta teslim sürecinin ana faktörleri her zaman hasta teslimini aynı standartlara göre yerine getirme, sözel yüz yüze iletişim kurma, çift taraflı bilgi değişimi, iletişimi engelleyen bölünmelere neden olan faktörleri sınırlandırmadır.^{24,25}

Hasta teslimi sırasında hasta güvenliğinin sağlanması için teslim katılan sağlık profesyonelleri önemli rol üstlenmektedirler. Hastaya ait bilgilerin devri sırasında servis sorumlusu hemşiresi, hastaya bakım veren hemşire ile nöbeti devralan primer hemşire teslim sırasında bulunmalıdır (ACSQHC= Australian Commission on Safety and Quality in HealthCare, 2012)²⁶. Bir sağlık profesyoneli bakım verdiği hastayı diğer bir sağlık profesyoneline devrederken, bakım verdiği hastanın sosyo-ekonomik özelliklerini (adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti v.b.), tıbbi tanısını, tıbbi ve sosyal özgeçmişini, kritik laboratuvar ve radyoloji testlerinin sonuçlarını, aciliyet seviyesini, ilaç istemini, tedavi uygulaması ile ilgili ayrıntıları,

diyetini, yaşamsal bulgularını, kateter ve drenlerini, infüze edilen sıvılarını, bakım planında yer verilmesi gereken konuları ve gereksinimlerini, izolasyon durumunu içeren bilgileri açık, anlaşılır sistematik bir şekilde aktarmalıdır.¹² Hasta tesliminin süresi, hasta sayısı ve hastanın durumuna göre değişmekte ve standardize profesyonel iletişim tekniklerinin uygulanmasıyla birlikte teslimin 15-30 dakika sürdüğü bildirilmektedir.²⁷

Hasta teslim sürecinde hasta tesliminin yeri ve şekli de hemşirelik bakım kalitesini etkilemektedir. Hasta teslimleri rapor odalarında yapılması teslimin güvenli bir şekilde gerçekleştirilerek bilgi karmaşasını önler.²⁸ Hasta tesliminin rapor odalarında teslim formlarıyla yapılması hemşirelik bakımının dökümanite edilmesini sağlayarak, sözel teslimi desteklemektedir.²⁹ Uygun kliniklerde uygun zamanlarda hasta ve ailesinin hasta teslim sürecine katılması, hasta merkezli ve koordineli bir sağlık bakımı oluşturmaktadır. Hasta tesliminin yatak başında yapılması hasta merkezli bir teslim sunarak hastanın ve yakınlarının tedavi ve bakım sürecine dahil olmasını sağlar.^{30,31}

Profesyonel iletişim teknikleri olarak hasta teslimi, hemşire ve doktorların, hastanın bakım tedavi ve sorumluluklarını devrettiği kişiler ve bu kişilerin hastayı devralma süreçlerinde, kısa bir süre için çalışanın görev yerinden ayrıldığı durumlarda, ameliyathaneden, anestezi sonrası bakım ünitesine veya diğer yataklı birimlere transferinde, bir bakım servisinden başka bir servise geçişlerde (acil servisten yoğun bakıma geçişlerde), konsültasyon sürecinde, kritik laboratuvar ve radyoloji sonuçlarının iletildiği durumlarda, diğer transfer durumlarında (ambulansla başka bir kuruma geçiş dönemlerinde) ve taburculuk sürecinde kullanılmaktadır. Hasta teslim sürecinde hastayla ilgili bilgilerin tam ve doğru anlatılması, giderek karmaşık hale gelen sağlık bakım hizmeti sırasında hasta güvenliği açısından önemli bir yer tutmaktadır.^{16,32}

2.2 Hasta Tesliminde Kullanılan İletişim Teknikleri

Hasta teslimi sırasında hastayla ilgili kaliteli bilgi alışverişi sağlanabilmesi için hasta teslimi ile ilgili profesyonel iletişim tekniklerinin kullanılmasını JCI, IOM, JCAHO ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) güçlü bir şekilde önermektedir. Uluslararası Birleşik Komisyon'un hasta teslimini daha güvenilir hale getirmek ve iletişim tekniklerini geliştirmek için yaptığı çalışmalar yeniden düzenlenmiş ve standartlaştırılmış hasta teslim stratejilerinin gelişmesini sağlamıştır. Bu çalışmalar standardize edilmiş şablonlar, kontrol formları, elektronik formlar ve hasta teslim formlarının gelişmesine neden olmuştur.^{24,25,33}

Hasta teslim araçlarını kullanmanın iletişimde etkili olduğu ve hasta teslim sürecindeki içeriğin standartlaştırıldığı algısını artırdığı belirtilmektedir.³⁴ Hasta teslim araçları iş akışı verimliliğini artırmakta ve iletişimin standartlaşmasını sağlamaktadır.³⁵ Hasta teslimi sırasında bilginin kalitesinin memnun edici olmasına rağmen bilgi aktarımının takibinin kolay olmadığı belirtilmiştir.²⁸ Hastayla ilgili gerekli bilgi aktarılmadığında, uygun zamanda ve doğru iletişim teknikleri kullanılmaması, strese ve memnuniyetsizliğe neden olmaktadır.³⁶

Hasta tesliminin standarda yaklaşabilmesi için Riesenbergl'in sistematik derlemesinde 2006-2008 yılları arasında 24 tane profesyonel iletişim tekniği analiz edilmiştir. Bunlar arasında literatürde hasta tesliminde en sık SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) %69.9 oranında kullanıldığı tespit edilmiştir.³⁷ Hasta teslimi sırasında SBAR dışında sık kullanılan iletişim teknikleri; I Pass the BATON [(Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety Concerns, Background, Actions, Timing, Ownership, Next)-(Tanıtma, Hasta, Değerlendirme, Durum, Güvenlik Kaygıları, Öykü, Zamanlama, Sorumluluk, Sonraki)], HANDOFFS [(Hello, Assessment, Necessary, Patient Information, Danger of Risks, Occurrence, Framework, Future Recommendations, Seek Questions)-(Merhaba, Değerlendirme, Gerekli Hasta Bilgileri, Tehlike veya Riskler, Vaka, Hasta Öyküsü, Geleceğe Yönelik Tavsiyeler, Sorular Sorun)], 5P's [(Patient, Plan, Purpose, Problems, Precautions)-(Hasta, Planlama, Amaç, Sorunlar, Önlemler)]'tir.^{14,37}

2.2.1 SBAR İletişim Tekniği

SBAR iletişim tekniği; Amerikan Deniz Kuvvetleri nükleer sualtı programlarında kullanılmakta olan kanıta dayalı bir iletişim modeli olup Kolorado'dan Leonard ve arkadaşları tarafından sağlık bakımına uyarlanmıştır.^{38,39} Bu bağlamda SBAR, bir sağlık çalışanından diğer sağlık çalışanına hastayla ilgili bilgilerin tam, net ve açık bir şekilde iletilmesini sağlayan iletişim adımlarının İngilizce baş harflerinden oluşan bir iletişim tekniğidir.^{38,40} Türkçe baş harflerine göre DD (Durum, ykw, Değerlendirme, neriler) olarak kısaltılarak kullanılması önerilebilir (Demir ve ark, 2014). SBAR iletişim tekniği; Durum, Arka Plan, Değerlendirme, neriler şeklinde Türkçe karşılığı olarak kullanılabilir.²⁷

S-Situation (Durum): Hastayla ilgili mevcut durum nedir? Hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, alerjisi, geliş şikayeti ve hastaneye yatış nedeni, hastanın durumunun stabil olup olmadığını, yatış tarihini içermektedir.^{40,42}

B-Background (Tıbbi zgemiş): Bu duruma gelmesindeki altta yatan neden nedir? Yatış tanısı, zgemişindeki hastalıklar ve operasyonlar, soygeçmişinde mevcut olan hastalıklarını içerir.

A-Assessment (Değerlendirme): Problemin ne olduğunu dşunyorsun? Yaşam bulguları, sistemik değerlendirme bulguları, hastanın tedavisi ve tedaviye verdiği cevabın değerlendirilmesi, risk değerlendirme sonuçları, kullanılan kateter, diren, pansuman, kritik test sonuçları, konsültasyonları içermektedir.

R-Recomendation (neriler): Problemi düzeltmek için ne neriyorsun? Planlanan bakım, planlanan tetkikler, önerilerden oluşmaktadır. Hastayı devreden sağlık çalışanının önerilerini içermektedir.^{40,41}

Yukarıda belirtildiği biçimde, standardize edilmiş iletişim basamaklarını izlemek, hastanın durumu hakkında konuşurken hastayla ilgili bilginin önemli parçalarının iletilmesini kolaylaştırır ve durumu hakkında net olmayan bilgilerin iletilmesi engellenir. SBAR gibi profesyonel iletişim teknikleriyle açık ve net bir şekilde hastanın mevcut durumu diğer gruba iletilir. Profesyonel iletişim tekniklerini izlemek konuşmacıyı, yöntemsel ve mantıklı bir yolla bilgi aktarmaya yönlendirir. Hasta teslimi sürecinde, doktor-hemşire, hemşire-hemşire ve diğer

sağlık çalışanları arasında iletişim problemlerini önler ve bakımın etkin olmasını sağlar. Soru sormaya fırsat tanır.⁴² Kanada’da bir rehabilitasyon merkezinde rehabilitasyon ekibi üyeleri arasındaki iletişimi iyileştirmek için yapılan bir çalışmada; ekip üyelerine SBAR kullanımı, iletişim sorunları ve hasta güvenliği hakkında eğitim verilmiş; bu eğitim sonucunda SBAR kullanımının ekip üyeleri tarafından benimsenen ve günlük olarak sorunsuz kullanılan bir iletişim aracı olduğu saptanmıştır.¹⁵ SBAR iletişim aracıyla hasta teslimi yapan 43 hemşirenin dahil edildiği bir çalışmada; SBAR iletişim tekniğinin hasta teslimini daha iyi hale getirdiğini, ekip içindeki iletişimin daha açık olduğu, nöbet teslimi sonrası hastasıyla ilgili tüm bilgilere hakim olduğu belirlenmiştir.²⁴ Ülkemizde yapılan bir çalışmada; hemşirelerin ve ebelerin SBAR iletişim aracıyla ekip içinde iletişimin daha sağlıklı olduğunu ve bu iletişim aracıyla hastası ile ilgili bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde teslim ettiği tespit edilmiştir.⁴¹

2.2.2 I Pass the Baton İletişim Tekniği

Hasta tesliminde iletişimin açık, net ve doğru bir şekilde yapılması için kullanılan ayrıntılı bir iletişim tekniğidir. Amerika’da askeri tıp sağlık hizmetlerinin hasta güvenliği bölümü tarafından desteklenmektedir. SBAR iletişim tekniğine göre daha ayrıntılıdır.³²

I-Introduction (Tanıtma): Hastayı teslim eden kişinin kendini tanıtmasıdır.

P-Patient (Hasta): Hasta adı, yaşı, cinsiyeti gibi hastanın kimlik bilgilerini içerir.

A-Assessment (Değerlendirme): Hastanın mevcut şikayetini, yaşam bulgularını, semptomlarını, tanısını ve konsültasyonlarını içerir.³²

S-Situation (Durum):Hastanın tedavileri, tedaviye verdiği yanıtları, intravenöz girişim, sıvı alımı gibi hastanın güncel durumunu içerir.

S-Safety Concerns (Güvenlik Kaygıları):Düşme riski, kritik laboratuvar değerleri ve raporlar, alerji, izolasyon gerektiren durumlarının belirlenmesini içerir.

B-Background (Tıbbi Özgeçmiş):Daha önceden geçirmiş olduğu hastalıklar/ameliyatlar, kullandığı ilaçlar ve aile öyküsünü içermektedir.

A-Actions (İşlemler): Hastaya yapılan işlemleri (Damar yolu açılması ve üriner kateterizasyon v.b.) ve gerekçesinin anlatılmasını içerir.

T-Timing (Zamanlama): Aciliyet planlamasını, hastaya uygulanacak girişimlerin öncelik sırasının belirlenmesini içerir.

O-Ownership (Sorumluluk): Hasta ve ailenin de sorumlulukları dahil olmak üzere hemşire, ebe ve hekimin sorumluluklarının belirlenmesidir.

N-Next (Sonraki): Hastanın teslim edildiği birimde hastaya uygulanacak tedavi planının belirlenmesidir.³²

2.2.3 5P's İletişim Tekniği

Norfolk-Vinjinya Sağlık Bakım Merkezi tarafından belirlenmiş beş bölümden oluşan kısa hasta bakım isteklerine hızlı yanıt veren profesyonel bir iletişim tekniğidir.^{32,37,41}

1P-Patient (Hasta): Hastanın tanıtılması, hastanın yaşı, cinsiyeti, mevcut şikayetini ve tanısını içermektedir.

2P-Plan (Bakım Planı): Sıvı alımı, aldığı çıkardığı takibi gibi hemşirelik bakımlarını içermektedir.

3P-Purpose (Amaç): Hastanın klinik durumuna uygun olarak belirlediğimiz bakımların amacını ifade eder.

4P-Problems (Sorunlar): Hastayla ilgili anormal bulgular, ağrı skalası, vital bulguları ve değerlendirmeleri içerir.

5P-Precautions (Önlemler): Hastanın alerjisi, düşme riski, izolasyon durumu ile ilgili bilgileri içerir.^{32,41}

2.2.4 Handoffs İletişim Tekniği

Hasta teslimi sırasında hastayla ilgili bilgilerin tam, doğru ve açık bir şekilde ifade edilmesini sağlayan İngilizce baş harflerinden oluşan bir iletişim tekniğidir.^{32,41}

H-Hello (Merhaba): Sağlık ekibinde çalışanlar kendilerini birbirlerine ve hastaya tanıtır. Görevlerini ve ilgili hastadan sorumlu olduklarını bildirirler.

A-Assessment (Değerlendirme): Hastanın mevcut şikayeti, ağrı düzeyi, yaşam bulguları, semptomlar, tanısı ve aynı zamanda her türlü anormal bulguları bildirilir.

N-Necessary Patient Information (Gereken Hasta Bilgileri): Hastayla ilgili gerekli bilgiler, hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, yeri/bölümü ve gerekli tüm bilgileri içermektedir.

D-Danger or Risks (Tehlike veya Riskler): Hastanın izolasyonu, alerjileri, kritik laboratuvar değerleri, düşme önlemlerini içerir.

O-Occurrence (Vaka): Hastanın sağlık durumu, hastanın triyaj seviyesi, güncel durumu, kullanılan ilaçlar, sıvı alımı, intravenöz girişimler ve tedaviye verdiği yanıtı içerir.

F-Framework (Hasta Öyküsü): Hastalık geçmişı, önceki tedavileri, aile ve soygeçmişini içerir.

F-Future Recommendations (Geleceğe Yönelik Öneriler): Hastanın seyreden hastalığı boyunca geleceğe yönelik tüm önerilerdir.

S-Seek Questions (Sorular Sorun): Sağlık çalışanlarının hastayla ilgili birbirlerine sorular sorduğu bölümdür.^{32,41}

2.3. Hasta Teslimi Tekniklerinin Hemşirelik Hizmetlerinde Kullanımının Yaygınlaştırılmasında Stratejiler

Tıbbi hataların kök nedeninin incelendiği araştırmalarda iletişimin büyük oranda hatalara kaynaklık ettiği saptanmıştır.¹⁸ Sağlık çalışanlarının özellikle hasta teslim sürecinde birbirlerine aktardıkları bilginin eksiksiz olması hayati önem taşımaktadır. Hastaların güvenli ve etkin bakımı, sağlık çalışanlarının arasındaki iletişimin sürekliliğine ve kusursuzluğuna bağlıdır. Bir sağlık çalışanının hastasını diğer sağlık profesyoneline teslim ederken ya da hastasıyla ilgili bilgileri aktarırken ortaya çıkan yanlış anlamalar veya eksik bilgiler hastanın güvenliğini tehlikeye sokar ve hastaya zarar verir.⁴²

Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması sağlıkta kalite standartları arasında bulunmaktadır.²¹ İletişim hataları ve eksikliklerinin önlenmesi için soru sorma ve cevaplama fırsatları içeren profesyonel iletişim teknikleri geliştirilmiştir.⁴⁰ Sağlık çalışanlarına nöbet teslimleri sırasında ve birimden birime teslimlerde bu iletişim teknikleriyle ilgili eğitim verilmelidir.⁴³ Hasta teslim sürecini yazılı formlarla desteklemek için, hasta teslim formlarının kullanımının sürekliliğini sağlamak için sağlık ekibindeki tüm üyelere uygulamalı eğitimler verilmelidir.^{43,44}

Hastanedeki mevcut sağlık bakım sistemlerinin yüksek kalitede olması, hastanenin bilgi teknolojisinin hasta teslim süreçlerini desteklemesi hasta tesliminin etkin ve güvenilir olmasını sağlamaktadır.⁴⁴ Her sağlık kuruluşunun hasta teslim süreçlerini standardize edebilmek ve hasta güvenliğini sağlamak için hasta teslim süreciyle ilgili kendi politikalarını oluşturması gerekmektedir.^{44,45}

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, birimde çalışma süresi, çalıştığı birim oluştururken; bağımlı değişkenini ise hemşirelerin hasta teslim süreci ile ilgili görüş ve deneyimleri oluşturmaktadır.

3.3 Araştırma Soruları

3.1.1 Hemşirelerin hasta teslim sürecine ilişkin görüş ve deneyimleri yaşa göre farklı mıdır?

3.1.2 Hemşirelerin hasta teslim sürecine ilişkin görüş ve deneyimleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?

3.1.3 Hemşirelerin hasta teslim sürecine ilişkin görüş ve deneyimleri eğitim düzeyine göre farklı mıdır?

3.1.4 Hemşirelerin hasta teslim sürecine ilişkin görüşleri meslekte çalışma yılına göre farklılık göstermekte midir?

3.1.5 Hemşirelerin hasta teslim sürecine ilişkin görüşleri ve deneyimleri birimlere göre farklılık göstermekte midir?

3.1.6 Hemşirelerin hasta teslim sürecine ilişkin görüşleri ve deneyimleri birimde çalışma süreleriyle farklılık göstermekte midir?

3.1.7 Birim içi hasta teslimi sırasında hemşirelerin yaşadığı en önemli sorunlar nelerdir?

3.1.8 Birimler arası hasta teslimi sırasında hemşirelerin yaşadığı en önemli sorunlar nelerdir?

3.1.9 SBAR hasta teslim formu kullanılırken hemşirelerin yaşadığı zorluklar nelerdir?

3.1.10 Çalışılan birimde ya da birimler arası hasta teslimi sırasında SBAR hasta teslim formu kullanmanın yararları nelerdir?

3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Uluslararası Birleşik Komisyon'dan (JCI) akredite, İstanbul'daki özel bir hastanede yapılmıştır. Çalışma, hastanenin SBAR iletişim tekniğiyle birim içi ve birimler arası hasta teslimi yapan tüm bölümlerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşireler üzerinde uygulanmıştır.

3.5 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini özel bir hastanede çalışan, oryantasyon eğitimini tamamlamış, SBAR tekniği ile hasta teslimi yapan tüm hemşireler (N=289) oluşturmuştur. Araştırma 5 Ağustos-10 Ekim tarihlerinde yürütülmüştür. Evrenin tamamı örnekleme alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir. Toplam 200 hemşireye ulaşılmış olup örneklemin %69.2'sine ulaşılmıştır.

3.6 Veri Toplama Formu

Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin bireysel, mesleki özellikleri ve hasta teslim sürecinin özellikleri ile ilgili 15 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise hemşirelerin hasta teslim süreci ile ilgili görüş ve deneyimlerini ortaya çıkaracak 5'li Likert tipine göre düzenlenmiş 14 madde bulunmaktadır. Maddelere verilen yanıtlar "1=Kesinlikle katılmıyorum" "2=Katılmıyorum" "3=Ne katılıyorum ne de katılmıyorum" "4=Katılıyorum" "5=Kesinlikle Katılıyorum" şeklindedir. Veri toplama aracında ikinci ve altıncı maddeler dışındaki maddelere hemşirelerin katılımı arttıkça hemşirelerin hasta teslim süreciyle ilgili olumlu görüşlerini ifade ettikleri görülmektedir. İkinci ve altıncı ifadeler ters maddeler olup puan arttıkça katılımcıların hasta teslim süreciyle ilgili olumsuz görüşlerinin arttığını ifade etmektedir. Bu form, araştırmacı tarafından araştırmacının gözlemi ve literatür bilgisi dikkate alınarak hazırlanmıştır.^{13,45,46}Kapsam geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuştur (Ek-3). Uzmanlar, hasta güvenliği uzmanı, hasta güvenliği sorumlusu, hemşirelikte yönetim dalı öğretim üyelerinden (7) oluşmuştur (Ek-2). Uzman görüşlerinin

değerlendirilmesinde kapsam geçerlilik indeksi kullanılmıştır. Kapsam geçerlilik indeksi .98 olarak hesaplanmıştır.⁴⁷ Ankette yer alan hasta teslim süreci Likert sorularına ait 14 soru için yapılan güvenilirlik test sonuçlarına göre Cronbach alfa katsayısı .75 çıkmıştır. Bu değer %70'in üzerinde olduğundan Likert tipi soruların ölçme aracı olarak güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan Hotteling's T2 testi sonuçlarına göre olasılık değeri .05'den küçük olduğu için bulunan Cronbach alfa sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır.

3.7 Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırmanın yapıldığı özel hastanede SBAR iletişim tekniğiyle hasta teslimi yapan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 24 hemşireye 5-15 Ağustos 2016 tarihleri arasında uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.8 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 20 Ağustos-10 Ekim 2016 tarihleri arasında, özel hastanede çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelere ulaşılarak toplanmıştır. Veri toplama formu, hemşirelere çalıştıkları birimlerde mesai saatlerinde ulaştırılmış ve aynı gün içinde teslim alınmıştır.

3.9 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (2016.019.IRB3.016 no'lu karar) etik onay alınmıştır (Ek-4).

Veri toplama formu ile ilgili uzman görüşü alındıktan sonra tez başlığında ve veri toplama formunda değişikliğe gidilip etik kuruldan (2016.019.IRB3.016 no'lu karar) değişiklik onayı alınmıştır (Ek-5).

Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek-6). Örneklemi oluşturan hemşireler araştırma konusunda sözlü ve yazılı olarak aydınlatılmış olup (Ek-1) araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formları kapalı bir zarf içinde teslim edilip uygulanmıştır. Veri toplama formlarında hemşirelerin kişisel bilgileri yer almamaktadır.

3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir hastanede yapılması araştırma sonuçlarının genellenmesi konusunda sınırlılık oluşturabilir.

3.11 Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formunun uzman görüşü alınarak kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Veri toplama araçlarından elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS 21.0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler ve frekans analizleri, t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır (Tablo 1). Analize dahil edilen değişkenlere ilişkin veriler öncelikle normal dağılıma uygunluğu açısından test edilmiş; bu testlerde dağılımın normal olduğu belirlenmiş ve parametrik testler uygulanmıştır. Veri toplama formunda bulunan açık uçlu sorular araştırmacı ve araştırmadan bağımsız bir uzman hemşire tarafından ayrı zamanlarda değerlendirilmiş olup iki kişinin yaptığı değerlendirmeler karşılaştırılarak yüzdeleri belirlenmiştir.

Tablo 1. Veri Analizi

Ölçümler	İstatistiksel Analizler
Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre dağılımı	Tanımlayıcı Analizler (Sayı, yüzde)
Hemşirelerin hasta teslim süreci ile ilgili görüşlerine göre dağılımı	Tanımlayıcı Analiz (Sayı, yüzde)
Hemşirelerin cinsiyetine göre hasta teslim süreci ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması	Bağımsız Grup t Testi
Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre hasta teslim süreci ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması	ANOVA Testi
Hemşirelerin meslekte, kurumda ve birimde çalışma sürelerine göre hasta teslim süreci ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması	ANOVA Testi
Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre hasta teslim süreci ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması	ANOVA Testi
Hemşirelerin hasta teslim süreci ile ilgili deneyimleri	Tanımlayıcı Analiz (Sayı, Yüzde)

4. BULGULAR

Bulgular; hemşirelerin bireysel, mesleki ve hasta teslim süreci ile ilgili özellikleri, hasta teslim süreci ile ilgili görüşleri ve deneyimleri olmak üzere olmak üzere üç ana başlıkta incelenmiştir.

4.1 Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (N=200)

Bireysel ve Mesleki Özellikler	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	171	85.5
	Erkek	29	14.5
Yaş Grupları	≤ 24 yaş	75	37.5
	25-27 yaş	78	39.0
	≥ 28 yaş	47	23.5
Eğitim Düzeyleri	Lise/Ön lisans	39	18.6
	Lisans	138	69.9
	Lisansüstü	23	11.5
Meslekte Çalışma Süresi	≤12 ay	42	21.0
	13-24 ay	57	28.5
	25-60 ay	52	26.0
	≥ 61 ay	49	24.5
Kurumda Çalışma Süresi	≤12 ay	62	31.0
	13-36 ay	84	42.0
	≥37 ay	54	27.0
Birimde Çalışma Süresi	≤12 ay	78	39.0
	13-36 ay	73	36.5
	≥37 ay	49	24.5

Özel bir hastanede SBAR tekniği ile hasta teslim yapan hemşirelerin %69.2'si (N=200) araştırmaya gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %85.5'i (n=171) kadın, %14.5'i (n=29) erkektir. Katılımcıların %69.9'u (n=138) lisans mezunu hemşirelerdir. Katılımcıların %39'unu 25-27 yaş arasındaki hemşireler (n=78) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %21'inin (n=42 kişi) mesleki deneyim süresi 12 ay ve altında, %28.5'inin (n=57) 13-24 ay arası, %26'sının (n=52) 25-60 ay arası ve %24.5'inin (n=49) 61 ay ve üzeridir (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı (N=200)

Hemşirelerin Çalıştıkları Birimler	Sayı	%
Pediatri	23	11.5
Onkoloji ve Hematoloji Servisi	23	11.5
Kardiyoloji Servisi	22	11.0
Acil Servis	18	9.0
Genel Cerrahi Servisi	31	15.5
Koroner Yoğun Bakım	18	9.0
Genel Yoğun Bakım	19	9.5
Kadın Doğum Servisi	13	6.5
Ameliyathane	25	12.5
Endoskopi	8	4.0

Çalışmaya; Koroner Yoğun Bakım, Genel Yoğun Bakım, Pediatri, Onkoloji ve Hematoloji, Acil Servis, Genel Cerrahi, Kadın Doğum, Ameliyathane ve Endoskopi birimlerinde SBAR tekniği ile hasta teslimi yapan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler dahil edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı (N=200)

Görüşler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
G1. Çalıştığım birimde nöbet değişimi sırasında hastayı teslim eden hemşireden her zaman yeterli ve doğru bilgiyi alırım.	4	2.0	24	12.0	43	21.5	97	48.5	32	16.0
G2. Çalıştığım birimde hasta teslimi sırasında hangi bilgilerin aktarılması gerektiği ile ilgili farklı görüşler vardır.*	8	9.0	79	39.5	25	12.5	71	35.5	7	3.5
G3. Çalıştığım birimde alınan bilginin doğru olarak anlaşıldığını teyit etmek için “geri okuma yöntemi” sık kullanılır.	6	3.0	19	9.5	26	13.0	107	53.5	42	21.0
G4. Çalıştığım birimde hasta teslimi sırasında hastanın güvenliğini sağlamak en büyük önceliğimizdir.	18	4.0	5	2.5	4	2.0	61	30.5	122	61.0
G5. Hastanın bana teslim edilmesiyle bakım sorumluluğunun da bana devredildiğini açıkça bilirim.	8	4.0	4	2.0	2	1.0	58	29.0	128	64.0
G6. Çalışma arkadaşlarımla birim içi nöbet teslimlerinde bazen yeterli bilgiyi almadığımızı konuşuruz.*	5	22.5	52	26.0	38	19.0	93	46.5	12	6.0
G7. Hasta teslimine katılan diğer birimlerle yaşadığımız sorunlara yönelik tartışma toplantıları düzenlemek kurumumuzda sık kullanılan bir yöntemdir.	19	9.5	47	23.5	53	26.5	67	33.5	14	7.0
G8. Çalıştığım birimde birim içi hasta teslimlerinde çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.	21	10.5	54	27.0	26	13.0	78	39.0	21	10.5
G9. Çalıştığım birimde hastalarımızı diğer birimlere teslim etmeden önce anlayabilecek durumda iseler transfer planlarıyla ilgili bilgilendiririz.	3	1.5	11	5.5	10	5.0	126	63.0	50	25.0
G10. Başka bir birime hasta teslimi sırasında çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.	12	6.0	54	27.0	34	17.0	73	36.5	27	13.5
G11. Birimler arası güvenli hasta tesliminde gerekli bilgileri öncelik sırasına koymak için yeterli zamanımız vardır.	3	1.5	33	16.5	40	20.0	94	47.0	30	15.0
G12. Çalıştığım kurumdaki mevcut bilgi teknolojisi hasta teslimini en iyi şekilde destekler.	4	2.0	14	7.0	26	13.0	118	59.0	38	19.0
G13. Çalıştığım kurumda hasta teslim süreçleri yazılı talimatlar ve rehberler doğrultusunda yapılır.	2	1.0	12	6.0	15	7.5	115	57.5	56	28.0
G14. Yeni çalışmaya başlayan tüm hemşireler hasta teslim süreçlerine yönelik her zaman standart bir eğitim alırlar.	6	3.0	9	4.5	19	9.5	108	54.0	58	29.0

*G2 ve G6 ters maddeler olup puan artması katılımcıların olumsuz görüşlerinin arttığını ifade etmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta teslim süreçlerine ilişkin görüşlerine verdikleri yanıtlar Tablo 4’te gösterilmiştir.

4.2 Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Hasta Teslim Sürecine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin yaşa göre hasta teslim sürecine ilişkin tüm görüşlerde istatistiksel olarak farklılık olmadığı görülmüştür ($p>.05$).

Tablo 5. Hemşirelerin Cinsiyetine ve Eğitim Düzeylerine Göre Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Görüşler	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
	Ort (SS)														
Cinsiyet	Kadın (n=171)	3.6 (0.9)	2.8 (1.1)	3.8 (0.9)	4.5 (0.9)	4.5 (0.9)	3.4 (0.9)	3 (1.1)	3 (1.2)	4 (0.8)	3.2 (1.2)	3.6 (1.1)	3.8 (0.8)	4 (0.8)	4 (0.9)
	Erkek (n=29)	3.6 (1)	2.8 (1)	3.7 (0.2)	4.1 (1.2)	4.3 (1.0)	2.9 (1.0)	3 (0.1)	3.4 (1.2)	4 (0.7)	3.7 (0.9)	3.6 (0.8)	3.9 (0.8)	4 (0.7)	4 (0.7)
	t	.19	.16	0.2	1.9	0.9	2.5	0.1	-1.6	0.3	-2.9	-0.6	-0.4	0.1	0.1
	p	.882	.906	.805	.054	.321	.015*	.921	.112	.747	.010*	.498	.637	.885	.992
Eğitim Düzeyi	Önlisans ^a (n=39)	3.8 (0.9)	2.7 (1.2)	4.3 (0.6)	4.7 (0.7)	4.7 (0.7)	3.3 (0.9)	3.3 (1.2)	3.4 (1.2)	4.3 (0.7)	3.4 (1.1)	4 (0.8)	4.2 (0.7)	4.3 (0.6)	4.3 (0.6)
	Lisans ^b (n=138)	3.6 (0.9)	2.9 (1)	3.7 (1)	4.3 (1.3)	4.3 (0.9)	3.1 (1)	2.9 (1.1)	3 (1.2)	3.9 (0.9)	3.1 (1.1)	3.5 (1)	3.8 (0.8)	3.9 (0.8)	3.9 (0.9)
	Lisansüstü ^c (n=23)	3.6 (0.8)	2.7 (1.1)	3.7 (1.1)	4.4 (0.7)	4.5 (0.9)	3 (1)	3.1 (1)	3.2 (1.1)	4.3 (0.5)	3.3 (1.2)	3.2 (0.9)	3.7 (1.1)	4.1 (0.5)	3.8 (0.7)
	F	2.9	0.5	6.3	2.9	2.1	0.8	1.6	1.6	3.2	0.9	5.3	4.1	4.5	4
	p	.054	.564	.002**	.054	.124	.425	.198	.198	.041*	.385	.005**	.019*	.012*	.058
			a>b>c						a=c>b		a>b>c	a>b>c	a>c>b		

t: Bağımsız gruplarda t Testi / F: ANOVA testi; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma
* $p<.05$; ** $p<.01$

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyete göre hasta teslim sürecine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, on dört görüşten sadece altıncı ve onuncu görüş istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<.05$). Altıncı görüşe (Çalışma arkadaşlarımla birim içi nöbet teslimlerinde bazen yeterli bilgiyi almadığımızı konuşuruz) kadın hemşireler, erkek hemşirelere göre (3.4 ± 0.9 ; 2.9 ± 1) daha fazla katılmaktadırlar ($t=2.5$; $p=.02$). Onuncu görüşe (Başka bir birime hasta teslimi

sırasında çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.) erkek hemşireler, kadın hemşirelere göre (3.7 ± 0.9 ; 3.2 ± 1.2) daha çok katılmaktadırlar ($t=-2.9$; $p<.05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre hasta teslim sürecine ilişkin üçüncü, dokuzuncu, on birinci, on ikinci ve on üçüncü görüşler istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p<.05$). Üçüncü görüşe (Çalıştığım birimde alınan bilginin doğru olarak anlaşıldığını teyit etmek için “geri okuma yöntemi” sık kullanılır.) en çok ön lisans eğitimini tamamlamış hemşireler katılırken, en az katılan lisans eğitimini tamamlamış hemşirelerdir ($F=6.3$; $p<.01$). Dokuzuncu görüşe (Çalıştığım birimde hastalarımızı diğer birimlere teslim etmeden önce anlayabilecek durumda iseler transfer planlarıyla ilgili bilgilendiririz.) en çok lisansüstü ve ön lisans eğitimini tamamlamış hemşireler katılırken en az katılan lisans eğitimini tamamlamış hemşirelerdir ($F=3.2$; $p<.05$). On birinci görüşe (Birimler arası güvenli hasta tesliminde gerekli bilgileri öncelik sırasına koymak için yeterli zamanımız vardır.) en çok katılan ön lisans eğitimini tamamlamış hemşireler iken en az katılan lisansüstü eğitimini tamamlamış hemşirelerdir ($F=5.3$; $p<.01$). On ikinci görüşe (Çalıştığım kurumdaki mevcut bilgi teknolojisi hasta teslimini en iyi şekilde destekler.) en çok katılan ön lisans eğitim grubu iken birbirine yakın olacak şekilde lisans ve lisansüstü eğitimi almış hemşireler olumlu görüş bildirmişlerdir ($F=4.1$; $p<.05$). On üçüncü görüşe (Çalıştığım kurumda hasta teslim süreçleri yazılı talimatlar ve rehberler doğrultusunda yapılır.) en çok ön lisans eğitimini tamamlamış hemşireler katılırken en az katılan lisans eğitimini tamamlamış hemşirelerdir. Tüm eğitim düzeyindeki hemşireler genel olarak olumlu görüş bildirmişlerdir ($F=4.5$; $p<.05$)(Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerin Deneyim Sürelerine göre Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Görüşler	G 1	G 2	G 3	G 4	G 5	G 6	G 7	G 8	G 9	G 10	G 11	G 12	G 13	G 14	
Meslekte Çalışma Süresi	Ort (SS)														
	≤12 ay ^a (n = 42)	3.5 (0.8)	2.9 (1)	3.8 (0.8)	4.5 (0.9)	4.4 (0.7)	3.3 (0.9)	3.1 (0.9)	3.3 (1.1)	4 (0.7)	3.5 (1.1)	3.3 (0.9)	3.7 (0.8)	3.9 (0.7)	3.9 (0.9)
	13-24 ay ^b (n = 57)	3.7 (1.1)	3.1 (1.1)	3.8 (0.9)	4.5 (1)	4.5 (0.9)	3.3 (1.1)	3.1 (1.2)	3 (1.2)	4.1 (0.8)	3.1 (1.2)	3.6 (1)	4 (0.9)	4.1 (0.9)	4.2 (0.8)
	25-60 ay ^c (n = 52)	3.6 (0.9)	2.6 (1.1)	3.8 (1.1)	4.3 (0.9)	4.5 (0.8)	3.1 (1.1)	2.8 (1.3)	3.1 (1.2)	4.1 (0.9)	2.9 (1.2)	3.5 (1)	3.8 (0.8)	4.1 (0.7)	3.9 (0.9)
	≥61 ay ^d (n = 49)	3.7 (0.9)	2.7 (1.2)	3.8 (1.1)	4.4 (1.1)	4.3 (1.1)	3.3 (0.9)	3.1 (1.2)	3.3 (1.3)	4 (0.8)	3.5 (1.1)	3.8 (0.8)	3.9 (1)	4.2 (0.9)	4.1 (1)
	F	0.8	2.2	0.9	0.2	0.6	0.2	0.1	0.5	0.2	2.9	2.3	1.2	0.7	1.3
	p	.487	.092	.990	.849	.600	.866	.229	.716	.925	.038* a,d>c,b	.079	.299	.570	.282
Kurumda Çalışma Süresi	≤12 ay ^a (n = 62)	3.7 (0.8)	2.9 (1.1)	3.9 (0.9)	4.5 (0.8)	4.6 (0.6)	3.4 (0.9)	3.2 (1.1)	3.4 (1.2)	4.1 (0.8)	3.5 (1.1)	3.6 (1)	3.9 (0.9)	4 (0.8)	4.1 (0.9)
	13-36 ay ^b (n = 84)	3.6 (1.1)	3 (1.2)	3.8 (1)	4.3 (1.1)	4.4 (1.1)	3.3 (1.1)	2.9 (1.1)	2.8 (1.2)	4 (0.8)	2.8 (1.2)	3.3 (1)	3.8 (0.8)	4 (0.9)	3.9 (1.1)
	≥37 ay ^c (n = 54)	3.7 (0.9)	2.8 (1.1)	3.7 (1.1)	4.4 (1.1)	4.5 (1.1)	3.1 (0.9)	3.1 (1.2)	3.2 (1.3)	4.1 (0.8)	3.4 (1.1)	3.8 (0.9)	3.9 (0.8)	4.2 (0.9)	4.1 (0.9)
	F	0.5	0.2	0.2	1.1	1.1	0.8	0.8	1.4	0.4	6.7	2.4	0.5	0.8	0.5
	p	.633	.771	.791	.323	.346	.441	.988	.243	.487	.004** a,c>b	.089	.953	.466	.751
Birimde Çalışma Süresi	≤12 ay ^a n = 63	3.7 (0.8)	2.8 (1)	3.8 (0.9)	4.6 (0.8)	4.6 (0.7)	3.4 (1)	3.1 (1)	3.3 (1.1)	4.1 (0.7)	3.5 (1.1)	3.5 (1)	3.8 (0.9)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)
	13-36 ay ^b n = 88	3.6 (1.1)	2.9 (1.1)	3.8 (1)	4.3 (1.1)	4.4 (1.1)	3.3 (1.1)	3.1 (1.2)	3 (1.3)	4 (0.9)	3 (1.2)	3.5 (1)	3.9 (0.9)	4 (0.9)	4 (0.9)
	≥37 ay ^c n = 49	3.7 (0.9)	2.8 (1.2)	3.7 (1)	4.5 (0.9)	4.5 (1)	3.4 (0.9)	3 (1.2)	3.1 (1.3)	4.1 (0.8)	3.4 (1.2)	3.8 (0.9)	3.8 (0.8)	4.1 (0.9)	4.1 (0.9)
	F	0.6	0.5	.2	1.7	1.3	1	0.2	1.5	0.4	4.2	1.1	0.4	0.1	0.3
	p	.580	.633	.859	.193	.274	.371	.978	.217	.683	.015* a,c>b	.329	.688	.897	.731

F: ANOVA testi; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; *p<.05; **p<.01

Hemşirelerin mesleki deneyim süresi, kurumda ve birimde çalışma süresi ile hasta teslim süreci ile ilgili görüşleri arasındaki ilişki karşılaştırıldığında onuncu görüşe (Başka bir birime hasta teslimi sırasında çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.) meslekte çalışma süresi 12 ay ve altı ile 61 ay ve üzeri çalışan hemşireler en çok katılırken en az 25-60 ay arasında çalışan hemşireler

katılmaktadır (F=2.9; p<.05). Onuncu görüşe en çok birim ve kurumda 12 ay ve altı, 37 ay ve üstü çalışan hemşireler katılırken, bu görüşe en az kurumda 13-36 ay arasında çalışan hemşireler katılmaktadır (F=4.2; p<.05) (Tablo 6).

Tablo 7. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Görüşler	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Ort (SS)													
Kardiyoloji ^a (n=22)	3.6 (0.9)	3 (1.1)	3.6 (1)	4.5 (0.9)	4.3 (1)	3.5 (1.1)	3.1 (0.9)	2.5 (1)	3.8 (0.7)	2.7 (0.9)	3 (1.1)	3.4 (1)	3.6 (0.9)	3.8 (0.7)
Acil Servis ^b (n =18)	3.8 (1.1)	3.2 (1.3)	4.1 (0.8)	4.4 (1)	4.5 (1)	3.2 (1.2)	3.1 (1.3)	3.7 (1.3)	4.4 (0.5)	2.8 (1.4)	4 (1)	4.3 (0.7)	4.5 (0.5)	4.4 (1)
Genel Cerrahi Servisi ^c (n =31)	3.4 (1.0)	2.8 (0.9)	3.7 (1.1)	4.3 (1)	4.4 (1)	3.2 (1)	2.8 (1.1)	3.4 (1.1)	3.9 (1)	3.4 (1.2)	3.6 (0.8)	3.9 (0.7)	4 (0.8)	4 (0.8)
Hematoloji Onkoloji Servisi ^d (n =21)	3.5 (0.9)	3.4 (1)	3.6 (1.1)	4.4 (1.1)	4.3 (1.2)	3.5 (1)	3.1 (1.1)	3.1 (1.3)	4.2 (0.7)	3.6 (1.1)	3.6 (1)	3.7 (0.9)	4.2 (0.8)	4.1 (0.9)
Koroner Yoğun Bakım ^e (n =18)	3.6 (1.0)	2.7 (1.3)	3.7 (1)	4.2 (1.3)	4.4 (1.3)	2.9 (1.2)	2.5 (1.2)	2.7 (1.2)	4.3 (1.2)	2.4 (1.2)	3.3 (1.2)	4.1 (1)	4.1 (1)	3.6 (1.4)
Genel Yoğun Bakım ^f (n =19)	3.9 (0.6)	3 (0.9)	3.6 (1)	4.3 (0.9)	4.7 (0.5)	3.4 (0.8)	3 (1.1)	2.9 (1.2)	4.2 (0.5)	3 (1.3)	3.4 (1.1)	3.8 (0.9)	3.9 (0.9)	4 (0.7)
Ameliyathane ^g (n =25)	4 (1)	2.3 (1.1)	4.2 (1)	4.4 (1.2)	4.4 (1.2)	3.3 (1.1)	3.6 (1.1)	3.8 (1)	4.1 (0.9)	3.9 (0.8)	4.1 (0.9)	4.2 (1)	4.2 (1)	4.1 (1.2)
Pediyatri ^h (n =23)	3.6 (0.8)	2.8 (1.1)	3.6 (1.1)	4.7 (0.5)	4.7 (0.5)	3.4 (0.9)	2.8 (1.1)	2.5 (1.2)	3.7 (0.9)	3.2 (1.1)	3.5 (0.8)	3.5 (0.7)	3.9 (0.8)	3.9 (0.8)
Kadın Doğum Servisi ⁱ (n =13)	3.9 (0.8)	2.6 (1.2)	3.9 (0.6)	4.6 (0.7)	4.7 (0.5)	3.4 (1.1)	3.3 (1.1)	3.2 (1.3)	4.1 (0.5)	3.8 (0.8)	3.5 (1.1)	3.7 (1)	4.1 (0.8)	4.3 (0.6)
Endoskopi ^k (n = 8)	3.9 (0.6)	2.9 (1)	4.3 (0.5)	4.6 (0.5)	4.4 (0.5)	2.8 (0.9)	3.4 (0.9)	3.5 (1.1)	4.3 (0.7)	3.8 (1.2)	4.2 (0.7)	4 (1)	4.4 (0.5)	4.3 (0.5)
F	1.1	1.8	1.3	0.5	0.5	0.8	1.8	1	2.1	4.8	2.5	2.6	1.7	1.3
p	.365	.079	.244	.872	.907	.628	.074	.001 **	.032 *	.001 **	.00 1**	.001 **	.089	.242
								g>a,he	b,g>h	d>e,f	b,g>a	g>a,h		

F: ANOVA testi; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; *p<.05; **p<.01

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre hasta teslim sürecine ilişkin sekizinci, dokuzuncu, onuncu, on birinci ve on ikinci görüşlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır ($p<.05$)(Tablo 7).

Sekizinci görüşe (Çalıştığım birimde birim içi hasta teslimlerinde çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.) en çok Ameliyathane hemşireleri katılmakta iken en az katılan Kardiyoloji, Pediatri ve Koroner Yoğun Bakım hemşireleridir ($p<.01$). Dokuzuncu görüşe (Çalıştığım birimde hastalarımızı diğer birimlere teslim etmeden önce anlayabilecek durumda iseler transfer planlarıyla ilgili bilgilendiririz.) tüm birimler katılırken Ameliyathane ve Acil Servis hemşireleri bu görüşe en çok katılanlardır. Pediatri birimi diğer birimlere oranla en az katılmaktadır ($p<.05$). Onuncu görüşe (Başka bir birime hasta teslimi sırasında çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.) Onkoloji ve Hematoloji, Genel Cerrahi, Endoskopi, Kadın Doğum ve Ameliyathane hemşireleri en çok katılırken, bu görüşe en az katılan Koroner Yoğun Bakım, Kardiyoloji ve Genel Yoğun Bakım hemşireleridir ($p<.01$). On birinci görüşe (Birimler arası güvenli hasta tesliminde gerekli bilgileri öncelik sırasına koymak için yeterli zamanımız vardır.) en çok katılan Ameliyathane, Acil Servis ve Endoskopi hemşireleri iken en az katılan Kardiyoloji hemşireleridir ($p<.01$). On ikinci görüşe (Çalıştığım kurumdaki mevcut bilgi teknolojisi hasta teslimini en iyi şekilde destekler.) en çok Ameliyathane, Endoskopi ve Koroner Yoğun Bakım hemşireleri katılırken diğerlerine oranla en az katılan Kardiyoloji ve Pediatri hemşireleridir ($p<.01$) (Tablo 7)

4.3 Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ile İlgili Deneyimleri

Tablo 8. Hasta Teslimi Yapılan Yerlerin Dağılımı (N=200)

Hasta Teslimi Yapılan Yerler	n	%
Hemşire rapor odası	136	68.0
Hemşire deski	22	11.0
Hasta başı	19	9.5
Hemşire rapor odası ve hasta başı	11	5.5

Hemşirelerin %68'i (n=136) hasta tesliminin rapor odasında, %11.0'i hemşire deskinde, %9.5'i (n=19) hasta başında, %5.5'i (n=11) hemşire rapor odası ve hasta başında yapıldığını ifade etmektedir (Tablo 8).

Tablo 9. Birimlere göre Hasta Teslim Süresi (N=200)

Birimler	n	Min (dk)	Maks (dk)
Koroner Yoğun Bakım	18	15	30
Genel Yoğun Bakım	19	10	45
Kardiyoloji Servisi	22	20	90
Genel Cerrahi Servisi	31	20	60
Acil Servis	18	5	30
Hematoloji ve Onkoloji Servisi	23	15	60
Kadın Doğum Servisi	13	5	60
Pediyatri Servisi	23	10	60

Hasta teslim süresi, servislerde hasta yoğunluğuna göre değişmekle birlikte hemşirelerin ifadelerinden yola çıkılarak yukarıdaki tabloda olduğu gibi görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin Birim İçi Hasta Tesliminde Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Görüşleri (N=200)

Birim İçi Hasta Teslimlerinde Yaşanan Sorunlar	Sayı	%
Sorun Yok	58	29.0
Hasta teslimi sırasında hasta, hasta yakını, doktor ve vizitler nedeniyle hasta tesliminin bölünmesi	60	30.0
Hasta ile ilgili bilgilerin eksik ya da yanlış aktarımı	51	25.5
Hasta tesliminin çok uzun sürmesi	31	15.5
Gürültü	15	7.5

*Birden fazla yanıt verildiğinden her bir satırda toplam katılımcı sayısına göre yüzde alınmıştır.

Hemşirelerin birim içi hasta teslimi sırasında yaşadığı sorunlar incelendiğinde, hemşirelerin %29'u (n=58) birim içi hasta teslimlerinde sorun yaşamadığını bildirmişlerdir. Hemşireler, birim içi hasta teslimi sırasında hasta, hasta yakını, doktor vizit ve direktifleri nedeniyle hasta teslim sürecinin bölünmesi %30 (n=60), hasta ile ilgili bilgilerin yanlış veya eksik aktarımı %25.5 (n=51), hasta tesliminin çok uzun sürmesi %15.5 (n=31), gürültü %7.5 (n=15) sorunlarıyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin Birimler Arası Hasta Tesliminde Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Görüşleri (N=200)

Birimler Arası Hasta Teslimlerinde Yaşanan Sorunlar	Sayı	%
Sorun Yok	39	19.5
Hastayla ilgili bilgilerin eksik aktarımı	91	45.5
Etkin bir şekilde dinlenmemesi	43	21.5
Hasta teslimlerinin uzun sürmesi	23	11.5
Birimler arası uygulama farklılıklarından dolayı geri dönüşlerin fazla olması	20	10.0
Hasta tesliminin bölünmesi	10	5.0
Gürültü	9	4.5
Hasta, hasta yakını ve teslimin yapılacağı birime haber verilmemesi	8	4.0

*Birden fazla yanıt verildiğinden her bir satırda toplam katılımcı sayısına göre yüzde alınmıştır.

SBAR yöntemiyle hasta teslimi yapan hemşirelerin birimler arası yaşadığı sorunlar incelendiğinde; hemşirelerin %19.5'si (n=39) herhangi bir sorun yaşanmadığını belirtirken, %45.5'i (n=91) hasta ile ilgili eksik bilgi verildiği yönünde görüş bildirmiştir. Birimler arası hasta teslimi yaparken hemşirelerin %21.5'i (n=43) etkin bir şekilde dinlenmedikleri yönünde görüş bildirmişlerdir. Hemşirelerin %11.5'si (n=23) hasta tesliminin uzun sürdüğünü, hemşirelerin %10'u (n=20), hasta teslimi yapıldıktan sonra, birimler arası uygulama farklılıklarından dolayı geri dönüşlerin olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sorunları, bölünmeler %5.0 (n=10), gürültü %4.5 (n=9) hasta teslimi yapılırken hasta, hasta yakını ve teslimin yapılacağı birime haber verilmemesi %4.0 (n=8) izlemektedir (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin Birim İçi ve Birimler Arası Hasta Teslimi Sırasında SBAR Formu Kullanırken Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımı (N=200)

Birim içi ve birimler arası hasta teslimi sırasında SBAR formu kullanırken yaşadığımız zorluklar	Sayı	%
Sorun Yok	36	18.0
SBAR formunun kullanımının zor olması, formda yer alan sıralamanın takip edilememesi	32	16.0
SBAR formunun çalışılan birime uygun olmaması ve değiştirilmesi gerektiği	30	15.0
Yazılı ve sözlü teslimi aynı anda takip etmenin zor olması	24	12.0
SBAR formunun zaman kaybına neden olması ve iş yükünü artırması	16	8.0

*Birden fazla yanıt verildiğinden her bir satırda toplam katılımcı sayısına göre yüzde alınmıştır.

Birim içi ve birimler arası hasta teslimi yapılırken SBAR formu kullanımı sırasında yaşadığımız zorluklar konusunda hemşirelerin %18.0'si (n=36) zorluk yaşamadığını ifade ederken, %16'sı (n=32) kurumda kullanılan SBAR formunun kullanımının zor olduğunu ve formda yer alan sıralamayı takip edemediklerini, %15'i (n=30) SBAR formunun çalıştığı birime uygun olmadığını ve değiştirilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu görüşü en çok vurgulayan Acil Servis ve Yoğun Bakım hemşireleridir. Yoğun Bakım hemşireleri %56,7'si (n=21) daha ayrıntılı bir form olması gerektiğini vurgularken, Acil Servis hemşireleri %61.1'i (n=11) hastayla ilgili pratik bilgileri içeren daha hızlı kullanılabilir bir forma ihtiyaç

olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %19.4'ü (n=24) sözlü ve yazılı teslimi aynı anda takip etmenin zor olduğunu belirtirken, hemşirelerin %13'ü (n=16) SBAR formunun zaman kaybına neden olduğunu ve iş yükünü artırdığını belirtmektedir (Tablo 12).

Tablo13. Hemşirelerin SBAR Hasta Teslim Formunun Yararlarına Yönelik Görüşleri (N=200)

SBAR Hasta Teslim Formunun Yararları	Sayı	%
Hasta ile ilgili bilgiler doğru, eksiksiz ve standardize bir şekilde aktarılır.	143	71.5
Hasta ile ilgili bilgiler hatırlatıcı ve kalıcı olur.	30	15.0
Hasta bakımında devamlılığı sağlar.	25	12.5
Hastanın güvenli bir şekilde teslim edilmesini sağlar	22	11.0

*Birden fazla yanıt verildiğinden her bir satırda toplam katılımcı sayısına göre yüzde alınmıştır.

Hasta teslimi yapılırken kullanılan SBAR hasta teslim formunun yararları hakkında hemşirelerin %78.1'i (n=143) hasta ile ilgili bilgilerin doğru, eksiksiz ve standardize bir şekilde aktarılmasını sağladığını, %16.3'ünün (n=30) hasta ile ilgili bilgilerin hatırlatıcı ve kalıcı olmasını sağladığını, %13.7'sinin (n=25) hasta bakımında devamlılığı sağladığını ve %12.1'inin (n=22) hastanın güvenli bir şekilde teslim edilmesini deneyimlediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin Hasta Teslim Sürecine Yönelik Önerilerinin Dağılımı (N=200)

Hasta Teslim Sürecine Yönelik Öneriler	Sayı	%
Hasta teslimi sırasında belirlenmiş bir zaman diliminde uzamadan hastayla ilgili en doğru, güncel ve eksiksiz bilgi verilmeli	32	16.0
Gürültüden uzak bir şekilde özel rapor odalarında bölünme olmaksızın yapılmalı	26	13.0
Hastayı teslim eden ve alan hemşire arasında etkin bir iletişim olmalı	24	12.0
Hasta teslim süreci ve SBAR iletişim tekniği kuruma uyum eğitimlerine dahil edilmeli	18	9.0

*Birden fazla yanıt verildiğinden her bir satırda toplam katılımcı sayısına göre yüzde alınmıştır.

Hemşirelerin deneyimlerinden yola çıkarak hasta teslim süreci ile ilgili önerileri sorulduğunda; hemşirelerin %50'si yanıt vermezken, %16'sı (n=32) hasta tesliminin belirlenmiş bir zaman diliminde uzamadan hastayla ilgili en doğru, güncel ve eksiksiz bilgi iletilmeli, hasta teslimi, gürültüden uzak bir şekilde özel rapor odalarında bölünme olmaksızın yapılmalı %13'ü (n=26), hasta teslimi yapılırken hastayı teslim eden ve alan hemşire arasında etkin bir iletişim olmalı %12'si (n=24), hasta teslim süreci ve SBAR iletişim tekniği kuruma uyum eğitimine dahil edilmeli %9 (n=18) önerilerini ifade etmişlerdir (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

SBAR iletişim tekniğiyle hasta teslimi yapılan bir hastanede hemşirelerin hasta teslim süreci ile ilgili görüş ve deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara yönelik literatür taraması yapılmış; daha çok tıbbi hata sıklıkları ve nedenlerine yönelik sağlık çalışanlarının görüşlerini ortaya koyan çalışmaların olduğu görülmüştür.^{17,18,19,20}

Hemşirelerin yaklaşık 2/3'ü (%64.5), “Çalıştığım birimde nöbet değişimi sırasında hastayı teslim eden hemşireden her zaman yeterli ve doğru bilgiyi alırım” ifadesine katıldığını/tamamen katıldığını bildirmiştir. İlave olarak bu ifadeye verilen yanıtların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışılan birim, toplam mesleki deneyim ile hastane ya da bölüm deneyimi yönünden farklı olmadığı görülmüştür. Japonya’da yapılan bir çalışmada, meslekte deneyim süresi arttıkça hasta teslimi sırasında daha yeterli ve doğru bilgi verdikleri tespit edilmiştir.⁴⁶ Bu bulgudan yola çıkılarak, hemşirelerin çoğunun birbirlerine hasta teslim ederken dikkatli oldukları ve yeterli/doğru bilgiyi vermeye çalıştıkları, en önemlisi de deneyimi kısa olanların da bu prosedüre bağlı kalarak uygun davranış sergiledikleri yönünde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısı (%48.5) “Çalıştığım birimde hasta teslimi sırasında hangi bilgilerin aktarılması gerektiği ile ilgili farklı görüşler vardır.” görüşüne katılmadığını/kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Görüşe verilen yanıtların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışılan birim, meslekte, hastanede ve birimde olan çalışma süresi yönünden farklı olmadığı tespit edilmiştir. Hasta tesliminin belli kurallara göre yapılması gerektiği ve hastayla ilgili belirlenen standart bilginin aktarılması gerekmektedir.⁴⁸ Bu bulgudan yola çıkılarak araştırmanın yapıldığı birimlerde çalışan hemşirelerin hasta teslimi sırasında hastayla ilgili belirlenmiş öncelik sırasına konulmuş standardize bilgilerin aktarmaya çalıştıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin ¾'ü (%74.5), “Çalıştığım birimde alınan bilginin doğru olarak anlaşıldığını teyit etmek için “geri okuma yöntemi” sık kullanılır.” görüşüne katıldığını/kesinlikle katıldığını ifade etmiştir. İlâveten, bu görüşe en çok ön lisans eğitimini tamamlamış hemşireler katılırken, en az katılan lisans eğitimini tamamlamış hemşirelerdir. Hastayla ilgili telefonda verilen bilgiler özellikle kritik test bilgileri geri okuma yöntemiyle verilmelidir.⁴⁹ Geri okuma yöntemi bilginin teyit edilmesi açısından değerlidir.⁴⁶ Geri okuma yöntemi hasta teslim sürecinin en önemli etmenlerindedir.¹³ Bu sonuçlara göre, kurumda çalışan tüm hemşirelerin geri okuma yöntemini benimsemek üzere eğitime alınması yararlı olabilir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%91.5) “Çalıştığım birimde hasta teslimi sırasında hastanın güvenliğini sağlamak en büyük önceliğimizdir.” görüşüne katıldığını/kesinlikle katıldığını ifade etmişlerdir. Görüşe verilen yanıtların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışılan birim, meslekte, hastanede ve birimde olan çalışma süresi yönünden farklı olmadığı tespit edilmiştir. Hasta teslimi sırasında hemşirenin rol ve sorumlulukları hasta güvenliğinde kilit noktadır.¹² Hemşirelerin hasta teslimiyle ilgili görüşleri ve endişeleri hasta güvenliğini geliştirmek için önemli bir çıktıdır.⁴⁶ Bu sonuçlara göre kurumda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konularıyla ilgili eğitim aldıkları ve hasta teslimi sırasında hasta güvenliği uygulamalarına öncelik verdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların tamamına yakını (%93) “Hastanın bana teslim edilmesiyle bakım sorumluluğunun da bana devredildiğini açıkça bilirim” görüşüne katıldığını/kesinlikle katıldığını ifade etmişlerdir. Görüşe verilen yanıtların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışılan birim, meslekte, hastanede ve birimde olan çalışma süresi yönünden farklı olmadığı görülmüştür. Etkin bir hasta teslimi için hemşirenin yetki ve sorumluluğunun farkında olması ve hasta güvenliği ile ilgili uygulamalara karşı pozitif görüşe sahip olması gerekmektedir.⁵⁰ Bu bulguyla birlikte çalışmaya katılan hemşirelerin hastanın teslim edilmesiyle hasta bakım yetki ve sorumluluğunun da farkında olduğu ve hasta güvenliği uygulamalarına dikkat ettikleri düşünülebilir.

Hemşirelerin yarısı (%52.5) “Çalışma arkadaşlarımla birim içi nöbet teslimlerinde bazen yeterli bilgiyi almadığımızı konuşuruz.” görüşüne

katıldığını/kesinlikle katıldığını bildirmiştir. Bu görüşün cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kadın hemşirelerin; erkek hemşirelere göre daha fazla katıldıkları görülmüştür. Hasta teslimi sırasında hastayla ilgili yeterli bilginin alınmaması, hemşirelerin hastayla ilgili bilgilere ulaşmak için dosyayı incelemelerine ve daha çok zaman kaybına neden olmaktadır.¹² Bu bulguyla birlikte, hemşirelerin hasta teslim uygulamalarına dikkat ettiklerini fakat bazen birim içi teslimlerde eksik bilgilerin kalabildiği, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere oranla yeterli bilginin alınmaması konusunda daha eleştirel bir şekilde baktıkları yorumlanabilir. Ayrıca, hemşirelerin teslim sırasında doğru bilgiyi vermek üzere ilave eğitim ihtiyacı olabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin 2/5'inin (%40.5) "Hasta teslimine katılan diğer birimlerle yaşadığımız sorunlara yönelik tartışma toplantıları düzenlemek kurumumuzda sık kullanılan bir yöntemdir." görüşüne katıldığını/kesinlikle katıldığını tespit edilmiştir. İlave olarak bu ifadeye verilen yanıtların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışılan birim, toplam mesleki deneyim ile hastane ya da bölüm deneyimi yönünden farklı olmadığı görülmüştür. İyi bir hasta teslimi, birimler arasında iyi ekip çalışması ve yapılandırılmış yetki ve sorumluluk transferi ile mümkündür.⁵⁰ Araştırmanın yapıldığı kurumda çalışan hemşirelerin güvenli hasta teslim süreçleriyle ilgili pozitif düşünceleri olduğu ve birimler arası olası hasta teslimi hatalarını en aza indirmek için çaba gösterdikleri, ancak bu toplantıların artırılması gerektiği söylenebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısının (%49.5) "Çalıştığım birimde birim içi hasta teslimlerinde çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır." görüşüne katıldığını/kesinlikle katıldığını görülmüştür. Ek olarak çalışmamıza katılan Ameliyathane hemşireleri birim içi hasta teslimlerinde çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapıldığını belirtirken Kardiyoloji, Pediatri ve Koroner Yoğun Bakım hemşireleri birim içi hasta teslimlerinin çoğunlukla bölündüğünü ifade etmişlerdir. Japonya'da yapılan bir araştırmada Acil Servis hemşireleri birim içi hasta teslimlerinde çok sık bölündüğünü belirtmişlerdir.⁴⁶ Hasta teslim sürecinin bölünmesi güvenli hasta tesliminin önemli bir engelidir.⁵¹ Hasta teslimindeki bölünmeler hastaya ilgili önemli bilgilerin kaybına neden olabilir ve iletişim

eksiklikleri ve hatalarını meydana getirir.¹² Çalışılan kurumda kapalı bölüm olarak ameliyathanedeki teslim ideal olmakla birlikte, açık birimlerdeki hasta teslim süreçlerinin bölünme olmayacak ya da en az düzeyde olacak şekilde iyileştirilmesine gereksinim vardır.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%88) “Çalıştığım birimde hastalarımızı diğer birimlere teslim etmeden önce anlayabilecek durumda iseler transfer planlarıyla ilgili bilgilendiririz.” görüşüne katıldığını/tamamen katıldığını ifade etmiştir. Ek olarak, bu görüş eğitim düzeyinden ve çalışılan birimden etkilenmektedir. Görüşe en çok lisansüstü eğitimini tamamlamış hemşireler katılırken en az katılan lisans eğitimini tamamlamış hemşirelerdir, bununla birlikte görüşe tüm birimler katılırken Ameliyathane ve Acil Servis hemşireleri en çok katılanlardır. Hasta ve hasta yakının hasta teslimine katılması, tedavi ve bakım sürecine dahil olmasını sağlar ve hasta tesliminin geniş ölçüde etkili olmasını sağlayarak hasta güvenliğini geliştirir.^{30,31} Hasta merkezli teslimlerin yapılması ve hastanın ve hasta yakınlarının sürecin içine dahil edilmesi hasta güvenliğini geliştirmektedir.³⁰ Bu bulgulardan yola çıkarak, araştırmanın yapıldığı kurumdaki hemşirelerin hastaları transfer planlarıyla ilgili bilgilendirmeye önem verdikleri düşünülebilir.

Hemşirelerin yarısının (%50) “Başka bir birime hasta teslimi sırasında çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.” görüşüne katıldığı tespit edilmiştir. Bu görüşe erkeklerin, meslekte bir yıl ve altı ile beş yıl üzerinde deneyim ile kurumda ve birimde bir yıl ve altı ile üç yıl üzerinde deneyimi olanların daha fazla katıldıkları belirlenmiştir. İlave olarak Koroner ve Genel Yoğun Bakım ve Kardiyoloji hemşireleri Ameliyathane ve Kadın Doğum birimlerinde çalışan hemşirelere göre birimler arası teslimde daha çok bölündüklerini bildirmişlerdir. Bu bulgular, birimler arası hasta teslimi açısından bölünmeleri azaltmak üzere süreçte iyileştirmeye ihtiyaç olduğu göstermektedir.

Hemşirelerin yaklaşık 2/3’ü (%62) “Birimler arası güvenli hasta tesliminde gerekli bilgileri öncelik sırasına koymak için yeterli zamanımız vardır.” görüşüne katıldığını/tamamen katıldığını ifade etmiştir. İlave olarak bu görüş eğitim düzeyi ve çalışılan birimden etkilenmektedir. Görüşe en çok ön lisans eğitimini

tamamlamış hemşireler katılırken en az katılan lisansüstü mezunu hemşirelerdir. Bu görüşe en az katılan Kardiyoloji birimi hemşireleri olurken en çok katılan Ameliyathane ve Acil Servis hemşireleridir. Bu bulguyla birlikte araştırmanın yürütüldüğü hastanede güvenli hasta tesliminin basamaklarından biri olan teslim yapılırken yeteri kadar zaman ayrılması konusunda bazı ünitelerde iyileştirmeye ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu (%78), “Çalıştığım kurumdaki mevcut bilgi teknolojisi hasta teslimini en iyi şekilde destekler.” görüşüne katılmaktadır. Ek olarak, bu görüşe verilen yanıtların eğitim düzeyi, çalışılan birim yönünden farklı olduğu görülmektedir. Bu görüşe en çok ön lisans mezunu hemşireler ve Ameliyathane hemşireleri katılırken diğerlerine oranla en az Kardiyoloji ve Pediatri hemşireleri katılmaktadır. Bu bulgudan yola çıkarak, araştırmaya katılan hemşirelerin kurumda bulunan mevcut bilgi teknolojisini hasta teslimi açısından yeterli buldukları, kurumun teknolojik alt yapısının güvenli hasta teslimine uygun olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%85.5), “Çalıştığım kurumda hasta teslim süreçleri yazılı talimatlar ve rehberler doğrultusunda yapılır.” katıldığı/tamamen katıldığını ifade etmişlerdir. Bu görüşe verilen yanıtların eğitim düzeyi yönünden farklılık göstermektedir. Görüşe en çok ön lisans eğitimi tamamlamış hemşireler katılırken en az lisans düzeyindeki hemşireler katılmaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak, kurumda hasta teslim süreçleriyle ilgili uygulanan belli bir prosedür olduğu ve en az deneyimli hemşirenin de bu kurallara uygun olarak hasta teslimi yaptığı düşünülebilir.

Hemşirelerin 4/5’i (%83) “Yeni çalışmaya başlayan tüm hemşireler hasta teslim süreçlerine yönelik her zaman standart bir eğitim alırlar.” görüşüne katıldığını/tamamen katıldığını ifade etmişlerdir. İlave olarak bu ifadeye verilen yanıtların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışılan birim, toplam mesleki deneyim ile hastane ya da bölüm deneyimi yönünden farklı olmadığı görülmüştür. Bu bulgudan yola çıkarak kurumda çalışan hemşirelerin hasta teslim süreçleriyle ilgili eğitim aldıkları ve belli kurallara göre hasta teslimi yaptıkları düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin 2/3'ü (%68), hasta teslimlerinin daha çok rapor odalarında yapıldığını belirtmişlerdir. Buna karşın çok az sayıda hemşire (%5) yalnızca hasta başı ve hem hasta başı hem de hemşire rapor odasında teslim yapıldığını ifade etmişlerdir. Hasta tesliminin rapor odalarında yapılması, çevrede oluşabilecek gürültüyü azaltarak teslimin güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlar ve bilgi karmaşasını engeller.²⁸ Diğer yandan hasta başı teslimi hemşirenin hastayı daha iyi tanımasını sağlar ve hastayı yatak başında değerlendirme yapmasına fırsat tanır.²⁸ Hasta tesliminin hem rapor odalarında hem de hasta başlarında yapılması hasta güvenliğini artırır ve hastayla ilgili bilgilerin kalıcı olmasını sağlayarak hemşire hatalarını azaltır.³¹ Bu bulgulardan yola çıkılarak kurumdaki hemşirelerin rapor odalarında teslim yaptıkları, hasta başı teslimler konusunda kurumda farkındalık yaratılması gerektiği düşünülebilir.

Hasta teslim süresi birimlerde hasta yoğunluğuna göre değişmekle birlikte hemşirelerin ifadelerinden yola çıkılarak en az 5 dk en fazla 90 dakika arasında değiştiği bulunmuştur. Hasta tesliminin birimlerdeki yoğunluğa göre en kısa Acil serviste, en uzun Kardiyoloji biriminde sürdüğü hemşireler tarafından ifade edilmiştir. Hasta tesliminin süresi hasta sayısı ve hastanın durumuna göre değişmekle birlikte standardize profesyonel iletişim teknikleri kullanılmasıyla birlikte teslimin 15-30 dakika sürdüğü bildirilmektedir.²⁷

Çalışmamızda hemşirelerin yaklaşık üçte biri (%29) birim içi hasta teslimlerinde sorun yaşamadığını belirtmekle birlikte, geriye kalan 2/3'ü ise hasta, hasta yakını, doktor vizit ve direktifleri nedeniyle hasta teslim sürecinin bölünmesi, yanlış/eksik bilgi aktarımı, teslim sırasında gürültü veya sürecin uzun olması gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Güvenli hasta tesliminin adımlarından biri hasta teslim sürecinin bölünmeden gerçekleştirilmesidir.¹¹ Hasta teslim sürecinde bölünme olması güvenli hasta tesliminde engel oluşturmaktadır.⁵¹ Hasta teslim sürecinde; acil durumlar, telefonların çalması, hasta ve hasta yakınının soruları ve istekleri nedeniyle bölünmeler en önemli hasta teslim süreci sorunudur.¹² Hastayla ilgili aktarılabilecek bilgilerin bölünmeye uğraması iletişim hatalarına ve iletişim eksikliklerine neden olabileceğinden konuya hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir. Ayrıca, eksik/yanlış bilgi aktarılması ve gürültünün önlenmesine yönelik olarak da

teslim süreci sırasında gerek teslim sürecine katılanlar gerekse çevrede bulunan kişilerin özen göstermesi gerçeğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda hemşireler, hasta teslim sürecinde yaşanan diğer önemli sorunlardan birinin hasta teslimlerinin uzun sürmesi olduğunu ifade etmişlerdir. Çok fazla bilgi, uzun teslimler, hastayla doğrudan ilgili olmayan gereksiz bilgiler içermektedir. Hemşireler bilgi kalabalığının da hasta tesliminde bir engel olduğunu belirtmişlerdir.¹² Hasta tesliminin uzun sürmesi, hastayla ilgili bilgilerin aktarımını zayıflatır ve hastayla ilgili önemli bilgilerin kaybına neden olabilir.^{53,54} Hasta teslimlerinin uzun sürmesi, hastayla doğrudan ilgili olmayan bilgilerin aktarımına neden olabilir. Hastayla doğrudan ilgili olmayan bilgiler hastanın tıbbi süreçlerinin devamını etkileyebilir.

Çalışmamızda hemşireler, birimler arası hasta teslim sürecinde yaşanan en büyük sorunlardan birinin hastayla ilgili bilgilerin eksik kalması (%45) olduğunu ifade etmişlerdir. Hindistan'da yapılan kalitatif bir araştırmada, hasta teslimi sırasında yaşanan en önemli sorunlar içinde eksik bilgi verilmesi olduğu saptanmıştır.⁵¹ Hasta teslimi sırasında hastayla ilgili eksik bilginin kalması, hemşirelerin hastayla ilgili bilgilere ulaşmak için dosyayı incelemelerine ve daha çok zaman kaybına neden olmaktadır.¹² Hasta teslimi sırasında hastayla ilgili en doğru, anlaşılır ve net bilginin verilmesi hasta tesliminin etkin bir şekilde yapıldığını gösterir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu (%71.5) SBAR iletişim aracının kullanılmasıyla birlikte hasta ile ilgili bilgilerin doğru, eksiksiz ve standardize bir şekilde aktarıldığını belirtmişlerdir. Demir ve Hotun'un çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin %54.3'ünün SBAR iletişim aracı ile hastası ile ilgili bilgileri eksiksiz ve hızlı bir şekilde aktardıklarını ve aynı zamanda SBAR iletişim aracı kullanılan dönemde hiç istenmeyen (advers) olay yaşanmadığı tespit edilmiştir.⁵⁵ SBAR iletişim modelinin sözel iletişimi kuvvetlendirdiği, hasta rapor teslim süresini kısalttığı, bu iletişim modelinin sağlık profesyonellerinin kişisel özelliklerinden etkilendiği görülmüştür.⁴³ Nöbet değişim sürecinin istenmeyen olaylar riskini artırdığı ve nöbet teslim sürecinde SBAR kullanımının hasta teslim sürecinin kesintisiz yapılabilmesinde önemli olduğu bildirilmiştir.⁴²

Hasta ile ilgili bilgilerin doğru ve eksiksiz bir şekilde aktarmak için yapılandırılmış profesyonel iletişim araçları kullanılmalıdır.^{40,56} Bu sonuçlardan yola çıkarak soru sorma ve cevaplama fırsatlarını içeren SBAR iletişim tekniğinin kullanılmasıyla birlikte hasta ile ilgili bilgilerin standardize bir şekilde aktarılmasını sağladığı, kanıta dayalı ve başarılı bir iletişim modeli olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin yaklaşık dörtte biri (%27.5) SBAR teslim formunun hastayla ilgili bilgiler konusunda hatırlatıcı olduğunu ve bakımın devamlılığını sağladığını ifade etmişlerdir. Yapılandırılmış hasta teslim iletişim formlarını kullanmak hastaya özgü özel bilgilerin unutulmasını engeller ve hastaya bakım verenlerin hastayla ilgili spesifik detayları hatırlamaktaki yükünü azaltarak iletişimi geliştirir aynı zamanda hemşire hatalarını azaltır.⁵⁷ Hasta teslim formunun içindeki hatırlatıcılar hastayla ilgili bilgilerin hafızada kalmasını kolaylaştırır. Güncel hasta teslim formları iletişimin ve bilgilerin geri çağırılması konusunda hatırlatıcıdır.⁵⁷ Hasta teslim formları hastayla ilgili bilgilere ulaşabilmek için hatırlatıcı kılavuzlardır.

Çalışmaya katılan hemşireler birim içi ve birimler arası hasta teslimlerinde SBAR formu kullanırken hemşirelerin beşte biri (%18) sorun yaşamadığını belirtmekle birlikte yaklaşık %40'ı SBAR formunun kullanımına ilişkin mevcut sıralamanın takip edilememesi, yazılı ve sözlü teslimin aynı anda takibinin zor olması, SBAR formunun zaman kaybına neden olması ve iş yükünü artırması gibi bazı zorluklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Demir ve Şahin'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %60'ının SBAR formunun zaman kaybı olduğunu değerlendirdikleri ve %57.1'inin SBAR formu kullanmak istemediklerini belirtmişlerdir.⁵⁵ Bu çalışmaya karşılık, hemşirelerin hasta teslim araçlarının kullanımındaki memnuniyetle ilgili yapılmış bir çalışmada araçların tüm hemşirelerde hasta teslim süresini kısalttığını ve hemşirelerin bu araçları etkili ve faydalı bulduğu algısını ortaya çıkarmışlardır.⁵⁸ Diğer taraftan uygun içerikte hazırlanan hasta teslim formlarının hasta teslim sürecini kolaylaştırdığı, birbirleriyle ilişki kurulabilecek verilerin tutarsız olmasının ise hasta teslim sürecini zorlaştırdığı belirtilmektedir.¹² Bu sonuçlardan yola çıkarak formların gözden geçirilmesi ve hemşirelerin SBAR iletişim tekniği konusunda eğitime alınmaları yararlı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Uluslararası Birleşik Komisyon tarafından akredite olmuş bir hastanede SBAR iletişim tekniğiyle hasta teslimi yapan 200 hemşirenin katıldığı hasta teslim süreci ile ilgili görüş ve deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar verilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunun kadın, genç yaşta (28 yaş altında), lisans ve üzeri düzeyde eğitime, beş yıl ve altında mesleki deneyime, üç yıl ve altında kurum ve birim deneyimine sahip olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu kurumun mevcut bilgi teknolojisinin hasta teslimini desteklediğini, kurumda hasta teslim süreçleriyle ilgili talimatlar ve prosedürlerin olduğunu, yeni çalışmaya başlayan hemşirelerin hasta teslim süreçleriyle ilgili her zaman standart bir eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin 2/5'i hasta teslimine katılan diğer birimlerle tartışma toplantıları yaptıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu teslim sırasında hastanın güvenliğini sağlamanın en büyük öncelikleri olduğunu, hastaların teslim edilmesiyle birlikte bakım ve sorumluluğun kendilerine geçtiğini, hastanın mevcut durumu uygunsa başka birimlere transfer sırasında hastayı transfer planıyla ilgili bilgilendirdiklerini ve yarısı ise bilgiyi teyit etmek üzere geri okuma yönteminin kullanıldığını ifade etmiştir.

Hemşirelerin yarısından fazlası hasta teslimlerinin daha çok rapor odalarında yapıldığını belirtmişlerdir. Yaklaşık yarısı birim içi ve dışı hasta teslimlerinde bölünme olmaksızın hasta teslimi yaptıklarını ve üçte ikisi nöbet değişimi sırasında her zaman yeterli ve doğru bilgiyi aldığını bildirmekle birlikte, yaklaşık yarısı da birim içi nöbet teslimlerinde bazen yeterli bilgiyi almadıklarını belirtmiş olup kadın hemşirelerin bu konuda daha endişeli olduğu görülmüştür. Yaklaşık yarısı ise hasta teslimi ile ilgili hangi bilgilerin aktarılacağı konusunda farklı görüşlerin bulunduğunu ifade etmiştir.

Hasta teslim süresinin, birimlerde hasta yoğunluğuna göre değişmekle birlikte en az 5 dk en fazla 90 dakika arasında değiştiği görölmüştür. Hasta tesliminin birimlerdeki yoğunluğa göre en kısa Acil serviste, en uzun Kardiyoloji biriminde sürdüğü ortaya konmuştur. Hemşirelerin yaklaşık üçte biri birim içi hasta teslimlerinde sorun yaşamadığını belirtmekle birlikte, geriye kalan 2/3'ü ise hasta, hasta yakını, doktor vizit ve direktifleri nedeniyle hasta teslim sürecinin bölünmesi, yanlış/eksik bilgi aktarımı, teslim sırasında gürültü veya sürecin uzun olması gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşireler birim içi ve birimler arası hasta teslimi sırasında SBAR formu kullanırken yaşadıkları zorlukları sırasıyla; SBAR formunun kullanımının zor olması, formda yer alan sıralamanın takip edilememesi, yazılı ve sözlü teslimi aynı anda takip etmenin zorluğu, SBAR formunun zaman kaybına neden olması ve iş yükünün artması gibi sorunlar ifade etmişlerdir.

Hemşireler, SBAR formuyla birlikte; hasta ile ilgili bilgilerin doğru, eksiksiz ve standardize edilmiş şekilde aktarıldığını, hasta ile ilgili bilgilerin hatırlatıcı ve kalıcı olduğunu, hasta bakımının devamlılığının sağlandığını, hastanın güvenli bir şekilde teslim edilmesinin kolaylaştırıldığını ifade etmişlerdir.

Hemşireler, hasta teslim sürecinin ve SBAR iletişim tekniğinin, kuruma uyum eğitimlerine dahil edilmesi gerektiğini, hasta tesliminin gürültüden uzak bir şekilde özel rapor odalarında bölünme olmaksızın yapılmasını, hastayı teslim eden ve alan hemşire arasında etkin bir iletişim olmasını, hasta tesliminin belirlenmiş bir zaman diliminde uzamadan hastayla ilgili en doğru, güncel ve eksiksiz bilgi verilmesi önerilerini dile getirmişlerdir.

Hasta teslim süreci ile ilgili SBAR yöntemini kullanan kurumda ilgili prosedür-talimatların ve eğitim programlarının varlığının hemşireler tarafından bilinmesi ve hemşirelerin hasta teslim süreci yönünden hasta güvenliğini öncelemesi ve bu sürece sahip çıkması kuşkusuz çok önemli bir gelişmedir.

Hasta tesliminde SBAR yöntemi kullanımının daha iyileştirilmesi açısından uygulamaya dönük olarak teslim sırasında bölünmelerin ve gürültünün azaltılmasına yönelik önlemlerin alınmasına, eksiksiz bilgi aktarmaya ilişkin hemşirelerin eğitilmesine ve hemşireler arasındaki farkındalıkların eşitlenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca, bu çalışma hemşirelerin ifadelerine göre düzenlenmiş olup bu konuda gözleme dayalı ve teslimle ilgili olası hatalara ya da iyileşmelere yönelik hasta sonuçlarını ortaya koyan çalışmalar yapılması önerilir.



7. KAYNAKÇA

1. Committee on the Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* National Academies Press; Washington, DC:36
2. Joint Commision Center for Transforming Health Care: Facts about Handof Communication Project (2012).http://www.centerfortransforminghealthcare.org/tst_hoc.aspx (Erişim Tarihi: 18.09.2016)
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Joint Commission Intemational Center for Patient Safety.Available At: www.Jcpatientsafety.Org. Erişim Tarihi: 18.09.2015.
4. Freitag, M., & Carroll, V. S. (2011). Handoff Communication: Using Failure Modes and Effects Analysis to Improve the Transition in Care Process. *Quality Management in Healthcare*, 20(2), 103-109.
5. Benham-Hutchins, M.M., & Effken, J.A. (2010). Multi-Professional Patterns and Methods of Communication during Patient Handoffs. *International Journal of Medical Informatics*, 79(4), s:252-267.
6. Committee on the Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2004). *Crossing the Quality Chiasm: A New Health System for The 21st Century*, National Academies Press; Washington, DC:45
7. O'Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing Handover: It's Time for Change. *Contemporary Nurse*, 30(1), s:2-11.
8. Laxmisan A., Hakimzada F., Sayan O. R., Green, R. A., Zhang, J., & Patel, V. L., (2007). The Multitasking Clinician: Decision-Making and Cognitive Demand During and After Team Handoffs in Emergency Care. *International Journal of Medical Informatics*, 76(11), s:801-811.
9. Coiera, E.W., Jayasuriya, R.A., Hardy, J., Bannan, A., & Thorpe, M.E. (2002). Communication Loads on Clinical Staff in the Emergency Department. *Medical Journal of Australia*, 176(9), s:415-418.
10. Hedberg, B., & Larsson, U.S. (2004). Environmental Elements Affecting the Decision-Making Process in Nursing Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), s:316-324.

11. Patterson, E.S., Roth, E.M., Woods, D.D., Chow, R., & Gomes, J. O. (2004). Handoff Strategies in Settings with High Consequences for Failure: Lessons for Health Care Operations. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), s:125-132.
12. Welsh, C.A, Flanagan, M.E., & Ebright, P. (2010). Barriers And Facilitators to Nursing Handoffs: Recommendations for Redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), s:148-154.
13. Petersson,P, Hagell,P, & Westergren,A. (2015). The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication Between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal*, 8(3), s:530.
14. Agarwal, HS, Saville, BR, Slayton, JM, Donahue, B.S, Daves, S, Christian, K. G & Harris, Z. L. (2012). Standardized Postoperative Handover Process Improves Outcomes in the Intensive Care Unit: A Model for Operational Sustainability and Improved Team Performance. *Critical Care Medicine*, 40(7), s:2109-2115.
15. Boaro, N, Fancott, C, Baker, R, Velji, K, & Andreoli, A (2010). Using SBAR to Improve Communication in Interprofessional Rehabilitation Teams. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), s:111-114.
16. Meester KD, Verspuy M, Monsieurs K.G, Bogaert PV., (2013). SBAR Improves Nurse–Physician Communication and Reduces Unexpected Death: A Pre and Post Intervention Study. *Resuscitation* 84. s:1192–1196.
17. Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., & Çimen, M. (2012). Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4).
18. Gökdoğan F, Yorgun S, (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 2
19. Özata, M, Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), s:100-111.
20. Badir, A., & Herdman, E.A. (2008). Critical Care Nurses' Perceptions of Patient Safety in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), s:375-378.

21. Sağlıkta Kalite Standartları “Hastane”
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>
(Erişim Tarihi: 15.06.2016).
22. Miller, C., 1998. Ensuring Continuing Care: Styles and Efficiency of the Handover Process. *Australian Journal of Advanced Nursing* 16, 23–27
23. Streitenberger K, Breen-Reid K, Harris C. (2006). Handoffs in Care Can We Make Them Safer? *Pediatr Clin North Am.* 53(6), S:1185-1195.
24. Abraham, J, Kannampallil, T, Brenner, C, Lopez, K. D, Almoosa, K. F, Patel, B, & Patel, V. L. (2016). Characterizing the Structure and Content of Nurse Handoffs: A Sequential Conversational Analysis Approach. *Journal of Biomedical Informatics*, 59, s:76-88.
25. Abraham, J, Kannampallil, T.G. & Patel V.L. (2012). Bridging Gaps in Handoffs: A Continuity of Care Based Approach. *Journal of Biomedical Informatics*, 45(2), s:240-254.
26. ACSQHC, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). <https://www.safetyandquality.gov.au/wpcontent/uploads/2012/01/ossie.pdf>. (Erişim Tarihi: 15.05.2017).
27. Sarı D., Taşkiran N. (2017). Hasta Güvenliği Açısından Önemli Bir Sorun: Hasta Teslimi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;14 (1), s:93-97.
28. Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, Patterson D, (2011). Communication at the Bedside to Enhance Patient Care: A Survey of Nurses' Experience and Perspective of Handover. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), s:133-140.
29. Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot Study to Show the Loss of Important Data in Nursing Handover. *British Journal of Nursing*, 14(20), s:1090-1102.
30. Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: a case study. *International journal of nursing practice*, 16(1), 27-34.
31. Jorm CM, White S, Kaneen T (2011). Clinical handover: critical communications. *Med J Aust* 190:11(Suppl): S108-9

32. Yeh, J, & DeName, K. (2009). Patient Handoffs in Obstetrics and Gynecology: A vital link in patient safety. *Clinical Medicine Insights. Women's Health*, 2, 17
33. Chapman, Y. L, Schweickert, P., Swango-Wilson, A., Aboul-Enein, F. H., & Heyman, A. (2016). Nurse Satisfaction with Information Technology Enhanced Bedside Handoff. *Medsurg Nursing*, 25(5).
34. Jukkala, A.M., James, D., Autrey, P., Azuero, A., & Miltner, R. (2012). Developing A Standardized Tool to Improve Nurse Communication during Shift Report. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3), s:240-246.
35. Wentworth, L, Diggins, J, Bartel, D, Johnson, M., Hale, J., & Gaines, K. (2012). SBAR: Electronic Handoff Tool for Noncomplicated Procedural Patients. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(2), s:125-131.
36. Clark E, Squire, S., Heyme, A., Mickle, M. E., & Petrie, E. (2009). The PACT Project: Improving Communication at Handover. *Med J Aust*, 190 (11 Suppl), s:125-127.
37. Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW. (2009). Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature. *American Journal of Medical Quality*. 24(3). s:196-204.
38. Leonard M, Graham S, Bonacum D. (2004). The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), s:185-190.
39. Weiss, S.A, & Tappen, R.M. (2014). Essentials of nursing leadership and management. Communicating with others and working with the interprofessional team. FA Davis.
40. Haig, K.M., Sutton, S, & Whittington, J. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), s:167-175.
41. Demir S, Şahin NH. (2013). Perinatal Hasta Güvenliğinde Hasta Teslimi: Kullanılan İletişim Teknikleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (3): s:32-37

42. Renz, S. M., Boltz, M. P., Wagner, L.M., Capezuti, E. A., & Lawrence, T. E. (2013). Examining the Feasibility and Utility of an SBAR Protocol in Long-Term Care. *Geriatric Nursing*, 34(4), s:295-301
43. Wang W, Liang Z, Blazek A, Greene B. (2015). Improving Chinese Nursing Students' Communication Skills by Utilizing Video-Stimulated Recall and Role-Play Case Scenarios to Introduce Them to the SBAR Technique. *Nurse Education Today* 35 s:881–887
44. Australian Medical Association. Safe Handover:Safe patients(2006). Guidance on Clinical Handover for Clinicians and Managers.Canberra: AMA.
45. Foster, S., Manser, T. (2012). The Effects of Patient Handoff Characteristics on Subsequent Care: A Systematic Review and Areas for Future Research. *Academic Medicine*, 87(8), 1105-1124.
46. Gu X, Andersen H. B, Madsen M. D., Itoh K, Siemsen MI, (2012). Nurses' Views of Patient Handoffs in Japanese Hospitals. *Journal of Nursing Care Quality*.27(4), 4. s:372–380.
47. Grant, J.S., & Davis, L.L. (1997). Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269-274.
48. Arora, V.M, Johnson, J.K, Meltzer, D.O, & Humphrey, H.J. (2008). A Theoretical Framework and Competency-Based Approach to Improving Handoffs. *Quality and Safety in Health Care*, 17(1), s:11-14.
49. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> Erişim Tarihi: 16.10.2016
50. Lee, S.H., Phan, P.H., Dorman, T., Weaver, S.J., & Pronovost, P. J. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 16(1), 254.
51. Frankel, R.M., Flanagan, M., Ebright, P., Bergman, A., O'brien, C.M., Franks, Z, Saleem, J.J. (2012). Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. *BMJ Qual Saf*, 21(Suppl 1), i121-i128.
52. Wacogne, I., Diwakar, V. (2010). Handover and note-keeping: the SBAR approach. *Clinical Risk*, 16(5), s:173-175.

53. Wong, M.C, Turner, P, & Yee, K. C. (2008). Involving Clinicians in the Development of an Electronic Clinical Handover System-Thinking Systems not Just Technology. *Studies in Health Technology and Informatics*. s:136, 490.
54. Sherlock, C. (1995). The Patient Handover: A Study of its form, function and efficiency. *Nursing Standard*, 9(52), s:33-36
55. Demir, S., & Şahin, N. H. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde Hasta Tesliminde SBAR İletişim Tekniğinin Kullanımı ve Hemşire/Ebelerin Görüşlerinin Belirlenmesi.
56. Lim, F., Pajarillo, E. J. (2016). Standardized Handoff Report Form in Clinical Nursing Education: An Educational Tool for Patient Safety and Quality of Care. *Nurse Education Today*, 37, s:3-7.
57. Nasarwanji, M.F., Badir, A., & Gurses, A. P. (2016). Standardizing Handoff Communication: Content Analysis of 27 Handoff Mnemonics. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(3), s:238-244.
58. Nelson, B. A., & Massey, R. (2010). Implementing an Electronic Change-of-Shift Report Using Transforming Care at the Bedside Processes and Methods. *Journal of Nursing Administration*, 40(4), s:162-168.
59. Biçer, E.K., Güçlüel, Y., Neymen, A., Yiğit, Ş. (2013). Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), s:14-20.
60. Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse Handover: Patient and Staff Experiences. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(7), s:386-393.
61. Badir A. (2009). The Development of Patient Turkey; Constraints and Limitations. *Journal of Nurse Care Quality*, 24(4), s:348-353.
62. Drach-Zahavy A., Hadid, N. (2015). Nursing Handovers as Resilient Points of Care: Linking Handover Strategies to Treatment Errors in the Patient Care in the Following Shift. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), s:1135-1145.

63. Dusek, B., Pearce, N., Harripaul, A., & Lloyd, M. (2015). Care Transitions: A Systematic Review of Best Practices. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(3), s:233-239.
64. Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Esin, M. N. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1. Baskı. ISBN, 978-605.
65. Kear, T. M. (2016). Patient Handoffs: What They are and How They Contribute to Patient Safety. *Nephrology Nursing Journal*, 43(4), s:339.
66. Meisel, Z. F., & Smith, R. J. (2015). Talking Back: A Review of Handoffs in Pediatric Emergency Care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 16(2), s:76-82.
67. Narayan, M.C. (2013). Using SBAR Communications in Efforts to Prevent Patient Rehospitalizations. *Home Healthcare Now*, 31(9), s:504-515.
68. Novak, K., & Fairchild, R. (2012). Bedside Reporting and SBAR: Improving Patient Communication and Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), s:760-762.
69. Richter, J.P., Mclearney, A.S., & Pennell, M.L. (2016). The Influence of Organizational Factors on Patient Safety: Examining Successful Handoffs in Health Care. *Health Care Management Review* 41(1),s:32-41.
70. Strople, B, & Ottani, P. (2006). Can Technology Improve İntershift Report? What the Research Reveals. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), s:197-204.
71. Şenocak, Ş.M. (2014). *Biyoistatistik, Araştırma Yöntembilimi*. İstanbul. İstanbul Tıp.
72. Thomas, C. M., Bertram, E., & Johnson, D.(2009). The SBAR Communication Technique: Teaching Nursing Students Professional Communication Skills. *Nurse Educator*, 34(4), 176-180.
73. Zou, X.J., & Zhang, Y. P. (2016). Rates of Nursing Errors and Handoffs-Related Errors in a Medical Unit Following Implementation of a Standardized Nursing Handoff Form. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1),s:61-67

74. Apker J, Mallak L. A, & Gibson S. C. (2007). Communicating in the “Gray Zone”: Perceptions About Emergency Physician Hospitalist Handoffs and Patient Safety. *Acad Emerg Med*, 14 (10), s:884-894.
75. Alstveit, K. L, Aase, K, & Barach, P. (2011). Addressing Risk Factors for Transitional Care of the Elderly–Literature Review. Bagnara, Bellandi, Lianeza, Rosal & Tartaglia (Eds.), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, s:777-782.
76. Schneider, D. (2005). SBAR Initiative to Improve Staff Communication. *Healthcare Benchmarks Quality Improve*, 12, s:40-41



8. EKLER

EK- 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM VE VERİ TOPLAMA FORMU

FORM NO:|_|_|_|

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Meslektaşım,

Bu çalışmanın amacı; hasta teslim süreci ve hasta teslim formu olarak kurumda kullanılmakta olan SBAR hasta teslim formuna ilişkin görüş ve deneyimlerinizi ortaya çıkarmaktır. Elde edilen sonuçlar kurumda hasta teslimine ilişkin süreçlerin daha da iyileştirilmesi için veri oluşturacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde veri toplama formuna verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak, bu çalışma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Merve SIVACI

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

VERİ TOPLAMA FORMUNU DOLDURMAYA BAŞLAMADAN ÖNCE LÜTFEN AŞAĞIDAKİ KAVRAMLARI OKUYUNUZ.

Hasta Teslimi: Hastayla ilgili bilgilerin, hasta bakım sorumluluğunun ve yetkisinin bir sağlık profesyoneline diğer sağlık personeline, bir servisten diğer servise, bir kuruluştan diğer kuruluşa devredilme sürecidir.

Birim içi hasta teslimi: Aynı bölüm içinde hastayla ilgili bilgilerin, hasta bakım sorumluluğunun ve yetkisinin bir sağlık profesyoneline diğer sağlık personeline devredilme sürecidir.

Birimler arası hasta teslimi: Bir servisten başka bir servise hasta bakım sorumluluğunun ve yetkisinin bir sağlık profesyoneline diğer sağlık profesyoneline devredilme sürecidir.

SBAR: Bir sağlık profesyoneline diğer sağlık çalışanına hastayla ilgili bilgilerin tam, net ve açık bir şekilde iletilmesini sağlayan iletişim adımlarının İngilizce baş harflerinden oluşan bir iletişim tekniğidir.

S-Situation(Durum): Hastanın kimlik bilgisi, doktoru, alerjisi, geliş şikayeti ve hastaneye yatış tarihini içermektedir.

B-Background(Geçmiş): Yatış tanısı, özgeçmişindeki hastalıklar ve operasyonlar, soygeçmişinde mevcut olan hastalıklarını içermektedir.

A-Assessment(Değerlendirme): Yaşam bulguları, sistemik değerlendirme bulguları, risk değerlendirme sonuçları, pansumanı, kritik test sonuçları, konsültasyonları içermektedir.

R-Recomendation(Öneriler): Planlanan bakım, planlanan tetkikler, önerilerden oluşmaktadır.

VERİ TOPLAMA FORMU

Bölüm 1. Hemşirelerin Bireysel, Mesleki Özellikleri ve Hasta Teslimi Süreci ile İlgili Sorular

1. Cinsiyetiniz:.....
2. Yaşınız:
3. Eğitim Düzeyiniz (lise, lisans, lisansüstü v.b):.....
4. Hemşirelik mesleğinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?
5. Bu kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz?
6. Hangi birimde çalışıyorsunuz?
.....
7. Kaç yıldır bu birimde çalışıyorsunuz?
.....
8. Biriminizde nöbet değişimi sırasında hasta teslimini nerede yapıyorsunuz?
9. Biriminizde nöbet değişimi sırasında hasta teslimine kimler katılıyor?
10. Biriminizde nöbet değişimi sırasında hasta teslimine ayırdığınız süreyi (dakika ya da saat) yazar mısınız?
11. Biriminizde nöbet değişiminde hasta teslimi sırasında yaşadığınız en önemli sorunlar nelerdir? Açıklar mısınız?
12. Birimler arası hasta teslimi sırasında yaşadığınız en önemli sorunlar nelerdir? Açıklar mısınız?
13. Biriminizde ya da birimler arası hasta teslimi sırasında SBAR hasta teslim formu kullanmanın yararları nelerdir? Açıklar mısınız?
14. Biriminizde nöbet değişiminde hasta teslimi sırasında SBAR hasta teslim formu kullanırken hangi konularda zorluklar yaşıyorsunuz? Açıklar mısınız?
15. Hasta teslim sürecine yönelik diğer görüş ve önerileriniz nelerdir? Açıklar mısınız?

Bölüm 2. Hemşirelerin Hasta Teslim Sürecine İlişkin Görüşleri

Hasta teslim sürecine ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan maddenin bulunduğu kutucuğu (✓) işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Çalıştığım birimde nöbet değişimi sırasında hastayı teslim eden hemşireden her zaman yeterli ve doğru bilgiyi alırım.					
2. Çalıştığım birimde hasta teslimi sırasında hangi bilgilerin aktarılması gerektiği ile ilgili farklı görüşler vardır.					
3. Çalıştığım birimde alınan bilginin doğru olarak anlaşıldığını teyit etmek için “geri okuma yöntemi” sık kullanılır.					
4. Çalıştığım birimde hasta teslimi sırasında hastanın güvenliğini sağlamak en büyük önceliğimizdir.					
5. Hastanın bana teslim edilmesiyle bakım sorumluluğunun da bana devredildiğini açıkça bilirim.					
6. Çalışma arkadaşlarımla birim içi nöbet teslimlerinde bazen yeterli bilgiyi almadığımızı konuşuruz.					
7. Hasta teslimine katılan diğer birimlerle yaşadığımız sorunlara yönelik tartışma toplantıları düzenlemek kurumumuzda sık kullanılan bir uygulamadır.					
8. Çalıştığım birimde birim içi hasta teslimlerinde çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.					
9. Çalıştığım birimde hastalarımızı diğer birimlere teslim etmeden önce anlayabilecek durumda iseler transfer planlarıyla ilgili bilgilendiririz.					
10. Başka bir birime hasta teslimi sırasında çoğunlukla bölünme olmaksızın hasta teslimi yapılır.					
11. Birimler arası güvenli hasta tesliminde gerekli bilgileri öncelik sırasına koymak için yeterli zamanımız vardır.					
12. Çalıştığım kurumdaki mevcut bilgi teknolojisi hasta teslimini en iyi şekilde destekler.					
13. Çalıştığım kurumda hasta teslim süreçleri yazılı talimatlar ve rehberler doğrultusunda yapılır.					
14. Yeni çalışmaya başlayan tüm hemşireler hasta teslim süreçlerine yönelik her zaman standart bir eğitim alırlar.					

EK-2. Uzman Listesi

KAPSAM GEÇERLİĞİ

Uzman Grup Listesi

1. Fatma KÜÇÜKERENKÖY
2. Emine TÜRKMEN
3. Nilgün GÖKTEPE
4. Nurgül TÜMER
5. Nazife KAYA
6. Arzu Kader HARMANCI
7. Kader Özge TEKKAŞ
8. Filiz KANTEK
9. Şeyda Seren İNTEPELER
10. Begüm YALÇIN

EK-3. Veri Toplama Formunun Kapsam Geçerliliği için Uzman Görüşü Versiyonu

03.05.16

Sayın ...,

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Prof. Dr. Aysel BADIR'ın danışmanlığında "Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ve Hasta Teslim Formu Olarak SBAR Kullanımı Hakkındaki Görüşleri ve Deneyimleri" konulu yüksek lisans tez çalışmamın ilk aşamasında kapsam geçerliliği ve dil geçerliliği için sizin uzman görüşünüze gereksinim duymaktayız. Görüşleriniz, soru formunun kapsamının doğru şekilde belirlenmesi açısından çalışmamıza çok önemli katkılar sağlayacaktır.

Araştırmacı tarafından, araştırmacı gözleminden ve literatür bilgisinden yola çıkarak "Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ve Hasta Teslim Formu Olarak SBAR Kullanımı Hakkındaki Görüş ve Deneyimleri Veri Toplama Formu" oluşturulmuştur. Bu form, araştırmacı tarafından literatür bilgileri (Gu ve ark, 2012; Wang ve 2009; Peterson ve ark, 2015) ve araştırmacının gözlemi dikkate alınarak hazırlanmıştır. Hazırlanan form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hemşirelerin hasta teslim süreci ile ilgili görüşleri ve deneyimleri bulunurken, ikinci bölümde ise hemşirelerin hasta teslim formu olarak SBAR kullanımı hakkındaki görüşleri ve deneyimleri bulunmaktadır. Sorulara verilecek yanıtlar Likert tipi hazırlanmış olup 5'li Likert sistemine göre düzenlenmiştir. Puan ortalaması arttıkça hemşirelerin olumlu görüşünün arttığı görülecektir.

Sizden, soru formunda yer alan maddeleri, kapsam geçerliliği yönünden incelemenizi ve kapsam geçerliliğini "kesinlikle yer almalı, yer alması iyi olur, çıkarılsa iyi olur, kesinlikle çıkarılmalı", seçeneklerinden birini işaretleyerek görüşünüzü bildirmenizi; eğer bu seçeneklerden kesinlikle yer almalı seçeneğini işaretlemediyseniz o maddeye öneri yazmanızı rica ederiz. Değerli katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Prof. Dr. Aysel BADIR

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü

İç Hastalıkları A.D. Öğretim
Üyesi

Merve SIVACI

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

**HEMŞİRELERİN HASTA TESLİM SÜRECİ VE HASTA TESLİM FORMU
OLARAK SBAR KULLANIMI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE DENEYİMİ VERİ
TOPLAMA FORMU**

AÇIKLAMA: Her ifade, katılımcı tarafından “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum” şeklinde değerlendirilecektir.

İFADELER	KESİNLİKLE YER ALMALI	YER ALMASI İYİ OLUR	ÇIKARILSA İYİ OLUR	KESİNLİKLE ÇIKARILMALI
Bölüm 1: Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ile ilgili Görüşleri ve Deneyimleri				
1. Hasta teslimine katılan diğer bölüm/ünite/servislerle olası sorunları ortaya çıkarmak / tartışmak sık kullanılan bir uygulamadır. ÖNERİ:				
2. Bölüm/Servis içindeki nöbet değişiminde hasta teslimi sırasında hastayı teslim eden hemşireden hastalar hakkında her zaman yeterli ve doğru bilgiyi alırım. ÖNERİ:				
3. Servisim/ünitem hasta teslimi ile ilgili hangi bilgilerin ilişkili olduğu hakkında çoğunlukla farklı görüşe sahiptir. ÖNERİ:				
4. Ünitemizde “geri okuma” alınan bilginin doğru olarak anlaşıldığını teyit etmek için sık kullanılan bir yöntemdir. ÖNERİ:				
5. Ünite içinde nöbet teslimlerinde bazen yeterli bilgiyi almadığımızı konuşuruz. ÖNERİ:				
6. Hastalarımızı diğer ünitelere/ servislere/ bölümlere teslim etmeden önce anlayabilecek durumda iseler transfer planlarıyla ilgili bilgilendiririz. ÖNERİ:				
7. Hastanın teslim edilmesiyle bakım sorumluluğunun bana devredildiğini açıkça anlıyorum. ÖNERİ:				
8. Çalıştığım üniteye hasta teslimi sırasında hastanın güvenliği en büyük önceliğimizdir. ÖNERİ:				
9. Kurumumda hasta teslimi daha etkin bir şekilde yapılabilir. ÖNERİ:				
10. Ünite/ bölüm/servisler arası güvenli bir hasta tesliminde gerekli bilgileri öncelik sırasına koymak için yeterli zamanımız vardır. ÖNERİ:				
11. Başka bir üniteye hasta teslimi sırasında nadiren kesintiye uğrarız. ÖNERİ:				
12. Bölüm içindeki hasta teslimlerinde nadiren kesintiye uğrarız. ÖNERİ:				
13. Mevcut olan bilgi teknolojisi hasta teslimini en iyi şekilde destekler. ÖNERİ:				
14. Kurumumda başka üniteye hasta teslimi ile ilgili yazılı talimatlar ve rehberler				

bulunmaktadır. ÖNERİ:				
15. Kurumumda bölüm içinde hasta teslimi ile ilgili yazılı talimatlar ve rehberler bulunmamaktadır. ÖNERİ:				
16. Yeni çalışmaya başlayan hemşireler bölüm içindeki nöbet değişiminde hasta teslimi ile ilgili her zaman standart bir eğitim alırlar. ÖNERİ:				
17. Yeni çalışmaya başlayan hemşireler üniteye/servise hasta teslimi ile ilgili her zaman standart bir eğitim alırlar. ÖNERİ:				
Bölüm 2: Hemşirelerin Hasta Teslim formu Olarak SBAR kullanımı Hakkındaki Görüşleri ve Deneyimleri				
1. SBAR sayesinde hasta ile ilgili bilgileri doğru bir şekilde sınıflandırabiliyorum. ÖNERİ:				
2. SBAR sayesinde planlı ve programlı hasta teslim ediyorum. ÖNERİ:				
3. SBAR sayesinde hasta ile ilgili son değişiklikleri rahatlıkla takip ediyorum. ÖNERİ:				
4. SBAR Formu kullanmak hastaya verilen hemşirelik bakımının kesintisiz bir şekilde devam etmesini sağlıyor. ÖNERİ:				
5. SBAR sayesinde hasta teslim sürecine daha etkin katılabiliyorum. ÖNERİ:				
6. Hasta ile ilgili en kritik bilgiyi SBAR sayesinde hekime daha iyi açıklıyorum. ÖNERİ:				
7. SBAR kullanarak hasta ile ilgili önemli olan bilgileri aktarabiliyorum. ÖNERİ:				
8. SBAR sayesinde hasta ile ilgili bilgileri diğer sağlık çalışanlarına (diyetisyen, fizyoterapist vb) sistematik şekilde aktarıyorum. ÖNERİ:				
9. SBAR formuyla üniteden üniteye hasta teslimi yapılırken çoğu zaman hemşirelik bakımına uygun olmayan bilgiler veriliyor. ÖNERİ:				
10. SBAR formu kullanmamın hemşirelik bakım kalitesini arttırdığını biliyorum. ÖNERİ:				
11. Kurumda hasta teslim formu (SBAR) etkili bir şekilde kullanılır. ÖNERİ:				
12. SBAR formu benim çalıştığım bölüm için uygun değil revize edilmelidir. ÖNERİ:				
13. Hasta tesliminin sözlü teslim bölümünde SBAR formunu takip etmekte zorlanıyorum. ÖNERİ:				
14. Hasta teslimini öğrenmem ve içselleştirmem için hizmet içi eğitimlere ihtiyacım var. ÖNERİ:				
15. Hasta teslimi eğitimi lisans düzeyi hemşirelik programlarına dahil edilmelidir. ÖNERİ:				

EK-4. ETİK KURUL KARARI

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	27.01.2016
Karar No:	2016.019.IRB3.016
Sorumlu Araştırmacı:	Merve Sıvacı
Araştırma Başlığı:	Hemşirelerin hasta teslim formu olarak SBAR kullanımı hakkındaki görüşleri ve deneyimleri
Başlangıç tarihi:	01.02.2016
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

EK-5. ETİK KURUL KARAR DEĞİŞİKLİĞİ

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

SOSYAL BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	27.01.2016
Karar No:	2016.019.IRB3.016
Sorumlu Araştırmacı:	Merve Sivacı
Araştırma Başlığı:	Hemşirelerin Hasta Teslim Süreci ile İlgili Görüşleri ve Deneyimleri
Başlangıç tarihi:	01.02.2016
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)
Talep Edilen Değişiklik:	<ul style="list-style-type: none">• Proje Adı Değişikliği• Veri Toplama Formunda Değişiklik
Karar:	Onaylanmasına karar verilmiştir.

27.01.2016 tarihli Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Toplantısında 2016.019.IRB3.016 protokol numarası ile görüşülen ve Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından onaylanan yukarıda künyesi yazılı projeniz için istemiş olduğunuz değişiklik ve uzatma talepleriniz kabul edilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

EK-6. KURUM İZİNİ

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



8 Şubat 2015

Konu: Araştırma İzni
Sayı: 81917885-302.14-605.99-42

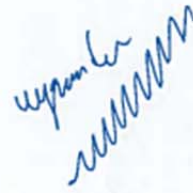
VKV Sağlık Kuruluşları Genel Müdürlüğü'ne

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda öğrenim gören Merve Sıvacı'nın HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında "**Hemşirelerin Hasta Teslim Formu Olarak SBAR Kullanımı Hakkındaki Görüşleri ve Deneyimleri**" başlıklı araştırmayı gerçekleştirmesi planlanmaktadır. Araştırma projesi ile ilgili etik kurul izni ilişiktedir. Doç. Dr. Aysel Badır'ın danışmanlığında yürütülecek söz konusu araştırma projesinin kurumunuza bağlı VKV Amerikan Hastanesi'nde yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini görüş ve onayınıza sunarım.

Saygılarımla,



Prof. Dr. İHSAN SOLAROĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdür



EK-7.

ÖZGEÇMİŞ FORMU



1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	Merve SIVACI
Akademik Unvanı/Pozisyonu:	Yüksek Lisans Öğrencisi
Fakülte/Bölüm:	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Departman/Ünite:	Koroner Yoğun Bakım/ Hemşire
Ev telefonu:	
İş telefonu ve Cep telefonu:	444 3 777 / 1260-1261-1262 05068234235
E-posta adresi:	msivaci@ku.edu.tr / mervesiv@amerikanhastanesi.org

2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YIL	BÖLÜM	KURUM	DERECE (Doktora, Uzmanlık, vb)
2014- Halen	Hemşirelikte Yüksek Lisans (İç Hastalıkları Hemşireliği)	Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Yüksek Lisans
2010-2014	Hemşirelik	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	Lisans

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	UNVAN	BÖLÜM	KURUM
2014- Halen	Hemşire	Koroner Yoğun Bakım	Amerikan Hastanesi

4. VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR

Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.

5. VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI (Klinik, Sosyal, vb)

6. VARSA SON 5 YIL İÇİNDE HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

Yukarıda sunduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.

İmza _____

Tarih _____