

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KLİNİK HASTA DEVİR TESLİMİ İYİLEŞTİRME  
ÇALIŞMALARININ HASTA SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK  
DEVİR TESLİM UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ:  
KARMAŞIK HEMŞİRELİK MÜDAHALESİ GELİŞTİRME  
ÇALIŞMASI**

**Serap GÜNGÖR**

**DOKTORA TEZİ**

**GAZİANTEP-2023**



**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU**

---



**KLİNİK HASTA DEVİR TESLİMİ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ  
HASTA SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK DEVİR TESLİM UYGULAMALARI  
ÜZERİNE ETKİSİ: KARMAŞIK HEMŞİRELİK MÜDAHALESİ GELİŞTİRME  
ÇALIŞMASI**

**TEZ BİLDİRİMİ**

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

**DECLARATION PAGE**

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Serap GÜNGÖR

Tarih:16. 06. 2023

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KLİNİK HASTA DEVİR TESLİMİ İYİLEŞTİRME  
ÇALIŞMALARININ HASTA SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK DEVİR  
TESLİM UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ: KARMAŞIK  
HEMŞİRELİK MÜDAHALESİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Serap GÜNGÖR

DOKTORA TEZİ

Danışman

Doç. Dr. Betül TOSUN

ÖZET

Hemşirelik devir teslimi esnasında meydana gelen iletişim hataları hasta güvenliği için tehdit oluşturmaktadır. Bu çalışma, hemşireler arasında gerçekleştirilen hasta devir tesliminin fizibilitesine, değerlendirilmesine ve uygulanmasına odaklanarak devir teslim kalitesinin artırılması, hastanın bakımdan memnuniyeti, hemşireye güveni üzerine etkisini arttırmak amacıyla karmaşık hemşirelik müdahalesi uygulanarak yapılmıştır. Çalışma yarı deneysel düzende olup Ocak- Eylül 2022 tarihleri arasında, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma hastanesinde Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği, Dahiliye Kliniği, Genel Cerrahi Kliniğinde yapılmıştır. Toplam 658 hemşire devir teslim süreci (devreden/devralan), 369 hasta ve 50 hemşire, 969 tane standart hasta devir teslim formu çalışmaya dahil edilmiştir. 'Handoff CEX' Hasta Devir Teslim Ölçeği (devreden/devralan) toplam puanı ve her bir bölüm puan ortalamalarına baktığımızda müdahaleden 8 hafta ve 2 hafta sonrası ile müdahale öncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.005$ ). Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeğinin zamana göre değişimine baktığımızda müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahale öncesine göre ve müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahaleden 8 hafta sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $p=0.001$ ,  $p= 0.008$ ). Müdahale öncesi devir teslimde hiç yer verilmeyen hastanın yaşı, cinsiyeti, başvuru nedeni, hasta başı yüksek riskli ilaçların kontrolü ve hasta özeti alanlarında bilgi aktarımına başlanmıştır. Karmaşık hemşirelik müdahalesi sonrası hemşirelerin devir teslim kaliteleri artmış ve devir teslim süreleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmış, hastaların hemşirelerin bakımından memnuniyeti ve hemşirelere güveni istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır. Hastanelerde devir teslimler için standardizasyon sağlanmasına yönelik geliştirmeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Devir Teslim, Hasta Güvenliği, Karmaşık Hemşirelik Müdahalesi, Hemşire

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY  
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE  
DEPARTMENT of NURSING**

**EFFECT OF CLINICAL PATIENT HANDOFF IMPROVEMENT  
STUDIES ON PATIENT RESULTS AND NURSING HANDLING  
PRACTICES: A COMPLEX NURSING INTERVENTION  
DEVELOPMENT STUDY**

**Serap GÜNGÖR**

**PhD THESIS**

**Advisor**

**Assoc. Prof. Betül TOSUN**

**ABSTRACT**

Communication errors during nursing handover pose a threat to patient safety. This study focuses on the feasibility, evaluation, and implementation of nursing handover among nurses, aiming to enhance its effectiveness. The interventions conducted in the General Surgery Intensive Care Unit, Internal Medicine Department, and General Surgery Department at Adana City Training and Research Hospital between January and September 2022 were carried out in a quasi-experimental design. A total of 658 instances of nursing handover (handing over/receiving), 369 patients, and 50 nurses were included in the study, along with 969 standard patient handover forms. Analysis of the "Handoff CEX" Handover Scale (handing over/receiving) total score and section mean scores revealed a statistically significant increase between eight weeks and two weeks after the intervention compared to pre-intervention ( $p<0.005$ ). When examining the changes in the Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale and Nurse Trust Scale over time, it was found that two weeks after the intervention had significantly higher scores than pre-intervention, and two weeks after the intervention had significantly higher scores than eight weeks after the intervention ( $p=0.001$ ,  $p=0.008$ , respectively). Information transfer was initiated in areas such as patient age, gender, reason for admission, control of high-risk medications at the bedside, and patient summary that were not previously included in the handover process. Following the complex nursing intervention, the quality of handover among nurses improved, handover duration significantly decreased, and patient satisfaction with nursing care and trust in nurses significantly increased. Enhancements should be made to standardize handovers in hospitals.

**Keywords:** Complex Nursing Intervention, Patient Handoff, Patient Safety, Nursing,

## ÖNSÖZ

Uzun soluklu doktora eğitim sürecim boyunca öncelikle danışmanlığımı üstlenen, bütün süreçte fikirlerime önem verip beni cesaretlendiren, akademik bir görüşün yanı sıra hümanist, idealist bir insanın nasıl olması gerektiğini gösteren, tezimin her aşamasında bana destek olan birlikte çalışmaktan gurur ve mutluluk duyduğum Sayın Doç. Dr. Betül TOSUN'a

Tez izleme komitemde yer alan aynı zamanda lisansüstü eğitim sürecinde hep yanımızda olan, bilgilerini, deneyimlerini, kritik düşüncelerini ve manevi desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Nuran TOSUN'a

Tez izleme komitemde yer alarak araştırmamın ilerlemesinde kıymetli görüşleriyle farklı perspektifler sunarak katkı sağlayan ve bilgilerini bizimle paylaşan sayın Dr. Öğr. Üyesi Günseli USGU'ya,

Araştırmam boyunca Adana Şehir Eğitim ve Araştırma hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği, Dahiliye Kliniği, Genel Cerrahi Kliniğinde çalışan meslektaşlarıma, hastane yönetiminde bulunan yöneticilere ve araştırmama gönüllü olarak katılan bütün hastalara,

Bu zorlu süreçte manevi desteğini hep hissettiğim arkadaşlarım; Öğr. Gör. Dr. Zehra Çerçer'e, Hemşire Gözde Çandır'a, Hemşire Burak Sarıboğa'ya, Hemşire Ayşegül Çakır'a, Hemşire Fadime Dağ'a, Hemşire Esra Bulmuş'a, Öğr. Gör. Ali Yörük'e,

Mesai arkadaşlarım KSÜ SHMYO'da bulunan değerli hocalarıma,

Bütün yaşamım boyunca fikirlerime isteklerime saygı duyup beni her zaman destekleyen canım aileme ve kendi okul stresinin yanında benim stresimi paylaşan canım kardeşim Aysun Güngör'e

**Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.**

Bu tezi 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen Kahramanmaraş merkezli depremler nedeniyle hayatını kaybeden bütün canlılara ve kıymetli öğrencilerim Alp Durmuş Ziba'ya, Beyza Cihangiroğlu'na, Deniz Can Ak'a, Kübra Nur Demirelli'ye ithaf ediyorum.

Serap GÜNGÖR  
Gaziantep -2023

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>Şekil 4. 1. Hasta Devir Tesliminde Aktarılan Bilgilerin Müdahale Zamanına Göre Değişimi</b> .....	<b>33x</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Hasta Güvenliği.....	3
2.2. Hasta Güvenliği Kültürü.....	4
2.3. Uluslararası ve Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri .....	5
2.4. Hasta Güvenliği ve İletişim .....	7
2.5. Hasta Devir Teslimi ve İletişim.....	8
2.6. Hasta Devir Tesliminde Kullanılan İletişim Araçları.....	9
2.6.1. NURSEPASS İletişim Aracı .....	12
2.7. Karmaşık Hemşirelik Müdahalesi .....	14
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>17</b>
3.1. Araştırmanın Hipotezleri .....	17
3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı .....	17
3.3. Araştırmanın Etik Yönü .....	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.5. Araştırma Planı.....	20
3.6. Tez Çalışması Takvimi.....	22
3.7. Tez İzleme Komitesi Toplantıları.....	22
3.8. Veri Toplama Araçları.....	22
3.8.1. Hasta bilgi formu .....	23
3.8.2. Hemşire kişisel bilgi formu .....	23

3.8.3. Handoff CEX hasta devir teslim değerlendirme ölçeği.....	23
3.8.4. Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği (HBMÖ) .....	23
3.8.5. Hemşirelere güven ölçeği .....	24
3.8.6. Standart hasta devir teslim formu .....	24
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
<b>4. ARAŞTIRMA BULGULARI .....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>34</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>38</b>
6.1 Sonuçlar.....	38
6.2 Öneriler.....	38
6.3 Sınırlılıklar.....	39
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>40</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>50</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2. 1 Hasta Devir Teslimi Sırasında Kullanılabilecek İletişim Araçları.....	11
Tablo 4. 1. Hemşirelerin Kişisel ve Hasta Devir Teslimine Yönelik Bilgileri	26
Tablo 4. 2.Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (Devreden/Devralan) Toplam Puan ve Alt Değişken Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması .....	28
Tablo 4. 3.Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (Devreden/Devralan) Ortalamasının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .....	29
Tablo 4. 4. Hastaların Kişisel Özellikleri ile Ölçüm Zamana Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi.....	30
Tablo 4. 5. Ölçeklerin Ölçüm Zamanına ve Kliniklere Göre Değişimleri .....	31



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1. MRC Tarafından Geliştirilen Karmaşık Müdahaleler Çerçevesinin Anahtar Bileşenleri .....	16
Şekil 2. 2.MRC'nin Karmaşık Müdahale Geliştirme ve Değerlendirme Çerçevesi .....	16
Şekil 3. 1. Araştırma Akış Şeması .....	21
Şekil 4. 1. Hasta Devir Tesliminde Aktarılan Bilgilerin Müdahale Zamanına Göre Değişimi.....	33



## SİMGELER VE KISALTMALAR

### KISALTMALAR

<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>TJC</b>	The Joint Commission
<b>MRC</b>	Medical Research Council
<b>Ark.</b>	Arkadaşları
<b>HBMÖ</b>	Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği
<b>T.C.</b>	Türkiye Cumhuriyeti



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Hasta devir teslimi ‘Bir veya bir grup sağlık hizmeti sağlayıcısından diğerine hastaların bilgilerinin, bakım ve yetki sorumluluğunun devredilmesi süreci’dir (1). Hasta devir teslimi, hemşirelerin vardiyalarının başında ve sonunda dahil oldukları ve bakımın kalitesinden ödün verilmeye müsait iyi yönetilemeyen bakım süreçlerinden birisidir (2). Rapor verme olarak anılan hemşirelik devir teslimlerinde; bilgilerin paylaşım yöntemi (yüz yüze veya ses kayıtları aracılığıyla), aktarılan konum (örneğin, dinlenme odasında, birim çalışma merkezinde veya yatak başında) ve formatta (örneğin, notlar, biçimlendirilmiş belge veya elektronik sağlık kaydı) büyük ölçüde farklılıklar görülmüştür (3). Sağlık hizmetlerinde bakımın kalitesinin yükseltilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması, hemşirelik bakımının dokümantasyonu ve hasta bilgilerinin sağlık profesyonelleri arasında doğru aktarılması için hasta devir teslimi esnasındaki iletişim önemlidir (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ),’nün hasta güvenliği sorunlarını ele almak için belirlediği beş temel konudan biriside hasta devir teslimi esnasındaki iletişimidir (5). Etkili olmayan iletişim hastanelerde hastaların zarar görmesine neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar hasta devir tesliminin iletişim sorunları için kritik bir ortam olduğunu belirtmektedir (6–8). Bir araştırmada, hasta devir teslim esnasındaki iletişimin olumsuz olayların %25-40’ından sorumlu olduğu belirtilmiştir (9). Devir teslim sırasındaki iletişim hataları ile hasta güvenliği arasındaki köklü ilişkiye rağmen, hatalar hala küresel olarak bildirilmektedir (10). Joint Commission International (JCI) tarafından yapılan çalışmalar, güvenli sağlık hizmetinin sunumu açısından yetersiz bilgi aktarımı ve iletişimin %65 oranında, nöbet usulü çalışmanın ise %90 oranında risk faktörü oluşturduğunu belirtmiştir. Etkin olmayan devir teslimin ilaç uygulama hataları, hasta düşmeleri gibi komplikasyonları ve uygulanacak tedaviyi geciktirdiği, hasta memnuniyetini düşürdüğü, hastanede kalış süresini uzattığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (11,12). Hemşirelerin çoklu görev tanımları, zaman eksikliği, olası müdahaleler, standardize edilmemiş hasta devir teslimleri iletişim başarısızlığının bilinen nedenlerindedir (13). Çok merkezli hastanelerde yapılan bir araştırmada, iletişim başarısızlıkları 5 yılda 1.744 hasta ölümüyle ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, sağlık hizmeti ortamlarında, hasta bilgilerinin açık ve özlü paylaşımını sağlamak için etkili iletişimin sağlanması esastır (14). Hasta devir teslimi ile iletişimdeki eksiklikler;

yetersiz hasta devir teslim eğitimi, etkisiz devir teslim ve bunun sonucunda hasta bakımında ortaya çıkan hataların temel nedeni olarak tanımlanmıştır (15). Hasta bakımı ve sorumluluğunun devredilmesi, hasta sonucunu etkileyen bilgi kaybı nedeniyle hasta için potansiyel bir güvenlik riskidir. Bununla birlikte, hasta sorumluluğunun devri kaçınılmazdır, çünkü bireye verilen bakım genellikle bir vardiyadan daha uzun sürer veya bir hasta hastanedeki farklı bölümler arasında transfer edilir. Farklı tıp dernekleri ve DSÖ tarafından yıllardır hasta devir teslimi sırasında bilgi kaybını önlemek için, kontrol listesi gibi standart formların kullanılması önerilmektedir (16). Buna rağmen, uygun hasta devir teslimiyle ilgili standart form, kontrol listesi, hatırlatıcı kullanımı ve standardizasyon neredeyse hiç kullanılmamaktadır (17). Hasta devir tesliminde standart formların kullanılması, aktarılan bilgilerin kalıcı olmasını sağlamakla birlikte hemşireler için yasal bir belge özelliği de taşımaktadır. Ayrıca bu formlar hasta bakımının devamlılığını sağlamakta, hastanın sağlık durumundaki değişikliklerin gözden kaçmasını engellemekte ve hemşirelik bakım sürecini etkili hale getirmektedir (18). Hasta güvenliği için kullanılabilir standart devir teslim araçları incelendiğinde SBARR (giriş, durum, arka plan, değerlendirme ve tavsiye, cevap), SHARED (durum, tarih, değerlendirme, tavsiyeler, değerlendirme, belge) ve IPASS the BATON (giriş, hasta, değerlendirme, durum, güvenlik endişeleri, arka plan, eylemler, zamanlama, sahiplik, sonraki) ve nelerin devredileceğine yönelik tavsiyeler sonucu oluşturulan NURSEPASS hatırlatıcısı gibi iletişim araçları yer almaktadır (14,19). Yapılandırılmış ve standartlaştırılmış bir hemşirelik devir teslimiyle hemşirelerin iletişimini gelişmesini sağlayarak hastaya yapılan girişimlerin ve kaçırılan bilgilerin sıklığının azaldığını, bakımın sürekliliğini sağlayarak, kalitenin artmasıyla birlikte hasta güvenliğini sağlamaktadır. Kanıtlar, daha iyi bilgilendirilmiş hastaların daha az endişeli olduklarını, bakımlarına daha bağlı olduklarını, tedavi hedeflerinde daha özerk olduklarını ve kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermektedir (14,20). Hemşire devir teslimini dinlemek, bilgi ve sorumluluk aktarımına tanık oldukları için hastalara hemşire yeterliliği konusunda güven vermekte ve bakımdan memnuniyetlerini de arttırmaktadır (21). Hemşirelik uygulamaları arasında yer alan devir teslim süreci, birden çok etkileşimli bileşenden oluşur ve müdahalenin fizibilitesini, kabul edilebilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek için birçok çıktının ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekir (22).

Karmaşık müdahaleler sağlığı iyileştirmek amacıyla yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bu müdahaleler, birbiriyle etkileşim içinde olan birden çok bileşene sahiptir, bir organizasyonun birden çok grubunu veya düzeyini hedef alır ve birden çok

sonucu etkilemeye çalışır. Birleşik Krallık Tıbbi Araştırma Konseyi (MRC); geliştirme, fizibilite/pilotluk ve uygulamanın değerlendirilmesi aşamalarını tanımlayan karmaşık müdahaleleri geliştirme ve değerlendirme konusundaki rehberlik etmektedir (23). Literatür incelendiğinde karmaşık müdahale çalışmalarının arttığı görülmektedir (23,24). Yoğun bakımda deliryumun önlenmesi için farmakolojik olmayan girişimler uygulanarak hastalarda olumlu sonuçlar elde edilmiştir (25). Farklı bir araştırmada hemşireler tarafından yaşlı hastalara beslenme konusunda verilen yetersiz bakımın karşılanması ve hasta sonuçlarına olumlu katkı sunmak için çok yönlü eğitim müdahalesi geliştirmeyi amaçlamışlardır. Araştırma sonucunda hemşireler tarafından yaşlı bireylere beslenme konusunda kaliteli bakım vermeyi amaçlayan kılavuz geliştirmişlerdir (26).

Hasta devir teslimi gibi karmaşık bir iyileştirme müdahalesinin olgunluğa dönüşmesi için, önce pilot çalışmalar, deneysel ve yarı deneysel tasarımlarla desteklenmeli ve daha sonra yaygınlaştırılmalıdır. Bu yaklaşımla karmaşık hemşirelik müdahalesi geliştirmek için bir yandan uygulama için önemli olan faktörleri ve engelleri belirlemek, diğer yandan ise müdahalenin etkinliğini değerlendirebilmek için, bunların en aza indirilmesi ve birçok girişimin planlanması ve uygulanması gereklidir. Karmaşık müdahale geliştirmek sadece bir rehber değil, aynı zamanda hemşirelerin rol ve işlevlerinde istenen değişiklikleri ve gelişmeleri elde etmenin bir yoludur (19). Literatürde hemşirelerin hasta devir teslimine yönelik yapılan çalışmalarda hemşirenin devir teslim kalitesine ve hastalar üzerindeki etkilerini aynı anda inceleyen bir çalışma bulunmamıştır

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, hemşireler arasında gerçekleştirilen hasta devir tesliminin fizibilitesine, değerlendirilmesine ve uygulanmasına odaklanılarak etkinliğini arttırmak için yapılan müdahalelerin hastanın bakımdan memnuniyeti, hemşireye güveni üzerine etkisini ve hemşirelerin hasta devir teslim kalitesinin arttırılması amacıyla yarı deneysel düzende planlandı.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Hasta Güvenliği**

Tıbbi yönetimle ilgili hastaya verilen önlenilebilir zararlar, birçok ülkede hastalık yükünün önde gelen nedenlerinden biridir. Bu nedenle, hasta güvenliği küresel sağlık hizmetleri için kritik bir konudur (27). Hasta güvenliği, yeterli sağlık hizmeti vermenin en temel şartı ve sağlık sistemlerinin temel bir bileşeni olmakla beraber küresel bir endişe kaynağıdır (28,29).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olarak kabul edilen hasta güvenliğinin birden fazla tanımı bulunmakta; 'sağlık bakımıyla ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir bir düzeye indirilmesi' olarak tanımlanmaktadır (30). DSÖ ise, sağlık hizmetlerinde sürekli ve sürdürülebilir bir şekilde riskleri azaltılabilen, önlenilebilir zarar oluşumunu azaltan, hata olasılığını azaltan ve meydana geldiğinde etkisini azaltan kültürler, süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar yaratan organize faaliyetler çerçevesi olarak tanımlamıştır (31). Görüldüğü gibi hasta güvenliği terimi; hastaya odaklanmakta iken hasta bakımı gerektiren durumlarda hastaya zarar veren dış etkenleri de unutmama gereği üzerinde durmaktadır. Yapılan hatalardan öncelikli olarak hastalar zarar görmekte, dolaylı olarak aileleri ve çevreleri etkilenabilmektedir (32). Tüm bu sebeplerle hasta yakınları ve çalışanlar için zarara neden olabilecek süreçleri ön görme, hata ve zararları engelleme çabaları da hasta güvenliği kapsamında değerlendirilmelidir (33).

## **2.2. Hasta Güvenliği Kültürü**

Sağlık bakım hizmetlerinde sunulan hizmetlerin kalitesinin artması için ilk adım hasta güvenliği kültürünün sağlanmasıdır (29,34). Hasta güvenliği kültürü kurum genelinde sağlık çalışanları tarafından paylaşılan ve eylemlerini, davranışlarını etkileyen inançlar, değerler ve normlardan oluşmaktadır (35). Hasta güvenliği kültürü, hata bildirimindeki şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesi konusunda sistemli yaklaşım, hatalardan ders alma, dürüstlük, takım çalışması, liderlik, iletişim, sürekli öğrenmeyi ve hastayı merkeze alan davranış tarzı şeklinde tanımlanmaktadır (33,36). Hasta güvenliği kültürünün sürdürülebilirliği için, kurumlarda geliştirilmesi gereken hususların saptanması, kişilerde eğitimlerle farkındalık oluşturulması, meydana gelen değişimlerin takip edilmesi ve sonuçların değerlendirilmesi gerekmektedir (37).

Hasta güvenliği kültürünün sağlanması için, hasta güvenliğine yönelik neyin önemli olduğunu ve hangi tutum ve davranışların ödüllendirildiğini, desteklendiğini, beklendiğini ve kabul edildiğini belirleyerek ölçülebilir sonuçlar elde etmek gereklidir. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı, 2004 yılında, hastanelerindeki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek üzere Hasta Güvenliği Kültürü™ (SOPS®)

Hastane Anketini yayınlamıştır (35). Türkiye’de Bodur ve Filiz tarafından geçerliliği yapılan ‘Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi’ değerlendirme aracı olarak kullanılabilir (38). Türkiye’ de 2021 yılından itibaren sağlık kurumlarında istenmeyen olayların tespit edilmesi için ‘Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi’ geliştirilmiştir. Bildirimler bireysel ve kurumsal olarak yapılabilmektedir. Bildirim sırasında IP adresi, konum bilgisi, kişi adı vb. hiçbir kişisel bilgi veri tabanına kaydedilemeyerek kimin yaptığına değil, hataya odaklanmak prensibiyle çalışmaktadır (39).

### **2.3. Uluslararası ve Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri**

JCI 2017 yılında hasta güvenliğiyle ilgili 6 hedef belirlemiştir. Bunlar;

1- Sağlık kurumları hastanın kimliğini doğru tanımlama noktasında bir yaklaşım geliştirilmelidir.

2- Hizmet alan ve veren arasında etkili ve güçlü bir iletişimin sağlanması hususunda bir yaklaşım geliştirilmelidir.

3- Yüksek riskli ilaçların güvenliği için sistemli bir süreç geliştirilmelidir.

4- Cerrahi işlemlerin doğru ve eksiksiz bir şekilde tamamlanması için personelden-ameliyat teknik malzemesine kadar sürdürülebilir bir yaklaşım geliştirilmelidir.

5- Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyon riski azaltılmalıdır.

6- Sağlık kurumları, kurumdan kaynaklı hasta düşmelerini engellemek için bina içyapısı konusunda çalışmalar yapmalı ve olabilecek risklerde hasta ve çalışanların en az zarar görmeleri için bir yaklaşım geliştirmelidirler (15,31).

Türkiye’de hasta güvenliği çalışmaları son yıllarda giderek artmaktadır. Türkiye’de sağlık kuruluşlarında çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanması için 29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayınlanmıştır. Bu tebliğde ilaç güvenliğinin sağlanması, hastaların kimliklendirilmesi, bilgilerinin tanımlanarak doğrulanması, sağlık çalışanları arasında iletişim güvenliğinin artırılması, hasta düşmelerinin önlenmesi, enfeksiyon risklerinin azaltılması, sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi, güvenli cerrahi uygulamalarının geliştirilmesi ve sağlanması, çalışan güvenliği önlemlerinin alınması gibi başlıklara değinilmiş; yapılması gerekenler belirtilmiştir (40). Kalite ve akreditasyon çalışmalarında yer alan bu çalışmalar, hasta hakları yönetmeliğinde de yer almaktadır. Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği 15.06.2017 tarihinde güncellenmiştir. Bu yönetmeliğin amacı; tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve

güvenli bir ortam sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin artırılması, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesi, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir (41).

Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2022’de 23 hedef olarak DSÖ hedefleri de temel alınarak açıklanmıştır. Bu hedeflerin başlıkları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- 1- Güvenli cerrahi
- 2- Güvenli doğum
- 3- Radyasyon güvenliği
- 4- Bilgi güvenliği
- 5- Düşmelerin önlenmesi
- 6- Malzeme ve cihaz güvenliği
- 7- Tesis güvenliği
- 8- Teşhiste hasta güvenliği
- 9- Hastaların doğru tanımlanması
- 10- Hastaların güvenli transferi
- 11- Sağlık hizmet ilişkili enfeksiyonlarla mücadele
- 12- İlaç güvenliği
- 13- Kan güvenliği ve yönetimi
- 14- Güvenli hasta devri
- 15- Yenidoğan güvenliği
- 16- Havayolu güvenliği
- 17- Kardiyak arrest yönetimi
- 18- Venöz tromboemboli ile mücadele
- 19- Basınç yaralarının önlenmesi
- 20- Nazogastrik tüp ve hasta güvenliği
- 21- Hasta ve hasta yakını katılımı
- 22- Yaşlı hastalarda postoperatif deliryumla mücadele
- 23- Hatalardan öğrenme şeklinde belirtilmiştir (39).

## 2.4. Hasta Güvenliği ve İletişim

Amerikan Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Hasta Güvenliği için The Joint Commission'un (TJC) 2016 hedeflerinden birisi bakım verenler arasındaki iletişimin etkinliğini arttırmaktır (42). Hasta güvenliğini sağlamak, bakımın kalitesini ve hastanın memnuniyetini arttırmak için iletişimin önemli olduğu vurgulanmıştır. Burada bahsedilen iletişim açık ve etkili olan teknik bir iletişimdir (32,43).

ABD ve Avustralya hastanelerinde gözlemlenen olumsuz olaylarda belirtilen en sık neden etkisiz iletişimdir. Olumsuz olayların yaklaşık %50' sinin, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim başarısızlıklarının bir sonucu olarak ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (44). Araştırmalar 1995 ile 2005 yılları arasındaki 10 yıllık süreçte; etkisiz ekip iletişiminin o dönemdeki tüm tıbbi hataların yaklaşık %66' sının temel nedeni olduğunu ortaya koymuştur (45). Harvard' a bağlı hastaneler üzerinde 2016 yılında yapılan bir araştırmada iletişim başarısızlıklarının 5 yılda 1.744 hasta ölümüyle ilişkilendirildiği belirtilmiştir (46).

Sağlık profesyonellerinin kendi arasındaki ve hasta ile gerçekleştirdiği iletişimdeki eksiklikler ya da yanlış iletişim hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (47). Bu nedenle, sağlık hizmeti ortamlarında hasta bilgilerinin açık ve net bir şekilde aktarımını sağlamak için etkili teknik bir iletişim kullanılmalıdır (14). Ulusal ve uluslararası birlikler etkili ve eksiksiz bir iletişim için iletişim rehberlerinin/araçlarının kullanılmasını önermektedir bunlar tabloda belirtilmektedir (Tablo 2.1) (47).

Sağlık hizmetleri ortamlarında ve özellikle hızlı ve etkili yönetimin vazgeçilmez olduğu hasta devir teslimlerinde zayıf iletişim daha çok öne çıkmaktadır. Bu tür ortamlar arasında perioperatif dönem, yoğun bakım ünitesi ve acil servis bulunur (48). Hasta devir teslimi hasta güvenliğine yönelik potansiyel bir risk taşıyan klinik bir önceliktir (44). Bu engellerin üstesinden gelmek için, çok az zaman ve çaba gerektiren iletişim araçlarının kullanılması şiddetle tavsiye edilir (48). Sağlık profesyonelleri hasta ihtiyaçlarını karşılamak ve mümkün olan en iyi bakımı sunmak için çaba gösterir. Bazen hastanın bakımı, tedavisi veya alması gereken hizmetler hastanın başka bir sağlık personeline devredildiğinde sekteye uğrar. Teslim eden ve alan arasındaki aktarımdaki eksiklik iletişim merkezli yaygın bir sorundur (42). Özellikle hastaların yanında en çok zaman geçiren sağlık bakım profesyoneli olan hemşirelerin hasta devir teslimi, hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca bakımın sürekliliğini sağlayan çok önemli bir araçtır (14). İlaveten bir hastanın tedavi ve bakım vericisi ile arasında hissettiği bağ,

nihayetinde onların bakımına katılım, tedaviye bağlılık ve hasta öz yönetiminin aracılık ettiği sağlıklarını ve memnuniyetleri üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (49).

Etkisiz iletişim, dünyanın dört bir yanındaki hastanelerde hastaların zarar görmesi ve ölümüyle sonuçlanan ve hasta şikayetlerini tetikleyen olumsuz olayların ana sebebidir. Hastanelerdeki iletişimin en yaygın, en önemli ve etkisiz iletişime sebep olan uygulamalarının başında hasta devir teslimi gelir. Yetersiz devir teslim iletişimi, hasta zararına katkıda bulunan önemli bir faktördür ve olumsuz olayların %80'i devir teslim sırasındaki yanlış iletişimi içerir (50).

## **2.5. Hasta Devir Teslimi ve İletişim**

Hasta devir teslimi, bir grup sağlık profesyonelinin hastaya özel bilgilerle hasta bakım ve sorumluluğunun diğer sağlık profesyoneline kalıcı veya geçici olarak teslim edilmesi ve alınmasını içeren gerçek zamanlı bir süreçtir (8). Hasta devir tesliminde; hastanın durumu, doktorun istemi, teşhisi, testleri, ilaçları, takipleri, yapılanlar ve bir sonraki vardiyada yapılması gerekenler anlatılır (29). Tarihsel olarak 'rapor verme' olarak anılan, hemşirelik devir teslimleri sırasında paylaşılan yöntemler, bilgiler, aktarılan konum ve formatlarda büyük ölçüde farklılıklar görülmüştür (1).

Güvenli bir bakım sağlamak için hemşireler arasındaki etkili hasta devir teslimi esastır (27). Devir teslimin hasta güvenliği üzerinde etkisi olan sekiz faktör: iletişim, bilgi, organizasyon, altyapı, profesyonellik, sorumluluk, ekip bilinci ve kültür olarak belirtilmektedir (20). Hasta bakımının sürekliliğini ve güvenliğini sağlamak için etkili iletişime ihtiyaç vardır. Hastalarla sürekli etkileşim halinde olan hemşirelerin hasta bilgilerinin devir teslim sürecinde tutarlı ve doğru bir şekilde aktarması gerekir (8). Olumsuz olayların yaklaşık %50'sinin sağlık profesyonelleri arasındaki etkisiz iletişimden kaynaklandığı bildirilmiştir. Uluslararası araştırma kanıtları, hasta devir teslimindeki iyileştirmelerin öncelikli bir eylem alanı olduğunu kabul etmektedir (51).

Hasta devir teslimi esnasında etkisiz iletişim, teşhis ve yönetimde gecikmelere, kaçırılan veya tekrarlanan testlere, uygun olmayan bakım planlarının uygulanmasına ve yapılandırılmasına, yanlış, eksik, ilgisiz, tutarsız veya tekrarlayan bilgiler içeren monolojik hasta devir teslimlerine neden olabilir. Eksik yapılan bir devir teslim hemşirenin soru sormasına veya hastanın soru sormasına engel olarak bakımın sürekliliğini engelleyebilir (7). Aşırı uzun ve ayrıntılı devir teslimler ise iş tatminini ve hemşirelerin tükenmişlik oranlarını ve işten ayrılma niyetlerini artırabilir (8).

Kanıtlar, yatak başı hasta devir teslimlerinin hemşire memnuniyetini, hasta memnuniyetini artırdığını, iletişim hatalarını azaltarak hasta güvenliğinin sağlanmasını,

hemşirelerin bakım görevlerinin daha fazla yapıldığını göstermektedir (51–55). Hasta teslimiyle ilgili önerilen bir diğer uygulamada; hasta devir teslimine durumu kritik olan hastadan başlamaktır (27). Bahsedilen yatak başı hasta devir teslimi; hasta ve hasta yakınlarının dahil edilerek yapılandırılmış bir iletişim tekniği kullanılarak gerçekleştirilen devir teslimidir. Hasta başı devir teslim hatalı bilgilerin açıklığa kavuşturulmasını, teslim alan hemşirenin hastaya tanıtılmasını ve devir teslim esnasında hastanın değerlendirilmesini sağlar (55). Hastaların kendi devir teslimine katılması sağlık durumlarıyla ilgili bilgisinin olmasını, bakım planı sürecine katılmasını, bilgilerle ilgili eksiklik veya yanlışlık olması durumunda düzeltilmesini, süreçle ilgili aklındaki soruları sormasına imkân sağlar. Hemşire-hemşire, hemşire-hasta ve hasta yakını iletişimin artmasını sağlar (56,57). Hastanın insizyonlarının, drenlerinin, kateterlerinin görselleştirilmesini, ağrı ve cilt durumlarının değerlendirilmesini, meslektaşlarıyla ekip çalışmasının iyileştirilmesini, hastanın yatak başı güvenlik kontrolünü ve bilgilerin doğruluğunu kontrol etmesini sağlar (58). Hemşireler yatak başı devir teslimde hastalarla ilgili; kullanılan terminolojinin hastada dışlanmış hissi oluşturabileceği, hastaların mahremiyet ve özel bilgilerinin paylaşılmasının sorun oluşturabileceği, dil problemi olan hastaların savunmasız kalabileceği gibi endişeleri olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin kendileriyle ilgili de; meslektaşları tarafından yargılanabileceği, mesleki yeterlilik ile ilgili güvensizlik duyabileceği ve hastaların gereksiz soru sorarak devir teslim süresinin uzayabileceği yönünde endişeleri olduğunu ifade etmişlerdir (53). Hemşirelerin devir teslim esnasında hangi konuların aktarılacağı konusunda bilgi eksikleri olduğu bildirilmektedir (59). Hastane sistemlerinin, bilgi aktarımında yer alan sözlü ve yazılı iletişimi kolay ve anlaşılır hale getirerek iyileştirmek için politikalar uygulaması ve standart aktarım araçlarını kullanması önemlidir (7). DSÖ, TJC hasta devir teslim esnasındaki iletişiminin sağlıklı yürütülmesi için devir teslimle ilgili eğitimlerin düzenlenmesini, kontrol listelerinin, hatırlatıcıların, standartlaştırılmış formların ve kanıta dayalı uygulamaların, elektronik tıbbi kayıtların kullanılmasını önermektedir. Bunların kullanımı iletişim eksikliklerini azaltmayı sağlar (8,60).

## **2.6. Hasta Devir Tesliminde Kullanılan İletişim Araçları**

Literatürde tanımlandığı şekliyle standartlaştırılmış el değiştirme araçları, devir teslim iletişimi için yapılandırılmış bir bilgi dizisi sağlayan önceden belirlenmiş bir formdur (61). Standartlaştırılmış bir aktarma aracı uygulamanın avantajları, aşırı bilgi yükünün azalması, değiş tokuş edilen bilgilerin kalitesinin artması, hasta güvenliğine

yönelik risklerin azalması ve hasta sonuçlarının iyileşmesidir. Bir bakım birimi veya tıp kurumu için standart bir teslim aracı uygulanmadan önce, teslimin mevcut tarzı, amacı, zamanlaması ve yöntemi dahil olmak üzere çeşitli faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (61). Ayrıca birimin ve organizasyonun kültürü, hastaların özel ihtiyacı, personelin iletişim becerisi de göz önüne alınmalıdır (62). Hastasından sorumlu hemşirenin standartlaştırılmış bir el değiştirme protokolünün/aracının geliştirilmesine ve uygulanmasına katılımını içeren bir stratejik plan, hastanın memnuniyetini artırır (61). Etkili olması için standart aktarım aracının net, öz, hasta odaklı ve hastaya özel kapsamlı bilgiler içermesi gerekir. Yapılandırılmış ve standartlaştırılmış bir hemşirelik devir teslimi, hemşirelerin iletişimini geliştirmek için kullanıldığında; kaçırılan bilgilerin sıklığının azaldığını, bakımın sürekliliğini sağlayarak ve kaliteyi artırarak hasta güvenliği açısından performansı arttırdığını göstermiştir. Kanıtlar, daha iyi bilgilendirilmiş hastaların daha az endişeli olduklarını, bakımlarına daha bağlı olduklarını, tedavi hedeflerinde daha özerk olduklarını ve bu nedenle kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermektedir (14,20). Hasta devir tesliminde yapılandırılmış standart formun kullanılması tavsiye edilse de, tek bir standart formun tüm klinikler için uygun görülmemektedir (22). Literatüre baktığımızda birden fazla iletişim aracı bulunmaktadır (19,63–69)(Tablo 2.1).

**Tablo 2. 1 Hasta Devir Teslimi Sırasında Kullanılabilecek İletişim Araçları**

İletişim Aracının Adı	Kimler kullanılabilir	Açıklama
<b>SBAR-T(63)</b>	Hemşireler	Situation: Durum Background: Özgeçmiş Assesment: Değerlendirme Recommondation: Tavsiye Thank patients for opportunity to work with them : Yatak başı teslim yaparak hastalara onlarla çalışma fırsatı verdikleri için teşekkür edin
<b>ISBAR (64)</b>	Hemşireler, hekimler	Introduction: Giriş Situation: Durum Background: Özgeçmiş Assesment: Değerlendirme Recommondation: Tavsiye
<b>I-PASS THE BATON (65)</b>	Hemşireler (Genel ve Perioperatif hemşireler), hekimler	Illness Severity Patient: Hasta Assessment: Değerlendirme Situation: Durum Safety concerns: Güvenlik kaygıları Background : Öykü Actions: Eylem Timing: Zamanlama Ownership: Sorumluluk Next – Sonraki
<b>Just go NUTS (67)</b>	Hemşireler, hekimler, diğer klinik çalışanları	Name: İsim, tanı, oda numarası Unexpected outcomes: Beklenmeyen sonuçlar Tubes suchs: Tüpler Safety CONSERs: Güvenlik endişeleri
<b>REED (66)</b>	Hemşireler	Record: Kayıt Eevidence: Kanıtla Enquire: Sorgula Discuss: Tartışma
<b>P-VITAL (68)</b>	Hemşireler	Presenting information: Bigilerin sunumu Vital signs: Vital bulgular Input/output: Aldıkları/çıkardıkları Treatment: Tedavi Admission or discharge criteria: Kabul veya taburcu kriterleri Legal documents: Yasal doküman
<b>ICCCO (69)</b>	Hemşireler	Identification of of the patient and clinical risks: Hasta ve klinik risklerin tanımlanması Clinical history/presantation: Klinik öykü/durum Clinical status: Klinik durum Care plan: Bakım Planı Outcomes and goal of care: Bakım hedefleri/amaçları ve sonuçları
<b>NURSEPASS (19)</b>	Hemşireler	N:Name and identification of patient : hastanın adı ve tanıtıcı bilgileri U: Care providers : Bakım vericiler R:Reason for admittance: Başvuru nedeni S:Situation: Durum E:Evaluation: Değerlendirme P:Plan: Planlama A:Actions: Değerlendirme ve yapılacaklar S:Summary: Özetleme S:Safety check at the bedside: Yatak başı güvenlik kontrolü

### 2.6.1. NURSEPASS İletişim Aracı

Marian Smeulers ve Hester Vermeulen literatürdeki kanıtları kullanarak ve aynı anda yerel hemşirelerin de uzman görüşünü alarak “Hemşirelik vardiyası devir teslimini kanıta dayalı uygulamalar ile nasıl gerçekleştirebiliriz? sorusuna odaklanmışlardır. Hemşirelik vardiyası devir tesliminin kanıta dayalı olması için 4 sorunun üzerinde durarak yanıt aramışlardır. Bunlar;

1) Hasta devir teslimi **nasıl** teslim edilmeli? (Yazılı, sözel, standardize veya standardize değil)

Elektronik tıbbi kayıta bulunan yapılandırılmış bir yazılı formatla devir teslim hem yazılı hemde sözlü gerçekleştirilmelidir. Yazılı ve sözlü devir teslim gerçekleştirildikten sonra tıbbi kayıtları okunabilir. Her bölümdeki hastalara göre kriterler belirlenebilir.

2) Hasta devir teslimde **neler** teslim edilmeli? (Yatak başı hemşirelik vardiyası devir tesliminde hangi konulara değinilmeli?)

‘Eksiksiz minimal veri seti, yapılandırılmış yazılı raporda sunulur ve elektronik tıbbi kayıttaki verilerden mümkün olduğunca üretilir. Yapılandırılmış yazılı rapor, sözlü teslim için bir kılavuz görevi görür. Sözlü anlatımın içeriği hemşirelerin mesleki uzmanlığına bırakılmıştır.’ şeklinde açıklayarak veri seti aşağıdaki tabloda başlıklarıyla belirtmiştir. Anımsatıcı NURSEPASS'ın harfleri, veriler için Hollandaca terminolojiye karşılık gelir.

**Tablo 2. 2 NURSEPASS İletişim Aracı**

<i>N</i>	<i>Name and identification of patient</i>	Hastanın adı ve tanıttıcı bilgileri	İsim, doğum tarihi, cinsiyet, alerji, resüsitasyon durumu, izolasyon
<i>U</i>	<i>Care providers</i>	Bakım Vericiler	Katılan doktor, cerrah, diğer bakıcılar
<i>R</i>	<i>Reason for admittance</i>	Başvuru Nedeni	Başvuru nedeni, ilgili öykü, tanı, ilgili komorbidite
<i>S</i>	<i>Situation</i>	Durum	İlgili muayene ve tedavi sonuçları (laboratuvar sonuçları, radyoloji vb.)
<i>E</i>	<i>Evaluation</i>	Değerlendirme	Vital bulgular ve ağrı
<i>P</i>	<i>Plan</i>	Planlama	Tedavi planı, multidisipliner tedavi hedefleri ve değerlendirmesi, planlanan taburculuk tarihi
<i>A</i>	<i>Actions</i>	Değerlendirme ve yapıcılar	Yapılanlar ve yapılacaklar
<i>S</i>	<i>Summary</i>	Özetleme	Özetleme ve doğrulama
<i>S</i>	<i>Safety check at the bedside</i>	Yatak başı güvenlik kontrolü	Yüksek riskli ilaçlar, pompalar, drenler, kateterler ve bandajlar

3) Hasta devir teslimi **nerede** gerçekleştirilmeli? (Yatak başı hemşirelik vardiyası devir teslimi diğer yerlere göre tercih edilir mi?)

- Devir teslim, yeterli mahremiyet ve minimum kesinti sağlayan sessiz bir yerde gerçekleştirilir.
- Devir teslimin ardından, belirtilen hastalarda (yüksek riskli) ilaçlar, pompalar, drenler, kateterler ve bandajlar için bir yatak başı güvenlik kontrolü yapılır.
- Devreden hemşire vardiya değişikliğini ve devralan hemşireyi hastasına bildirir.
- Departmanlar, hasta tesliminin tamamını hasta başında gerçekleştirmeye karar verebilir

4) Hasta devir teslimi için **ön koşullar** nelerdir?

- Teslim sırasında hemşire doğrulama mekanizmalarından yararlanır ve soru sorma fırsatı vardır. Kıdemli hemşireler rol model ve öğretici pozisyonuna geçerek yeni başlayan hemşirelerin devir teslim sürecinde eğitilmesini sağlar (19).

NURSEPASS hemşirelere özgü bir hatırlatıcıdır. Sözlü ve yazılı bilgilerin yanı sıra hasta tesliminden itibaren, hastanın klinik durumunun görsel kontrolünün yanı sıra intravenöz ilaçlar, ekipman, drenler ve bandajların kontrolü, hemşirelere daha eksiksiz bir klinik tablo ve vardiyalarının başında vardiyaya iyi hazırlanmış hissi vermektedir. Ayrıca güvenlik kontrolünün hataları ve hataya yol açabilecek durumları yakaladığını gördük, güvenlik kontrolü sayesinde bu durumların erken tespit edildiği gözlenmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının devir teslimine katılması hastaların memnuniyetini ve aynı anda yanlış veya eksik bilgilerin düzenlenmesini, bakım planlamalarına katılmasını sağlamaktadır. Yeni başlayan hemşireler için eğitici bir özellik taşımaktadır. Hemşireler için; devir teslim nasıl gerçekleştirmeli, hangi bilgiler aktarılmalı ve farklı sorulara yanıt araması için ortam oluşturmaktadır. Kıdemli hemşirelerin katılması lider hemşire rol modelinin görülmesine imkân sağlamaktadır (19). Seçilen araç veya anımsatıcıdan bağımsız olarak araçtaki içerik, birimin hasta popülasyonuna, klinik ortamına ve bağlama göre uyarlanmalıdır. Hasta güvenliğini arttırmak için alerjiler ve resüsitasyon durumu gibi kritik unsurların dahil edilmesini sağlamaya özel dikkat gösterilmelidir (70). Hemşirelik uygulamaları arasında yer alan hasta devir teslim süreci, birden çok etkileşimli bileşenden oluşur ve müdahalenin fizibilitesini, kabul edilebilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek birçok çıktının ayrı ayrı değerlendirilmelidir (22).

## 2.7. Karmaşık Hemşirelik Müdahalesi

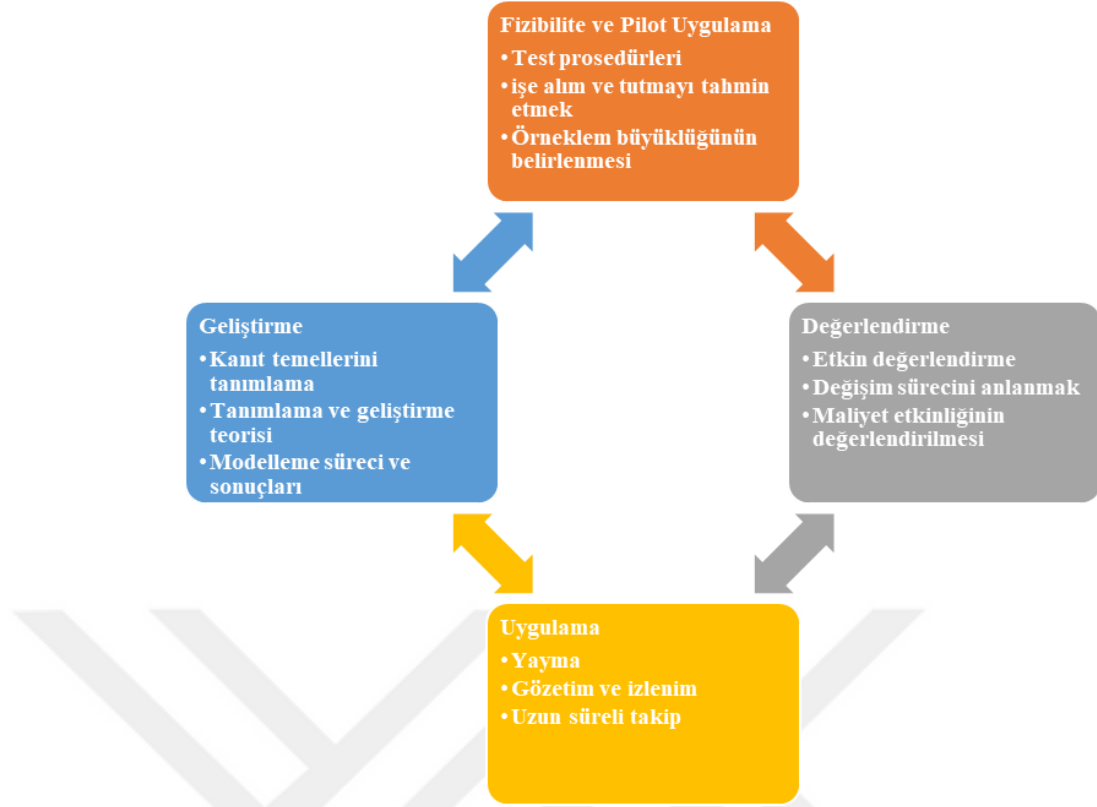
Son zamanlarda sağlık profesyonelleri, hasta grupları, halk, politikacılar ve araştırmacılar sağlığı iyileştirmek için müdahaleler, programlar veya yenilikler geliştirmektedir (23). Klinisyenler ve politikacılar sağlık ve sosyal bakımın entegrasyonu, yaşam tarzı davranışlarıyla ilişkili riskler, yeni ortaya çıkan hastalıklar, çoklu sakatlıklar ve e-sağlık teknolojisinin kullanımı gibi karmaşık zorluklarla boğuştukça yeni müdahalelere yönelik taleplerde artmaktadır. Bu sürecin başarılı olabilmesi için genellikle karmaşık müdahaleler gerekmektedir (23).

MRC 2020 yılında araştırmacıların ve araştırma fon sağlayıcılarının uygun yöntemleri tanımasına ve benimsemesine yardımcı olacak karmaşık sağlık müdahaleleri rehberi yayınladı (71). Karmaşık sağlık müdahaleleri 'Bireysel ve kurumsal şekilde sağlık alanında geliştirilmesi gereken kanıt temelli somut uygulamalar' olarak tanımlanır (72). Karmaşık müdahaleler, bağımsız veya birbirine bağlı olarak hareket edebilen birkaç bileşenden oluşur. Müdahaleleri karmaşık hale getiren özellikler ise müdahalenin hedeflediği farklı meslekler veya farklı örgütsel düzeyler (müdahalenin bağlamı) ve/veya müdahaleyi belirli ortamlar için uyarlama ihtiyacının (müdahalenin esnekliği) olmasıdır (22).

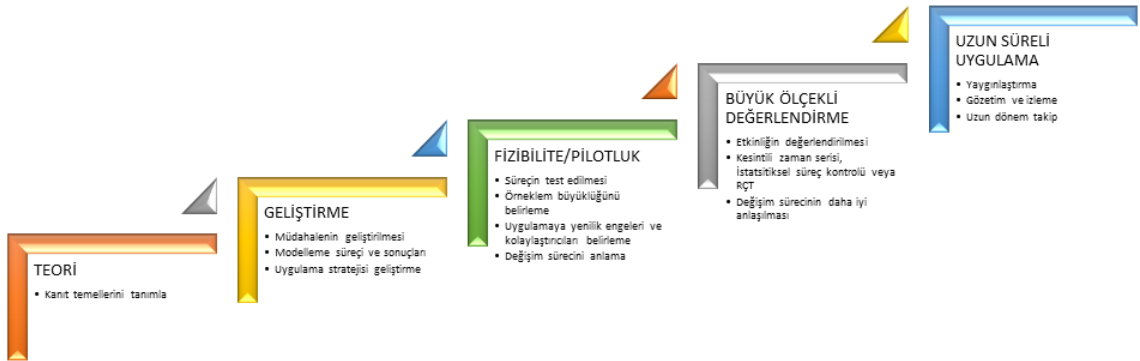
Hemşireler, küresel sağlık sorunlarının başında gelen sağlık ve sosyal bakım sorunlarının üstesinden gelmede kritik bir role sahiptir. Bir hemşire, bakım vermek veya diğer hemşirelere bir şey öğretmek için başka biriyle etkileşime girdiğinde bir müdahale gerçekleştirir. Hemşirelik özünde zaten karmaşık bir müdahaledir ve karmaşık alanlarda hizmet vermektedir (73). Karmaşık hemşirelik müdahaleleri geliştirebilmek için bir sürece ihtiyaç vardır. Bu müdahalelerin gerçekleşebilmesi için de hemşirelerin birtakım özelliklere sahip olması gerekmektedir. Araştırma yöntemlerini bilme, gözlem yapma, klinik işleyişe hâkim olma, klinik işleyişteki eksikleri bilme ve bilinen eksikleri giderecek çözüm önerileri sunabilme bunlardan bazılarıdır. Ayrıca hemşirelerin çalıştığı mevcut sağlık kurumlarında yönetim ve idari desteğin etkisi de yadsınamaz bir gerçektir (74). Hemşirelikte araştırma sonuçlarının ya da kanıt temelli uygulamaların sadece bir kısmı kolayca uygulamaya aktarılmakta teori ile pratik arasında hep bir boşluk kalmaktadır. Yapılan bir incelemede 2000 ve 2006 yılları arasında en iyi on bilimsel hemşirelik dergisinden alınan çalışmaların çoğunlukla tanımlayıcı olduğu ve hemşirelik müdahalelerinin hastalar üzerindeki etkisinin bildirilmediği görülmüştür (75). Kanıtlar hemşirelik müdahaleleri ile uygulanan müdahalelerin ve eylemlerin zarardan çok fayda sağlayacağını göstermektedir. Bu nedenle, hemşireler uygulamayı desteklemek için en

yüksek kanıt biçimini sağlayan araştırma metodolojilerini bilmeli, kullanmalı ve uygulamalıdır (24).

Karmaşık müdahalede uygulamanın iyi olması için; en iyi kanıtları ve uygun teoriyi kullanarak müdahaleleri sistematik olarak geliştirmek, ardından bunları dikkatlice aşamalı bir yaklaşım kullanarak test etmek, tasarımdaki her bir temel belirsizliği hedef alan bir dizi pilot çalışmaya başlamak ve bir sonraki aşamaya geçmek gereklidir. Daha sonra sonuçlar değerlendirilerek daha fazla araştırma ile mümkün olduğunca herkesle ve uygulanabilirliği vurgulayan şekilde paylaşılmalıdır (Şekil 2.1, Şekil 2.3) (23). Karmaşık müdahale geliştirme çalışmaları uygulama alanından bağımsız sadece araştırma süresince uygulanacak bir müdahale şeklinde yapılmamalıdır. Çünkü çalışmayı tüm bileşenleriyle birlikte test etmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak gerekir. Bunun için mini testler ve pilot çalışmalarla başlanmalıdır. Bu şekilde daha erken aşamalarda kontrollerin sağlanmasına gerekirse düzenlemelerin yapılmasına fırsat sağlar (76). Sağlık hizmetlerinde karmaşık müdahalelerin gelişimi önem kazanmakla birlikte değerlendirilmesi için 2012 yılına kadar bir kılavuz yayımlanmamıştır. Daha sonrasında Karmaşık Müdahalelerin Gelişimini ve Değerlendirilmesini Raporlama Kriterleri (CReDECI) geliştirilmiştir. CReDECI, sağlık hizmetlerinde karmaşık müdahalelerin geliştirilmesi, pilot uygulaması ve değerlendirilmesine ilişkin kapsamlı bir raporlama için rehberlik sunan 13 maddelik uluslararası bir raporlama kılavuzudur. Raporlama kılavuzu, EQUATOR ağının tavsiyelerini takiben resmi bir konsensüs sürecine dayalı olarak revize edilerek kullanıma sunulmuştur (22).



Şekil 2. 1. MRC Tarafından Geliştirilen Karmaşık Müdahaleler Çerçevesinin Anahtar Bileşenleri (77)



Şekil 2. 2 MRC'nin Karmaşık Müdahale Geliştirme ve Değerlendirme Çerçevesi (19)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmaya ait hipotezler;

H0<sub>1</sub>: Hemşirelere uygulanan müdahale hastaların bakımdan memnuniyetini etkilemez.

H0<sub>2</sub>: Hemşirelere uygulanan müdahale hastaların hemşireye güven düzeyini etkilemez.

H0<sub>3</sub>: Hemşirelere uygulanan müdahale hemşirelerin devir teslim kalitesini etkilemez.

H1<sub>1</sub>: Hemşirelere uygulanan müdahale hastaların bakımdan memnuniyetini olumlu yönde etkiler.

H1<sub>2</sub>: Hemşirelere uygulanan müdahale hastaların hemşireye güven düzeyini olumlu yönde etkiler.

H1<sub>3</sub>: Hemşirelere uygulanan müdahale hemşirelerin devir teslim kalitesini olumlu yönde etkiler.

#### 3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Ocak-Eylül 2022 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği (Yoğun Bakım Kliniği), Dahiliye Kliniği (Dahili Klinik), Genel Cerrahi Kliniğinde (Cerrahi Klinik) gerçekleştirilmiştir. Çalışma müdahale öncesi, müdahale sonrası kısa süreli (müdahaleden 2 hafta sonra) ve müdahale sonrası uzun süreli (müdahaleden 8 hafta sonra) olacak şekilde kontrol ve deney grubu aynı olduğu yarı deneysel düzende gerçekleştirilmiştir.

Hasta devir teslim ile ilgili uzman görüşü olarak hazırlanan eğitim, standart hasta devir teslim formunun her hasta için kullanılmaya başlanması, devir teslimde standardizasyonun sağlanması ve bu iyileştirme çalışmasının yöneticiler tarafından desteklenmesi müdahale olarak ifade edilmiştir. Sunulan eğitim; hasta devir tesliminin önemini, standardizasyonun nasıl sağlanacağını ve standart hasta devir teslim formunu neden kullanmamız gerektiğini içermektedir. Eğitim içeriği hazırlandıktan sonra klinisyen ve akademisyenlerin yer aldığı 5 kişiden uzman görüşü alınmıştır. Eğitimler her bir kliniğin kendi toplantı odasında 3 farklı oturumla bütün hemşirelere ulaşılacak şekilde ortalama 45 dakikada gerçekleştirilmiştir. Eğitimlerde yazılı, görsel ve video

yöntemlerini kullanarak interaktif şekilde yapılmıştır. Eğitim sonrasında hemşirelerin her hasta için yazılı ve sözlü olarak kullanması gereken standart hasta devir teslim formu hasta başında araştırmacı tarafından uygulanarak nasıl kullanılacağı anlatılmıştır. Eğitim için hazırlanan sunum hemşirelerle paylaşılmıştır (EK-1).

### **3.3. Araştırmanın Etik Yönü**

Bu araştırma; 03.12.2021 tarihinde Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu'nun 2021/28 nolu kararı (EK-2) ile doktora tez konusu olarak onaylandı. Araştırmaya başlamadan önce Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.12.2021 tarihinde 2021/042 nolu kararıyla (EK-3) etik kurul izni alındı. Daha sonra araştırmanın gerçekleştirileceği hastaneden 24.01.2022 tarihinde T.C. Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü tarafından E-96172664-050.06.04 sayılı (EK-4) kurum izni alındı.

Araştırmaya başlamadan önce hemşirelere ve hastalara araştırmanın amacı, süresi ve araştırma boyunca yapılacaklar anlatılarak 'Aydınlatılmış Onam' ilkesine özen gösterildi. Hemşirelerin ve hastaların 'gönüllülük' ilkesine bağlı olarak bireylerin özgür oldukları ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtildi. Araştırma kapsamında alınan bilgilerin kişisel bilgilerinin gizliliği esas alınarak araştırma dışında kullanılmayacağı ve gizli tutulacağı belirtilerek 'Gizlilik ve Gizliliğin Korunması' ve 'Kimliksizlik ve Güvenlik' ilkesine bağlı kalındı.

Araştırmada kullanılan ölçekler ve form için yazarlara e- mail yoluyla ulaşılarak yazarlardan kullanım izni alındı.

### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu yarı deneysel karmaşık hemşirelik müdahale geliştirme çalışması 2022 yılı Ocak ve Eylül ayları tarihinde Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği, Dahiliye Kliniği ve Genel Cerrahi Kliniğinde yürütülmüştür.

Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği 3. Basamak bir yoğun bakım olup 15 hasta yatağı bulunmaktadır. Bu klinikte; 29 aktif çalışan hemşire ve 1 sorumlu hemşire olmak üzere toplam 30 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08-16, 16-08 veya 08-08 şeklinde çalışmaktadır. Her vardiyada 8-9 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte; hemşirelerin vardiya değişimlerinde, yemek molalarında, hastayı farklı bir kliniğe veya işleme götürürken hemşireler arasında devir teslim gerçekleştirilmektedir. Acil arabası ve defibrilatör, portable ventilatör narkotik dolapta bulunan ilaçlarda devir teslim edilmekte ve imza ile deftere kaydedilmektedir.

Dahiliye Kliniği 20 yataklı olup 10 aktif çalışan ve 1 sorumlu hemşire olmak üzere toplam 11 hemşire görev yapmaktadır. Aynı katta u farklı dahiliye kliniği yer almaktadır. Sorumlu hemşire aynı kattaki u dahiliye kliniğinin de sorumlu hemşirelik görevini yapmaktadır. Dahiliye kliniğinde hemşireler 08-16, 16-08 veya 08-08 şeklinde çalışmaktadır. Her vardiyada 2-4 tane hemşire görev yapmaktadır. Klinikte; hemşirelerin vardiya devir değişimlerinde, yemek molalarında, hastayı farklı bir kliniğe veya işleme götürürken hemşireler arasında devir teslim gerçekleştirilmektedir. Acil arabası, defibrilatör, narkotik dolapta bulunan ilaçlarda devir teslim edilmekte ve imza ile deftere kaydedilmektedir.

Genel Cerrahi Kliniği 18 yataklı olup 8 aktif çalışan ve 1 sorumlu hemşire olmak üzere toplam 9 hemşire görev yapmaktadır. İki farklı katta olmak üzere beş farklı genel cerrahi kliniği yer almaktadır. Sorumlu hemşire aynı kattaki u genel cerrahi kliniğinin de sorumlu hemşirelik görevini yapmaktadır. Genel Cerrahi kliniğinde hemşireler 08-16, 16-08 veya 08-08 şeklinde çalışmaktadır. Her vardiyada 2 ya da 3 hemşire görev almaktadır. Klinik vardiya devir teslimlerinde, yemek aralarında veya hastayı farklı bir kliniğe veya işleme götürürken devir teslim gerçekleştirmektedir. Acil arabası, defibrilatör, narkotik dolapta bulunan ilaçlarda devir teslim edilmekte ve imza ile deftere kaydedilmektedir.

Araştırma boyunca toplam 412 hasta bu kliniklerde tedavi ve bakım almıştır. Araştırma takvimine uygun tarihlerde tedavi ve bakım alan, araştırma katılım kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden toplam 369 hasta 1.örneklemimizi oluşturmuştur.

**a) 1.örneklem araştırmaya katılım kriterleri;**

- 18 yaşından büyük olması,
- Türkçe anlayabilmesi, konuşabilmesi ve işitme engeli bulunmaması,
- Kavrama ve anlama yeteneğini azaltacak herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- İletişim sorunu olmaması,
- Temas izolasyonu bulunmaması,
- COVID-19 pozitif veya şüphesi bulunmayan

Araştırmanın 2. evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Adana şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dahiliye Kliniği, Genel Cerrahi Kliniği, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniklerinde alışan 52 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın 2.rneklemi T.C.

Sağlık Bakanlığı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dahiliye Kliniği, Genel Cerrahi Kliniği, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniklerinde çalışmayı kabul eden 50 hemşire oluşturmaktadır.

**b) 2. Örneklemin araştırmaya katılım kriterleri;**

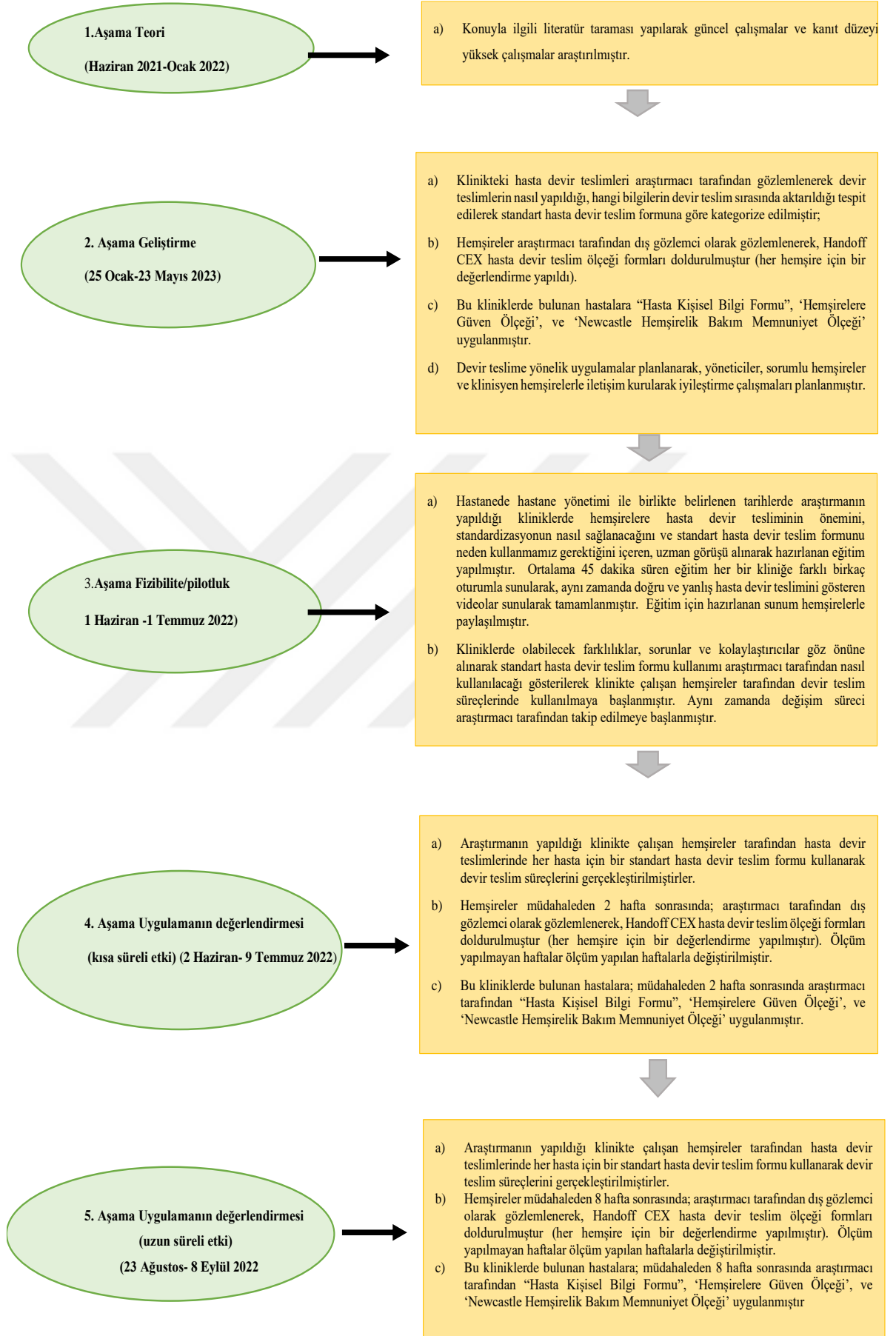
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Çalışmanın uygulama aşamasında standart hasta devir teslimi formunu kullanan,
- Hasta devir tesliminde görev alan hemşireler oluşturmuştur.

Araştırma verileri müdahale öncesi, müdahaleden 2 hafta sonra ve müdahaleden 8 hafta sonra olmak üzere 25 Ocak-8 Eylül 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü standart form kullanılarak devir teslim sürecini iyileştirme amacıyla yapılan müdahale çalışmaları (benzer kaynak çalışma örneği (Avallone & Weideman, 2015)) ve çalışmanın başlangıcında yapılan pilot çalışma (Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeğinin devreden, devralan ölçeği için 46 değerlendirme sonucu) referans alınarak hesaplandı. G\*Power 3.1 programı kullanılarak yapılan hesaplamada; müdahale ile Handoff CEX'in her bir alanında 0.4 puanlık bir artış öngörüldüğünde, standart sapma farkı 1.2 ve etki değeri 0.33 iken müdahale öncesi ve sonrası her bir ölçek için (devreden, devralan) 119 değerlendirmenin veri olarak elde edilmesi öngörüldü. Yedek veriler ile birlikte 125 devreden 125 devralan raporun değerlendirilmesine karar verildi. Gözlenen toplam 500 hemşire devir teslim sürecinin 250'si müdahale öncesi dönemde, 250'si müdahaleden 2 hafta sonrası dönemde, 122'sinin müdahaleden 8 hafta sonrasında gözlenmesi öngörüldü. Hastalar için ise müdahale öncesi gözlem yapılan tarihler arasında araştırma yapılan kliniklerde yatışı bulunan ve yeni yatan araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan tüm hastalara ulaşılması amaçlandı. Toplam 658 hemşire devir teslim süreci (devreden/devralan), 369 hasta ve 50 hemşire, 969 tane standart hasta devir teslim formu çalışmaya dahil edildi. Gözlenen toplam 658 hemşire devir teslim sürecinin 268'i müdahale öncesi dönemde, 268'i müdahaleden 2 hafta sonrasında, 122'si müdahaleden 8 hafta sonrasında gözlenmiştir.

### **3.5. Araştırma Planı**

Bu çalışma 5 aşamadan oluşmaktadır ve Şekil 3.1'de her aşamada nasıl yol izlendiği şekilde anlatılmıştır (Şekil 3.1).



Şekil 3. 1. Araştırma Akış Şeması

### 3.6. Tez Çalışması Takvimi

Tez çalışması HKÜ Lisansüstü Eğitim ve Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne bağlı kalınarak oluşturuldu.



### 3.7. Tez İzleme Komitesi Toplantıları

Tez İzleme Komitesi toplantıları HKÜ Lisansüstü Eğitim ve Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne bağlı kalınarak oluşturuldu.

1. Tez izleme komitesi toplantı tarihi: 12.04.2022
2. Tez izleme komitesi toplantı tarihi: 09.12.2022
3. Tez izleme komitesi toplantı tarihi: 26.05.2023

### 3.8. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hastalar için literatür doğrultusunda oluşturulan; "Hasta Bilgi Formu", hemşireler için literatür doğrultusunda oluşturulan; "Hemşire Kişisel Bilgi Formu", hasta devir teslim kalitesini değerlendirmek için "Handoff CEX"

Hasta Devir Teslim Ölçeği”, hastaların hemşirelik bakımına ait düşüncelerini belirlemek amacıyla “Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ)”, hasta-hemşire güven ilişkisini incelemek için “Hemşirelere Güven Ölçeği” ve “Standart Hasta Devir Teslim Formu” kullanılmıştır.

### **3.8.1. Hasta bilgi formu**

İlgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından kişi hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, vb.), toplam beş ifadeden oluşmaktadır (78–80) (EK-5).

### **3.8.2. Hemşire kişisel bilgi formu**

İlgili literatür taranarak hemşirelerin tanıtıcı ve klinik bilgilerini (yaş, cinsiyet, çalışma yılı, eğitim durumu, çalıştığı klinik vb.) içeren toplam 8 ifadeden oluşmaktadır (11,78,79) (EK-6).

### **3.8.3. Handoff CEX hasta devir teslim değerlendirme ölçeği**

Hemşire hasta devir teslim kalitesini değerlendirmek için Handoff CEX hasta devir teslim değerlendirme ölçeği kullanıldı. Horwitz et al. (2012) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, hastayı devreden ve hastayı devralan hemşire için ayrı ayrı uygulanmak üzere, iki farklı formdan oluşmuştur. Devir teslim (Devreden) Değerlendirme Formu; ortam, düzen/verimlilik, iletişim becerileri, içerik, klinik karar ve hümanist kalite/profesyonellik olmak üzere 6 bölümden oluşur. Devir teslim (Devralan) Değerlendirme Formu ise “içerik” dışındaki diğer beş bölümden oluşmaktadır. Her alan, nesnel değerlendirme üretmeyi amaçlayan göstergeler içerir; ek olarak, açık bir soru daha fazla düşüncenin gündeme getirilmesine izin verir. Tüm maddeler 1'den 9'a kadar değişen bir likert ölçeğine dayanmaktadır. 1'den 3'e kadar olan puanlar "yetersiz", 4 ila 6 "yeterli", 7 ila 9 "çok yeterli" şeklindedir (80). Handoff CEX hasta devir teslim ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Tosun ve ark. (2022) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır (81) Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı Handoff CEX hasta devir teslim (devreden) 0.95; Handoff CEX hasta devir teslim (devralan) 0.91, toplam Cronbach Alpha 0.95 olarak bulundu. Ölçeğin araştırmada kullanılması için yazarlara e- mail yoluyla ulaşılarak kullanım izni alındı (EK-7, EK-8).

### **3.8.4. Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği (HBMÖ)**

Ölçek Thomas ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olup (82), Uzun tarafından 2003 yılında ayrıca Akın ve Erdoğan tarafından 2007 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (83,84). Ölçek hemşirelik bakımını içeren 19

maddeden oluşan 5 puanlık likert tipi bir ölçektir. Puan değerlendirmesi ölçekte işaretlenen tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımının tüm boyutlarından memnun olduğunu göstermektedir (82–84). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.98 bulundu. Ölçeğin araştırmada kullanılması için yazarlara e- mail yoluyla ulaşılarak kullanım izni alındı (EK-9).

### **3.8.5. Hemşirelere güven ölçeği**

Ölçek Radwin ve Cabral (2010) tarafından geliştirilmiş (85) ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çınar Yücel ve Ay (2013) tarafından yapılmıştır (86). Ölçekteki her bir madde, bir hemşire faaliyetini değerlendirmeye veya hasta hislerini anlamaya yönelik olup 6'lı likert tipidir. Ölçeğin toplam puanı (en düşük 5 puan- en yüksek 30 puan), sorulara verilen cevapların puanlarının toplanması ile ölçülür. Ölçekten alınan yüksek puan, hemşirelere güven düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun genel Cronbach alfa değeri 0.95, bu çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0.87'dir. Ölçeğin araştırmada kullanılması için yazarlara e- mail yoluyla ulaşılarak kullanım izni alındı (EK-10).

### **3.8.6. Standart hasta devir teslim formu**

Hasta devir teslimi için 'Standart Hasta Devir Teslim Formu' NURSEPASS örnek alınarak hazırlanmıştır (EK-11). NURSEPASS; 2016'da Marian Smeulers ve Hester Vermeulen'in, hemşirelik vardiyası devir teslimi sırasında tartışılacak konuları içeren kanıta dayalı 18 öneriden oluşan bir veri seti içeren bir hatırlatıcıdır (19) NURSEPASS hatırlatıcısının kullanımı için yazarlardan e-mail yoluyla izin alınmıştır (EK-12).

## **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada SPSS 22.0 (Statistical Package of Social Sciences) paket programı kullanılmıştır ve değerlendirilen araştırma verilerinin analizinde; sayı, yüzdeler, dağılımları, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım özelliklerinin değerlendirilmesi skewness ve kurtosis değerleri ile incelenmiştir. Shao (2002)'ya göre çalışmada kullanılacak verilerin normal dağılım göstermesi, skewness ve kurtosis değerlerinin  $\pm 3$  arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002) Dolayısıyla, veriler normal dağılım göstermektedir. Değişkenlerin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde tek yönlü ANOVA veya "Pearson- $\chi^2$ " testleri kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent

Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımlı grupların ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Paired Samples t testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümler için iki yönlü tekrarlı ölçümler ANOVA (Tek Faktör Tekrarlı), repeated measure testi kullanılmıştır Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Yorumlamada  $p < 0,05$  kullanılmıştır.



#### 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $31.14 \pm 7.13$  yıl, mesleki deneyim yıl ortalamaları  $8,58 \pm 7,16$  yıl ve klinik hasta devir teslim süreleri ortalama  $14.00 \pm 7.93$  dakika olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin %76.0'ı kadın, %84.0'ı lisans mezunu, %62.0'ı yoğun bakım kliniğinde, %22.0'ı dahiliye kliniğinde, %16.0'ı cerrahi kliniğinde çalışmakta ve 98.0'ı hasta devir teslim süresinin yeterli olduğunu, % 66.0'ı standart hasta devir teslim formunun kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Müdahale öncesinde hemşirelerin tamamı devir teslimi sözlü (standardize değil) ve %78.8'i yatak başında gerçekleştirirken müdahaleden 8 hafta sonrasında %78.1'i sözlü ve yazılı (standardize) ve %100.0'ı yatak başında devir teslim gerçekleştirmektedir (Tablo 4.1.).

**Tablo 4. 1. Hemşirelerin Kişisel ve Hasta Devir Teslimine Yönelik Bilgileri**

Değişkenler	X ± SS (min- max)					
	Sayı (N)	%	Müdahaleden 2 hafta sonra	%	Müdahaleden 8 hafta sonra	%
Yaş (yıl)	31.14±7.13(min=23.max=49)					
Mesleki deneyim (yıl)	8.58±7.16 (min=1. max=27)					
Klinikteki ortalama hasta devir teslim süresi tahminleri (dk)	14.00±7.93 (min=5-max=30)					
	Sayı (N)	%	Sayı(N)	%	Sayı(N)	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	38	76.0	-	-	-	-
Erkek	12	24.0	-	-	-	-
<b>Eğitim durumu</b>						
Lise	1	2.0	-	-	-	-
Önlisans	4	8.0	-	-	-	-
Lisans	42	84.0	-	-	-	-
Yüksek lisans	3	6.0	-	-	-	-
<b>Çalıştığı klinik</b>						
Dahili klinik	11	22.0	-	-	-	-
Cerrahi klinik	8	16.0	-	-	-	-
Yoğun bakım kliniği	31	62.0	-	-	-	-
<b>Hasta devir teslim süresi sizce yeterli mi?</b>						
Evet	49	98.0	-	-	-	-
Hayır	1	2.0	-	-	-	-
<b>Standart hasta devir teslim formu kullanılmalı mı?</b>						
Evet	33	66.0	-	-	-	-
Hayır	17	34.0	-	-	-	-
<b>Devir teslim şekli</b>						
Sözlü (standardize değil)	339	100.0	17	3.8	41	21.9
Sözlü ve yazılı (standardize)	0	0.0	426	96.2	146	78.1
<b>Devir teslim yeri</b>						
Yatak başı	267	78.8	443	100.0	187	100.0
Hasta odasının önü	72	21.2	0	0.0	0	0.0

Toplam 658 hemşire devir teslim süreci (devreden/devralan), 369 hasta ve 50 hemşire, 969 tane standart hasta devir teslim formu çalışmaya dahil edildi. Handoff

CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (devreden) toplam puanı ve bölümlerine baktığımızda düzen/verimlilik, iletişim becerileri, içerik, klinik karar ve hümanist kalite/profesyonel bölümlerinin puan ortalamaları ve devreden genel yeterlilik ve hemşirelerin değerlendirmeden memnuniyet puan ortalamalarının ise müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahale öncesine ve müdahaleden 8 hafta sonrasının müdahale öncesine göre artmıştır ( $p<0.001$ ). Ölçeğin ortam bölümünün puan ortalaması müdahaleden 2 hafta ve 8 hafta sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.2.).

Hemşirelerin araştırmacı tarafından gözlemlenen hastayı devretme süresine baktığımızda müdahaleden 2 hafta ve 8 hafta sonrasında müdahale öncesine göre azalmıştır ( $p=0.001$ ) (Tablo 4.2.).

Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (devralan) toplam puanı ve bölümlerine baktığımızda ortam, iletişim becerileri, klinik karar ve profesyonellik/hümanist kalite bölümlerinin puan ortalaması ve devralan genel yeterlilik ve hemşirelerin değerlendirmeden memnuniyet puan ortalamasının müdahaleden 2 hafta ve 8 hafta sonrası ile müdahale öncesine göre artmıştır ( $p<0.001$ ). Ölçeğin diğer bir bölümü olan düzen/verimlilik bölüm puanında müdahaleden 2 hafta ve 8 hafta sonrası ile müdahale öncesi, müdahaleden 8 hafta sonrası ile müdahaleden 2 hafta sonrasında arttığı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.2.).

Hemşirelerin gözlemlenen hastayı devralma süresine baktığımızda müdahaleden 8 hafta ve 2 hafta sonrasının müdahale öncesine göre azalmıştır ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.2.).

**Tablo 4. 2.Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (Devreden/Devralan) Toplam Puan ve Alt Değişken Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Devreden			İstatistiksel analiz* Olasılık	F	P	Devralan			Test * p	
	Müdahale öncesi <sup>1</sup>	Müdahale 2 hafta sonra <sup>2</sup>	Müdahale 8 hafta sonra <sup>3</sup>				Müdahale öncesi <sup>1</sup>	Müdahale 2 hafta sonra <sup>2</sup>	Müdahale 8 hafta sonra <sup>3</sup>		
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$				$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$		
Ortam puanı	7.07±.98	8.06±.92	8.45±.62	64.270	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3;2-3)		7.11±.92	8.07±.99	8.40±.61	58.062	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)
Düzen/verimlilik puanı	7.07±1.00	8.19±.91	8.37±.68	66.121	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		6.85±1.01	7.75±1.14	8.22±.73	46.309	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3;2-3)
İletişim becerileri puanı	7.14±1.04	8.33±.98	8.55±.64	69.702	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		7.09±.94	8.29±.97	8.37±.61	72.273	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)
İçerik puanı	7.20±1.11	8.23±.97	8.37±.75	46.732	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		-	-	-	-	-
Klinik karar puanı	7.15±1.18	8.10±1.09	8.24±.78	33.747	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		6.92±1.01	7.88±1.03	8.06±.85	42.310	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)
Profesyonellik /hümanist kalite puanı	7.17±1.07	8.35±.95	8.55±.59	68.498	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		7.06±.94	8.37±.85	8.75±.64	95.680	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)
Genel yeterlilik puanı	7.20±1.01	8.26±1.03	8.44±.61	53.979	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		7.08±.90	8.19±.94	8.34±.62	69.939	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)
Bir hemşirenin devir teslim (devir verme/alma) süresi(dk)	6.54±2.87	5.15±3.08	5.75±2.73	7.514	<b>0.001</b> (1-2;1-3)		6.56±2.86	5.11±3.06	5.77±2.72	8.226	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)
Hemşirelerin değerlendirilmeden memnuniyetleri	7.48±.87	8.25±.84	8.34±.70	36.533	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		7.46±.74	8.17±.83	7.46±.74	35.534	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)
Toplam puan	7.13±.90	8.21±.85	8.42±.60	75.856	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)		7.01±.76	8.07±.81	8.30±.58	91.151	<b>p&lt;0.001</b> (1-2;1-3)

-= Ölçülemez; F= One Way ANOVA; 1, 2, 3 ile ifade edilen gruplar arasında fark Bonferoni düzeltmesi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olanlar belirtilmiştir.

Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (Devreden/Devralan) puan ortalaması ile hemşirenin devretme saati, devirdeki hemşirenin eğitim durumu, devirdeki hemşirenin mesleki deneyim süresi arasında bir fark bulunmamıştır ( $p>0.005$ ) (Tablo 4.3.).

**Tablo 4. 3.Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (Devreden/Devralan) Ortalamasının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**

		Devreden				Devralan			
		Müdahale öncesi <sup>1</sup>	Müdahalede n 2 hafta sonra <sup>2</sup>	Müdahalede n 8 hafta sonra <sup>3</sup>	Toplam	Müdahale öncesi <sup>1</sup>	Müdahalede n 2 hafta sonra <sup>2</sup>	Müdahalede n 8 hafta sonra <sup>3</sup>	Toplam
Devir saati	<b>08:00</b>	7.21±.92	8.26±.84	8.37±.63	<b>7.86±.99</b>	7.04±.82	8.08±.84	8.28±.59	7.70±.96
	<b>16:00</b>	6.84±.78	8.02±.89	8.63±.38	7.64±1.04	6.87±.48	8.04±.71	8.41±.58	7.62±.88
	<b>Toplam</b>	7.13±.90	8.21±.85	8.42±.60	7.81±1.00	7.01±.76	8.07±.81	8.30±.58	7.68±.94
İstatistiksel analiz	F <sub>müdahale</sub> =76.095 F <sub>saat</sub> =3.140	p<0.001 (1-2; 1-3) p=0.077	EB=.319 EB= .010		F <sub>müdahale</sub> =90.872 F <sub>saat</sub> =.385	p<0.001 (1-2; 1-3) p=0.535	EB=.359 EB= .001		
Devirdeki Hemşirenin Eğitim Durumu	<b>Lise</b>	6.77±.19	-	9.00±.00	7.66±1.22	7.00±.00	-	8.50±.42	7.60±.84
	<b>Ön lisans</b>	7.33±.97	8.07±.86	8.72±.48	7.88±.97	6.91±.76	8.22±.63	8.93±.11	7.81±1.01
	<b>Lisans</b>	7.10±.93	8.22±.86	8.38±.61	7.80±1.02	7.00±.78	8.05±.84	8.25±.59	7.67±.95
	<b>Yüksek lisans</b>	7.40±.72	8.25±.75	8.45±.59	7.92±.82	7.18±.74	8.26±.48	8.34±.57	7.79±.83
	<b>Toplam</b>	7.13±.90	8.21±.85	8.42±.60	7.81±1.00	7.01±.76	8.07±.81	8.30±.58	7.68±.94
İstatistiksel analiz	F <sub>müdahale</sub> =75.480 F <sub>egitim</sub> =.308	p<0.001 (1-2; 1-3) p=0.820	EB=.319 EB= .003		F <sub>müdahale</sub> =90.973 F <sub>egitim</sub> =.521	p<0.001 (1-2; 1-3) p=0.668	EB=.360 EB= .005		
Devirdeki Hemşirenin Mesleki Deneyim Süresi	<b>&lt;1 yıl</b>	6.72±1.10			6.72±1.10	7.13±.75	-	-	7.13±.75
	<b>1-2 yıl</b>	7.41±.92	8.27±.86	8.28±.71	7.92±.95	7.23±.94	8.00±.90	8.43±.68	7.78±.99
	<b>3- yıl</b>	6.65±.86	8.25±.76	8.47±.53	7.64±.1.12	6.72±.72	8.24±.61	8.28±.61	7.63±.99
	<b>&gt;5 yıl</b>	7.28±.82	8.17±.90	8.48±.57	7.87±.95	7.05±.67	8.01±.87	8.25±.52	7.67±.89
	<b>Toplam</b>	7.13±.90	8.21±.85	8.42±.60	7.81±1.00	7.01±.76	8.07±.81	8.30±.58	7.68±.94
İstatistiksel analiz	F <sub>müdahale</sub> =74.107 F <sub>deneyim</sub> =1.992	p<0.001 (1-2; 1-3) p=0.115	EB=.315 EB= .018		F <sub>müdahale</sub> =90.009 F <sub>deneyim</sub> =.559	p<0.001 (1-2; 1-3) p=0.643	EB=.358 EB= .005		

F İki yönlü ANOVA testi; EB= Etki büyüklüğü; 1, 2, 3 ile ifade edilen gruplar arasında fark Bonferoni düzeltmesi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olanlar belirtilmiştir.

Çalışma süresince farklı zamanlarda farklı hasta gruplarından toplanan veriler incelendiğinde hastaların hastanede yatış süresi (p=0.002) ve çalışma durumları açısından (p=0.006) gruplar arasında bir fark varken, hastaların yaş ortalamaları, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve tedavi gördüğü klinik açısından bir fark yoktur (p>0.05) (Tablo 4.4.).

**Tablo 4. 4. Hastaların Kişisel Özellikleri ile Ölçüm Zamana Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi**

	Müdahale öncesi <sup>1</sup>	Müdahaleden 2 hafta sonra <sup>2</sup>	Müdahaleden 8 hafta sonra <sup>3</sup>	Test	p
Hasta yaşı ( $\bar{X} \pm SS$ )	56.73±17.38	55.27±16.78	60.58±17.18	F= 1.995	P=0.138
Hastanede bulunduğu süre (gün) ( $\bar{X} \pm SS$ )	7.04±7.73	4.37±4.37	7.78±8.34	F=6.617	<b>P=0.002 (1-2;2-3)</b>
	N(%)	N(%)	N(%)		
Klinik	Yoğun bakım kliniği	33(27.3)	22(18.2)	$\chi^2= 3.041$	P=0.551
	Dahili klinik	31(27.7)	24(21.4)		
	Cerrahi klinik	45(33.1)	19(14.0)		
Cinsiyet	Kadın	61(32.3)	35 (18.5)	$\chi^2=2.152$	P= 0.344
	Erkek	48 (26.7)	30 (16.7)		
Eğitim düzeyi	İlkokul	39 (26.2)	6 (17.4)	$\chi^2= 8.001$	P=0.433
	Ortaokul	10 (21.3)	9 (19.1)		
	Lise	21 (30.9)	10 (14.7)		
	Ön lisans ve üstü	13 (43.3)	4 (13.4)		
	Okuma ve yazma bilmiyor	26 (34.7)	16 (21.3)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	34(42.5)	8 (12.3)	$\chi^2= 14.608$	<b>P= 0.006 (1-2;2-3)</b>
	Çalışmıyor	54 (29.7)	38 (20.9)		
	Emekli	21(19.6)	19(17.8)		

$\bar{X} \pm SS$ = ortalama+ standart sapma, N= sayı, %= yüzde, F= tek yönlü ANOVA testi,  $\chi^2$  = Pearson ki kare testi, 1, 2, 3 ile ifade edilen gruplar arasında fark Bonferoni düzeltilmesi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olanlar belirtilmiştir.

HBMÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimine baktığımızda müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahale öncesine göre ve müdahaleden 8 hafta sonrasının müdahale öncesine göre arttığı bulunmuştur ( $F_{\text{müdahale}} = 7,597$ ,  $p < 0.001$ ). HBMÖ puan ortalamalarının kliniklere göre yapılan karşılaştırmada genel cerrahi kliniğin dahili kliniğe ve yoğun bakım kliniğine göre daha yüksektir ( $F_{\text{klinik}} = 8.495$ ,  $P < 0.001$ ) (Tablo 4.5.).

Hemşirelere Güven Ölçeğinin zamana göre değişimine baktığımızda müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahale öncesine göre ve müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahaleden 8 hafta sonrasına göre daha yüksek bulunmuştur

( $F_{\text{müdahale}}=4.886$ ,  $p= 0.008$ ). Hemşirelere Güven Ölçeği puan ortalamaları genel cerrahi kliniğinde yatan hastaların dahiliye kliniğinde ve genel cerrahi yoğun bakım kliniğinde yatan hastalara göre daha yüksektir ( $F_{\text{klinik}}=8.200$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4.5.).

Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (devreden) toplam puan ortalamasının zamana göre değişimine baktığımızda müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahale öncesine göre ve müdahaleden 8 hafta sonrası müdahale öncesine göre daha yüksektir ( $F_{\text{müdahale}}=87.752$ ,  $p<0.001$ ). Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (devreden) toplam puan ortalamasına kliniklere göre baktığımızda dahili kliniğin yoğun bakım kliniği ve cerrahi kliniğe göre daha yüksektir ( $F_{\text{klinik}}=8.495$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4.5.).

Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeğinin (devralan) toplam puan ortalamasının zamana göre değişimine baktığımızda müdahaleden 2 hafta sonrasının müdahale öncesine göre ve müdahaleden 8 hafta sonrasının müdahale öncesine daha yüksektir ( $F_{\text{müdahale}}=100,292$ ,  $p<0.001$ ). Handoff CEX Hasta Devir Teslim Ölçeği (devralan) toplam puan ortalamasına kliniklere göre baktığımızda dahili kliniğin yoğun bakım kliniği ve cerrahi kliniğe göre daha yüksektir ( $F_{\text{klinik}}=16.333$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4.5.).

**Tablo 4. 5. Ölçeklerin Ölçüm Zamanına ve Kliniklere Göre Değişimleri**

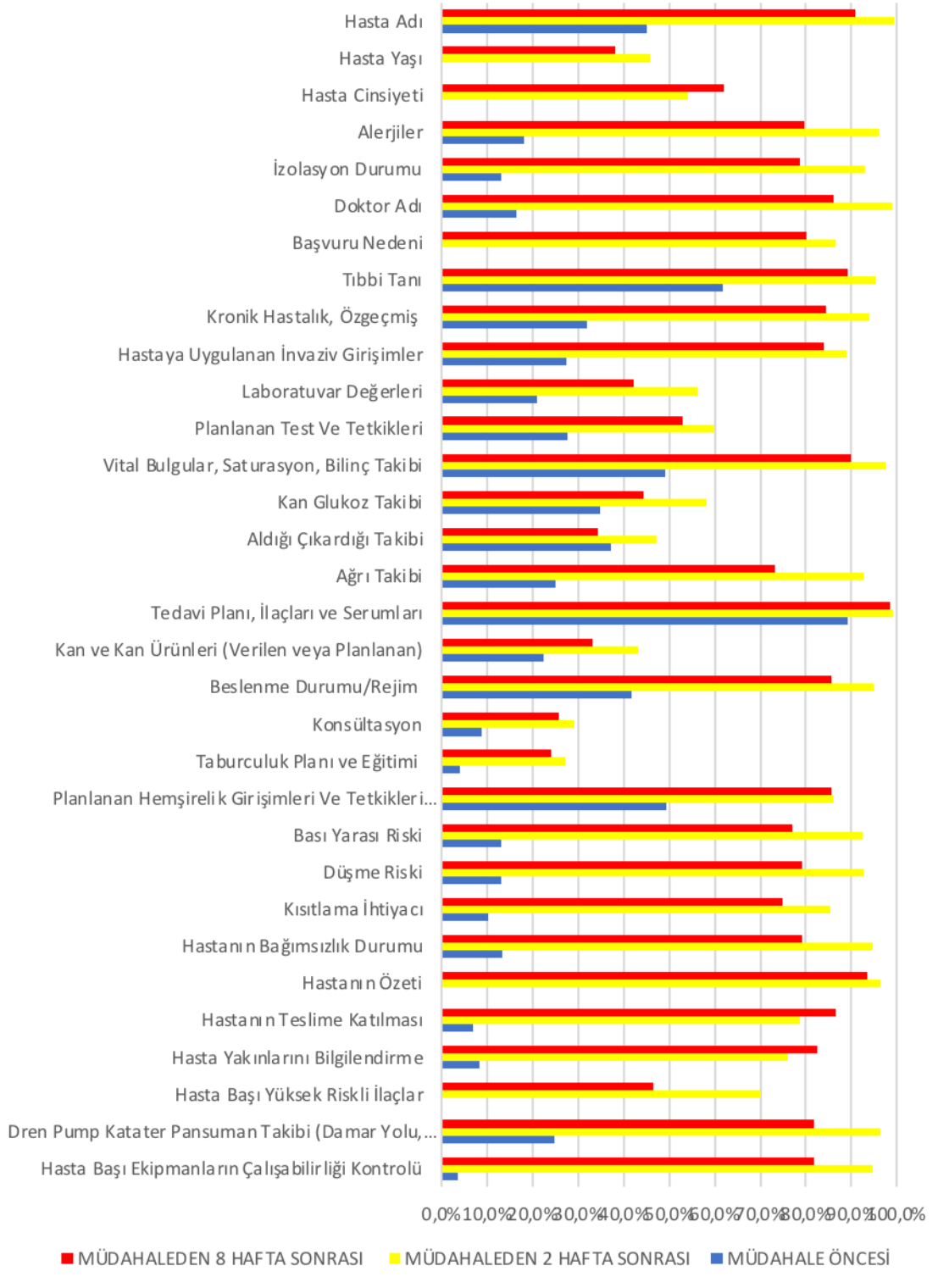
Ölçekler	Klinikler	Zaman			Toplam	İstatistiksel analiz
		Müdahale öncesi <sup>1</sup>	Müdahaleden 2 hafta sonrası <sup>2</sup>	Müdahaleden 8 hafta sonrası <sup>3</sup>		
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği Toplam puan	Yoğun bakım klinik <sup>a</sup>	69.45±19.75	85.96±19.50	83.19±16.23	76.45±20.47	$F_{\text{müdahale}} = 7.597$ $p<0.001$ (1-2;1-3) $EB= .040$ $F_{\text{klinik}} =8.495$ $P= 0.001$ (c-a; c-b) $EB= .045$
	Dahili klinik <sup>b</sup>	70.31±19.68	85.35±19.03	85.63±14.28	77.76±19.84	
	Cerrahi klinik <sup>c</sup>	88.12±16.51	80.05±20.82	87.53±13.94	85.37±18.02	
	Toplam	76.59±20.51	83.35±19.94	85.36±14.74	80.13±19.77	
Hemşirelere Güven Ölçeği Toplam puan	Yoğun bakım klinik <sup>a</sup>	24.69±4.14	26.96±4.16	26.27±3.60	25.60±4.15	$F_{\text{müdahale}}_ 4.886$ $P= .008$ (1-2;2-3) Etki büyüklüğü= .026 $F_{\text{klinik}} =8.200$ $p<0.001$ (c-a; c-b) Etki büyüklüğü= .043
	Dahili klinik <sup>b</sup>	24.29±4.52	28.45±3.27	23.25±2.13	25.22±4.28	
	Cerrahi klinik <sup>c</sup>	27.90±3.66	26.44±3.71	26.73±4.42	27.25±3.82	
	Toplam	25.76±4.39	27.17±3.80	25.29±3.72	26.09±4.16	
Handoff Hasta Devir Teslim (Devreden) Toplam Puan	Yoğun bakım klinik <sup>a</sup>	7.43±.85	8.36±.95	8.37±.68	7.98±.98	$F_{\text{müdahale}}=87.752$ $p<0.001$ (1-2; 1-3) Etki büyüklüğü=.351 $F_{\text{klinik}}=26.734$ $p<0.001$ (b-a; b-c) Etki büyüklüğü= .142
	Dahili klinik <sup>b</sup>	6.27±.74	7.77±.56	8.20±.44	7.24±1.02	
	Cerrahi klinik <sup>c</sup>	7.28±.54	8.29±.66	8.71±.44	8.00±.82	
	Toplam	7.13±.90	8.21±.85	8.42±.60	7.81±1.00	
Handoff Hasta Teslim CEX Devir Ölçeği	Yoğun bakım klinik <sup>a</sup>	7.24±.80	8.23±.93	8.32±.65	7.83±.97	$F_{\text{müdahale}}=100.292$ $p<0.001$ (1-2; 1-3) Etki büyüklüğü=.382
	Dahili klinik <sup>b</sup>	6.52±.64	7.70±.51	8.01±.37	7.28±.84	

<b>(Devralan) Toplam Puan</b>	<b>Cerrahi klinik<sup>c</sup></b>	6.92±.47	8.06±.60	8.52±.52	7.73±.85	<b>F<sub>klinik</sub>=16.333 p&lt;0.001 (b-a; b-c) Etki büyüklüğü= .092</b>
	<b>Toplam</b>	7.01±.76	8.07±.81	8.30±.58	7.68±.94	

F=İki yönlü ANOVA testi, a,b,c ve 1, 2, 3 ile ifade edilen gruplar arasında fark Bonferoni düzeltmesi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olanlar belirtilmiştir.

Hastaların devir tesliminde aktarılan bilgilere baktığımızda; müdahale öncesine göre hasta adı, hasta yaşı, hasta cinsiyeti, alerji durumu, izolasyon durumu, doktor adı, başvuru nedeni, tıbbi tanısı, kronik hastalık, özgeçmişi, hastaya uygulanan invaziv girişimler, laboratuvar değerleri, planlanan test ve tetkikleri, vital bulgular, satürasyon, bilinç takibi, kan glukoz takibi, aldığı ve çıkardığı takibi, ağrı takibi, tedavi planı, ilaçları ve serumları, kan ve kan ürünleri (verilen veya planlanan, beslenme durumu/rejim, konsültasyon, taburculuk planı ve eğitimi, planlanan hemşirelik girişimleri ve tetkikleri (mobilizasyon, kanama takibi, dren takibi vb.), bası yarası riski, düşme riski, kısıtlama ihtiyacı, hastanın bağımsızlık durumu, hastanın özeti, hastanın teslimine katılması, hasta yakınlarını bilgilendirme, hasta başı yüksek riskli ilaçlar, dren pump katater pansuman takibi (damar yolu, portun veya santral kataterinin pansumanı ve kaçınıcı gün olduğu), hasta başı ekipmanların çalışabilirliği kontrolü bilgilerinin aktarılmasında artış gözlenmiştir ( Şekil 4.1.).

## HASTA DEVİR TESLİMİNDE AKTARILAN BİLGİLERİN MÜDAHALE ZAMANINA GÖRE DEĞİŞİMİ



Şekil 4. 1. Hasta Devir Tesliminde Aktarılan Bilgilerin Müdahale Zamanına Göre Değişimi

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, hemşireler arasında gerçekleştirilen devir teslimin, fizibilitesine, değerlendirilmesine ve uygulanmasına odaklanarak, pilot olarak seçilmiş üç farklı klinikteki devir tesliminin kalitesini arttırmak için standardize edilmiş devir teslim iyileştirme çalışmalarını içermektedir. Bu sürecin sonuçları hastanın bakımdan memnuniyeti ve hemşireye güveni üzerine etkisini, aynı zamanda hemşirelerin devir teslim kalitesini iyileştirmek için müdahalenin etkisini test etmek amacıyla yapılmış yarı deneysel bir çalışma olarak tamamlanmıştır.

Bu araştırmaya katılan hemşireler çoğunlukla kadın, lisans mezunu ve mesleki deneyimleri 5 yıl üstüdür. Bu tanımlayıcı bulgular hasta devir teslimiyle ilgili yetişkin, yoğun bakım, palyatif bakım ve diğer kliniklerde yapılmış olan çalışmalarla benzerdir (87–91).

Araştırmamızda müdahale öncesi hemşirelerin çoğunluğu standart devir teslim formu kullanılması gerektiğini, hasta devir teslimlerinin ortalama 14 dakika sürdüğünü ve hasta devir teslim süresinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin hasta devir teslim sürecine baktığımızda çoğunluğu hasta başında ve sözel devir teslim gerçekleştirirken hasta odasının önünde de devir teslimlerin gerçekleştirildiği görülmüştür. Müdahale sonrası bütün kliniklerde hasta devir teslimleri yatak başında, çoğunluğu yazılı ve yüz yüze sözel aktarım şeklinde gerçekleştirilmiştir. JCI 2017’de hasta güvenliği için; hasta devir tesliminin devreden tarafından hem sözlü (tercihen yüz yüze) hem de yazılı olarak aktarılmasının standardizasyon için önemli olduğunu vurgulanmıştır (31). Yapılandırılmış ve standartlaştırılmış hasta devir teslimleri, hemşirelerin doğru hasta değerlendirmelerini, hasta risklerinin yönetimi hakkında karar vermelerini ve bu risklerle ilişkili olası olumsuz olayları tahmin etmelerini sağlamaktadır (92). Standartlaştırılmış yaklaşımlar hem çalışan hem de yeni başlayan hemşirelere bakım ve tedavide karar vermeyi kolaylaştıran, bilgilerin kaybolmasını engelleyen, hangi bilgilerin aktarılması konusunda bilgi veren etkin bilgi aktarımı sağlar (93). Randmaa ve ark (2014)’ ı anestezi kliniklerinde standart iletişim aracının uygulanması sonucu sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim ve güvenlik algısında iyileşme ve ayrıca iletişim hatalarıyla ilgili olay bildirimlerinin oranında azalma olduğunu bulmuştur (6). Yapılan araştırmalarda devir teslimin farklı sürelerde gerçekleştiğini belirtmiştir (88,90,94,95). Çalışma sonucumuzla benzer olarak üç farklı klinikte (79) ve yoğun bakımda (95) yapılan çalışmalarda da hemşirelerin büyük çoğunluğu hasta devir teslim için ayrılan sürenin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir.

Ülkelere göre devir teslim yeri konusunda hemşirelerin tercihlerinde farklılık gözlenmiştir. Avustralya’ da ki hemşireler genelde yatak başını tercih ederken İsveç’te ki hemşireler yatak başından uzakta devir teslimi tercih etmişlerdir (96). Yatak başı devir teslimiyle ilgili yapılan bir çalışmada da hemşirelerin hasta güvenliğiyle ilgili olumlu geri bildirimler verirken, yatak başı devir teslimini "çok zaman alıcı" ve "tekrarlayıcı" olarak ifade etmişlerdir (97). Hasta odası önünde devir teslimin pandemi döneminden kalan bir alışkanlık olduğu düşünülmektedir. Standart yazılı devir teslim formu kullanmanın hastalar ve hemşireler için birçok önemi çalışmalarla vurgulanmıştır. Müdahale öncesi hastanede uygulanan bir devir teslim modeli olmadığı için eksiklerinin olduğu ve yapılan müdahaleler sonucu hemşirelerin devir teslimle ilgili farkındalıklarının arttığı ve hemşirelerin tamamının hasta başında devir teslim yaptıkları gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin hasta devir teslim kalitesinin müdahaleden kısa ve uzun zaman sonrasında anlamlı olarak arttığı ve özellikle dahiliye kliniğindeki bu artış daha çarpıcıdır. Çalışmamız farklı kliniklerde, farklı modeller ve teknikler kullanılarak yapılan hemşire hasta devir teslim kalitesini arttırmaya yönelik çalışma sonuçlarıyla benzerdir (19,52,98–103). Hemşirelik öğrencileriyle devir teslim kalitesine yönelik yapılan müdahaleler sonucunda da devir teslim kalitesinin arttığı görülmüştür (104,105). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak; devir teslimde ilaç hatalarının azalması için uygulanan SBAR tekniği sonrasında devir teslim kalitesinde artış olmasına rağmen bu artışın anlamlı olmadığı görülmüştür (106). Bu bilgiler bize devir teslimle ilgili farklı model ve uygulamaların kullanılabileceğini göstermektedir. Bütün kliniklerde devir teslim kalitesi artarken dahili kliniğinde daha çarpıcı sonuç almamızın sebebi dahili kliniğindeki hastaların daha komplike problemleri olması ve uzun süreli yatıyor olması sonucu daha detaylı teslimin yapılması ve hastalarında dahil edilmesinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Yapılan çalışmalar genelde iyileştirme çalışması şeklinde yürütülmüştür. Bunun için devir teslimle ilgili hastanenin genelinde uygulama çalışmaları yapılmalı ve kliniklere bu uygulamanın oturtulması için yöneticiler destek ve önder olmalıdır. Hizmet içi, akran eğitimleri, hatırlatıcılarla ve denetimlerle uygulamanın kalıcılığı sağlanmalıdır. Kliniklerin işleyişleri ve öncelikleri farklı olduğu için farklı modellerin kullanılabileceği unutulmamalı bu konuda esnek davranarak klinik devir teslim kültürleri oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda müdahale sonrasında müdahale öncesine göre harcanan sürede anlamlı ölçüde azalma olduğu görülmüştür. Literatürde standart devir teslim aracı

kullandıktan sonra devir teslim süresinde azalmaların olduğunu gösteren çalışma bulunmaktadır (90). Bu sonuçlardan farklı olarak hasta devir tesliminin gerçekleştiği yeri değiştirmek için yapılan bir araştırmada yatak başı devir teslimiyle birlikte sürede artış olmamasına rağmen hemşireler kendilerinin daha çok süre harcadığını hissetmiştir (79). Pediatri kliniklerinde yapılan bir araştırmada standardize hasta devir teslimi sonrasında sözlü aktarımların süresinde azalma olmasına ve yazılı aktarım ile birlikte toplam harcanan süre artmasına rağmen anlamlı bulunmamıştır (107). Bir başka çalışmada ise ameliyathane personelleri arasında devir teslimi iyileştirmek amacıyla yapılan araştırmada kontrol listesi kullandıktan sonra devir teslim süresinin anlamlı derecede arttığı bulunmuştur (99). Bu çalışmada hemşireler standart formlar kullanarak aktaracağı bilgiyi sistematize ederek daha kısa sürede aktarmış olabilir. Yaygın olarak devir teslimin standart formlar ile daha uzun süreceği düşüncesi bu çalışma sonucu ile çarpıcı şekilde azaldığını ortaya koyması açısından önemlidir. Standart formların hemşirelerin iş yükünü arttırmadığı aksine işini kolaylaştırdığı ortaya koyulmuştur.

Bu çalışmada devir teslim kalitesi; hemşirenin devir teslim saati, devir teslim hemşiresinin eğitim durumu, deneyim süresi açısından benzerdir. Bu çalışma sonucundan farklı olarak Mamalelala ve ark. (2023) deneyimi fazla olan hemşirelerin devir teslimde daha yeterli bilgi aktardıklarını ve bu hemşirelerin kritik olan acil ve yoğun bakım gibi kliniklerde çalıştığını belirtmişlerdir (108). Bu çalışmanın bulguları uygun ve etkili bir karmaşık hemşirelik müdahalesi geliştirilmesi ile standart formların kullanılmasının hemşirelerin özelliklerine bakılmaksızın hasta devir tesliminde gelişme sağlayacağını göstermiştir.

Bu çalışmada devir teslim müdahalesi sonrasında hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin ve hemşirelere güveninin arttığı ve cerrahi klinikte diğer kliniklere göre daha çok arttığı görülmüştür. Yatak başı devir teslim kalitesinin artması için yapılan çalışmalarda üç farklı kliniği içeren çalışmada genel cerrahi kliniğindeki hastaların memnuniyetinin (79), beş farklı klinikte yapılan farklı bir çalışmada ise bütün hastaların memnuniyetinin ve hemşirelere güven algılarının (109) arttığı görülmüştür. Çalışma bulgumuzla paralel olarak devir teslim kalitesinin artmasına yönelik farklı kliniklerde yapılan çalışmalar sonucunda hasta memnuniyetinin arttığı görülmüştür (21,110,111). Bunun yanı sıra devir teslim kalitesinin artmasına yönelik yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinde önemli bir artış olmadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (94,112). Hastalar ve aileleri, sağlık bilgilerinin doğruluğunu kontrol etme fırsatı bulduklarında kendilerini güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir (113).

Yatak başı devir teslim yapılan bir çalışmada hastaların %48'inin kendisini güvende hissettiği belirtilmiştir (114). Bir derlemede hastaların devir teslim içeriğini dinlemesi hemşirelere güven duygusu oluşturduğu belirtilmiştir (115). Yatak başı devir teslim, ekip çalışmasını ve personelin hesap verebilirliğini teşvik eder ve hastane bakımının kalitesini arttırdığı için hasta için daha güvenlidir. Güvenli olan hastanın da personele olan güveni artacaktır (116). Cerrahi kliniğindeki hastaların akut bir süreç içerisinde olması ve süreçle ilgili bilinmezlik korkusu yaşamamasından kaynaklı hasta başında yapılan hastalarında dahil edildiği devir teslimleri dinlemelerinin hastayı rahatlattığı, bilgilendirdiği, hastanın karşısında resmi olarak sorumluluklarını diğer hemşireye devretmesi hastanın bakımdan memnuniyetini ve hemşireye güvenini arttırdığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin ve hemşireye güveninin farklı ölçeklerle değerlendirildiği görülmüştür. Bazı çalışmalarda hasta yatışı esnasında bazıları ise taburculuk sonrası ölçüm yapılmıştır. Kullanılan ölçekler devir teslimin bakımdan memnuniyetini içeren özel bir ölçek olmadığı için farklı sonuçlar çıkmış olabilir.

Müdahale sonrası devir teslim sırasında aktarılan bilgilerin hepsinde artış gözlenmiştir. Müdahale öncesi teslimde hiç yer verilmeyen hastanın yaşı, cinsiyeti, başvuru nedeni, hasta başı yüksek riskli ilaçların kontrolü ve hasta özeti alanlarında bilgi aktarımına başlanmıştır. Hangi bilgilerin aktarıldığına yönelik çalışmalar kısıtlıdır. Yaşam sonu bakımla ilgili hemşire devir teslim kalitesini tanımlamak için üç farklı ülkedeki farklı yedi yoğun bakım ünitesinde yapılan çalışmada, bakım hedefleri ve ağrı yönetimi alanlarında ki aktarımlar daha yüksekken yaşamın sonuyla ilgili yasal konular hakkında aktarımlar en az aktarılan bilgiler arasında bildirilmiştir (117). Ülkemizde devir teslimin etkin olması için SBAR tekniği kullanılarak yapılan çalışmada en çok aktarılan bilgilerde hastanın ismi, başvuru sebebi, eğitim düzeyi, tedavi planı olduğu, hiç aktarılmayan bilgilerde ise düşme riski, bası yarası riski, bireysel hijyen, taburculuk dokümanları ve eğitimi olduğu bulunmuştur (88). Kliniklere göre öncelikler farklı olsa da hastaya bütüncül bakım sunulabilmesi için bütün bilgilerin aktarılması gerekmektedir. Bu çalışmada asistan hekim ve hemşire rollerinin kliniklere göre değiştiği gözlenmiş olup aktarılan bilgilerde bu yüzden kliniksel farklılıklar görüldüğü düşünülmektedir. Hemşirelerin standardize bir devir teslim aracı kullanması eksik bilgi aktarımını ortadan kaldırarak bakımın kalitesini artırarak hemşirelerin ve bakımın görünür olmasını sağlayacaktır.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Hemşireler arasında gerçekleştirilen hasta devir tesliminin fizibilitesine, değerlendirilmesine ve uygulanmasına odaklanılarak etkinliğini arttırmak için yapılan standardize edilmiş devir teslim müdahalesinin hastanın bakımdan memnuniyeti, hemşireye güveni üzerine etkisini ve hemşirelerin hasta devir teslimi konusundaki uygulamalarının iyileştirilmesi amacıyla yapılan bu karmaşık hemşirelik müdahalesi araştırmasında şunlar bulunmuştur;

- Karmaşık hemşirelik müdahalesi sonrasında devir teslimler hasta başında, yazılı ve sözlü olarak standardizasyon içinde gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.1.).
- Karmaşık hemşirelik müdahalesi sonrası hemşirelerin devir teslim kaliteleri artmış ve devir teslim sürelerinde azalma gözlenmiştir (Tablo 4.2.)
- Karmaşık hemşirelik müdahalesi sonrasında hastaların hemşirelerin bakımından memnuniyeti ve hemşirelere güveni artmıştır (Tablo 4.5.).
- Karmaşık hemşirelik müdahalesi sonrasında hemşirelerin aktardığı devir teslim bilgileri artmıştır (Şekil 4.1.)

### 6.2 Öneriler

Bu araştırmanın bulguları doğrultusunda;

- Hastanelerde hasta devir teslimleri için standardizasyon sağlanmalı, yönetici ve akran desteğinin etkisi unutulmadan kalıcılığı için gerekli müdahalelerin yapılması,
- Hasta devir teslimi standardizasyonunda kliniklerin işleyişlerinin ve kültürlerinin göz önünde bulundurulması,
- Hasta devir teslimlerinin yanı sıra klinikte yer alan farklı türdeki devir teslim çalışmalarında da standardizasyonun sağlanması,
- Hasta devir teslimlerinin önemini ve farkındalığını arttıracak şekilde hizmet içi eğitimlerde yer verilmesi,
- Hasta devir teslimlerinin hasta güvenliğine etkisi göz ardı edilmeden devir teslimleri iyileştirmek için yöneticiler, farklı disiplinler ve politika yapıcılarla birlikte çalışmalar yapılması önerilmektedir.

### 6.3 Sınırlılıklar

Araştırma yapılan hastanede daha önce standardize edilmiş bir devir teslim sürecinin olmaması, klinik rutin işleyişlerinin farklı olması müdahaleyi bazı kliniklerde yerleştirme becerimizi kısıtlamıştır. Hastalara uygulanan ölçümlerde kullanılan ölçeklerin tam olarak hastaların devir tesliminden kaynaklı memnuniyetine ve hemşire güvenine yönelik ölçekler olmaması da araştırmanın bir kısıtlılığıdır. Araştırmacının devir teslim müdahale çalışması için hemşireleri gözlemlediği bilindiği için Hawthorne etkisi görülmüş olabilir (118). Bu çalışma pilot olarak seçilen üç klinikte gerçekleştirildiği için sonuçları evrene genellenemez.



## KAYNAKÇA

1. Lee H, Cumin D, Devcich DA, Boyd M. Expressing concern and writing it down: an experimental study investigating transfer of information at nursing handover. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015 Jan;71(1):160–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12484>
2. Nyikuri M. Handover among nurses working in selected newborn units in Kenya; its purpose and structure. *Heliyon* [Internet]. 2020 Feb;6(2):e03500. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405844020303455>
3. Kitzmiller RR, Sitkin SB, Vidyarthi AR. Handoffs: what's good for residents is good for nurses...so what's next? *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 Dec;26(12):944–6. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2017-007010>
4. Taşkıran N, Sarı D. An important problem for patient safety: Nursing Handover. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg.* 2017;14(1):93–7.
5. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2014 Apr 1;26(2):109–16. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzu010>
6. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* [Internet]. 2014 Jan;4(1):e004268. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2013-004268>
7. Abo Seada AI, Abo Habieb E-TE, Salameh BS, El-Wkeel NS, Abdelkader Reshia FA. Developing nursing standards for maintaining shift handover in the intensive care unit: a methodological and cross-sectional study. *Inq J Heal Care Organ Provision, Financ* [Internet]. 2022 Jan 22;59:1–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00469580221144078>
8. Cho S, Lee JL, Kim KS, Kim EM. Systematic review of quality improvement projects related to intershift nursing handover. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2022 Jan;37(1):E8–14. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/NCQ.0000000000000576>
9. Eggins S, Slade D. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. *J Public health Res* [Internet]. 2015 Nov 17;4(3):jphr.2015.666. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.4081/jphr.2015.666>
10. Kim JH, Lim JM, Kim EM. Patient handover education programme based on situated learning theory for nursing students in clinical practice. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2022 Feb 12;28(1). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.13005>
11. Dallı B, Tuna R. Hemşirelerin nöbet devir teslim etkinliği ve ilişkili değişkenler. *Acibadem Univ Sağlık Bilim Derg.* 2018;9(4):0–0.
12. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. Smeulers M, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Jun 24;2021(9).

Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009979>

13. Piekarski F, Kaufmann J, Laschat M, Böhmer A, Engelhardt T, Wappler F. Quality of handover in a pediatric postanesthesia care unit. Kurth D, editor. *Pediatr Anesth* [Internet]. 2015 Jul;25(7):746–52. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.12646>
14. Bukoh MX, Siah CR. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 Apr 11;28(3):744–55. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12936>
15. National Patient Safety Goals. The Joint Commission. 2023.
16. Salzwedel C, Mai V, Punke MA, Kluge S, Reuter DA. The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: A randomized controlled trial. *J Crit Care* [Internet]. 2016 Apr;32:170–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944115006206>
17. Halterman RS, Gaber M, Janjua MST, Hogan GT, Cartwright SMI. Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *J PeriAnesthesia Nurs* [Internet]. 2019 Aug;34(4):834–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089947218304052>
18. Tugrul E, Sahbaz M. Hemşirelerin Hasta Teslimi İle İlgili Uygulamaları ve Görüşleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2021;5(1):13–25.
19. Smeulers M, Dolman CD, Atema D, van Dieren S, Maaskant JM, Vermeulen H. Safe and effective nursing shift handover with NURSEPASS: An interrupted time series. *Appl Nurs Res.* 2016 Nov 1;32:199–205.
20. Alberta David N, Idang Neji O, Jane E. Nurse handover and its implication on nursing care in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. *Nurs Prim Care* [Internet]. 2018 Jun 30;2(3):1–9. Available from: <http://www.scivisionpub.com/pdfs/nurse-handover-and-its-implication-on-nursing-care-in-the-university-of-calabar-teaching-hospital-calabar-nigeria-439.pdf>
21. White-Trevino K, Dearmon V. Transitioning Nurse Handoff to the Bedside. *Nurs Adm Q* [Internet]. 2018 Jul;42(3):261–8. Available from: <https://journals.lww.com/00006216-201807000-00012>
22. Möhler R, Köpke S, Meyer G. Criteria for reporting the development and evaluation of complex interventions in healthcare: Revised guideline (CReDECI 2). *Trials* [Internet]. 2015 Dec 3;16(1):204. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0709-y>
23. O’Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Aug 15;9(8):e029954. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2019-029954>
24. Corry M, Clarke M, While AE, Llorca J. Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. *J Clin Nurs* [Internet]. 2013 Sep;22(17–18):2366–86. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12173>

25. Tilburgs B, Rood PJT, Zegers M, van den Boogaard M. The implementation of nursing delirium preventive interventions in the intensive care unit (UNDERPIN-ICU): A qualitative evaluation. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2023 Jan;137:104386. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748922002152>
26. ten Cate D, Dikken J, Ettema RGA, Schoonhoven L, Schuurmans MJ. Development of a microlearning intervention regarding nursing nutritional care for older adults: A multi-methods study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2023 Jan;120(2):105623. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691722003598>
27. Hwang J-I, Kim SW. Using an Early Warning Score for Nurse Shift Patient Handover: Before-and-after Study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2022 Feb;16(1):18–24. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1976131721000943>
28. Choi EY, Pyo J, Park Y-K, Ock M, Kim S. Development of the Korean Patient safety incidents code classification system. *J Patient Saf* [Internet]. 2023 Jan;19(1):8–14. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000001083>
29. Raeisi A, Rarani MA, Soltani F. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. Vol. 8, *Journal of Education and Health Promotion. J Educ Health Promot*; 2019. p. 1–6.
30. Lee SE, Morse BL, Kim NW. Patient safety educational interventions: A systematic review with recommendations for nurse educators. *Nurs Open* [Internet]. 2022 Jul 28;9(4):1967–79. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.955>
31. International Patient Safety Goals [Internet]. 2017. Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
32. Korkutan M, Kurt ME. Hasta Güvenliği kültürünün Türkiye’deki mevcut durumu ve önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg.* 2021;7(1):19–31.
33. Bayer E, Çevik G. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: Bir araştırma uygulama hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2019;22(3):653–76.
34. Saaid BA, Abdalla SM, Elmagd NSA. Effect of Applying A training Program about International Patient Safety Goals on Patient’s Safety Culture. *Assiut Sci Nurs J* [Internet]. 2020 Oct 4;8(22):133–44. Available from: [https://asnj.journals.ekb.eg/article\\_116909.html](https://asnj.journals.ekb.eg/article_116909.html)
35. Rockville W, J S, N Y, T F, Laura G. Hospital survey on patient safety culture version 2.0: user’s guide [internet]. agency for healthcare research and quality U.S. Department of Health and Human Services. 2021. 1–22 p. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
36. Korkmaz E. Hasta güvenliğine genel bir bakış. *Jamer.* 2022;7(1):19–25.
37. Koç Z, Eraydın C, Tezcan B. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg* [Internet]. 2020 Jun 30;7(2):102–9. Available from:

<http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.34087/cbusbed.587753>

38. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 Dec 28;10(28):1–10. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-28>
39. Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri Hakkında [Internet]. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. 2022. Available from: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-94080/ulusal-hasta-guvenligi-hedefleri-hakkinda.html>
40. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete [Internet]. 2009; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>
41. Sarp N. Hasta güvenliğinde hastanın rolü ve katılımının sağlanması. *Sağlıkta Kalite ve Akrediyasyon Derg.* 2018;1(2):22–9.
42. The Joint Commission. 2017 National Patient Safety Goals Slide Presentation. [Internet]. The Joint Commission. 2017. Available from: [https://www.jointcommission.org/npsg\\_presentation/](https://www.jointcommission.org/npsg_presentation/)
43. Arslanoğlu A. Etkili iletişimin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi ve iç girişimciliğin aracı rolü: Bir özel hastane uygulaması. *İnsan ve İnsan Derg* [Internet]. 2019 Aug 1;6(21):431–51. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.29224/insanveinsan.537757>
44. Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, Patterson D. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses’ experience and perspective of handover. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2011 Apr;17(2):133–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x>
45. Burgener AM. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)* [Internet]. 2020 Jul;39(3):128–32. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/HCM.0000000000000298>
46. Bailey M. Communication failures linked to 1,744 deaths in five years, US malpractice study finds. *STAT.* 2016;
47. Martin B, Julia R, Peter JN, Keith H. ABC of Patient Safety [Internet]. Communicat. Sanders J, Cook G, editors. BMJ Books; 2009. 16–18 p. Available from: [https://books.google.com.tr/books?id=i-x-8rCyh48C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=i-x-8rCyh48C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
48. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz W, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open.* 2018 Aug;8(8).
49. Impact of Communication in Healthcare [Internet]. Instute for Healthcare Communication. 2011. Available from: <https://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

50. Human Factors Analysis in Patient Safety Systems [Internet]. Joint Commission International. 2015. Available from: [https://store.jointcommissioninternational.org/human-factors-analysis-in-patient-safety-systems/?\\_ga=2.70207696.1920641981.1683927186-1309575197.1674643874](https://store.jointcommissioninternational.org/human-factors-analysis-in-patient-safety-systems/?_ga=2.70207696.1920641981.1683927186-1309575197.1674643874)
51. Della PR, Aloweni F, Ang SY, Lim ML, Uthaman T, Ayre TC, et al. Shift-to-Shift Nursing Handovers at a Multi-cultural and Multi-lingual Tertiary Hospital in Singapore: An Observational Study. In: Watson B, Krieger J, editors. *The Humanities in Asia* [Internet]. Expanding Horizons in Health Communication; 2020. p. 179–203. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-981-15-4389-0\\_9](http://link.springer.com/10.1007/978-981-15-4389-0_9)
52. Chien LJ, Slade D, Dahm MR, Brady B, Roberts E, Goncharov L, et al. Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *J Adv Nurs* [Internet]. 2022 May 17;78(5):1413–30. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15110>
53. Clari M, Conti A, Chiarini D, Martin B, Dimonte V, Campagna S. Barriers to and facilitators of bedside nursing handover. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2021 Oct;36(4):E51–8. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/NCQ.0000000000000564>
54. Dorvil B. The secrets to successful nurse bedside shift report implementation and sustainability. *Nurs Manage* [Internet]. 2018 Jun;49(6):20–5. Available from: <https://journals.lww.com/00006247-201806000-00007>
55. Mardis T, Mardis M, Davis J, Justice EM, Riley Holdinsky S, Donnelly J, et al. Bedside Shift-to-Shift Handoffs. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2016 Jan;31(1):54–60. Available from: <https://journals.lww.com/00001786-201601000-00009>
56. Chien LJ, Slade D, Dahm MR, Brady B, Roberts E, Goncharov L, et al. Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1413–30.
57. Dahm MR, Slade D, Brady B, Goncharov L, Chien L. Tracing interpersonal discursive features in Australian nursing bedside handovers: Approachability features, patient engagement and insights for ESP training and working with internationally trained nurses. *English Specif Purp* [Internet]. 2022 Apr;66:17–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889490621000570>
58. Zou X-J, Zhang Y-P. Rates of nursing errors and handoffs-related errors in a medical unit following implementation of a standardized nursing handoff form. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2016 Jan;31(1):61–7. Available from: <https://journals.lww.com/00001786-201601000-00010>
59. O'Rourke J, Abraham J, Riesenberg LA, Matson J, Lopez KD. A Delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018 Jul;74(7):1659–71. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13565>
60. O'Rourke J, Lopez KD, Riesenberg LA, Abraham J. Comparison of a Nurse-Nurse Handoff Mnemonic With Real-World Handoffs. *J Nurs Care Qual*

- [Internet]. 2020 Oct;35(4):336–40. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/NCQ.0000000000000465>
61. Galatzan BJ, Carrington JM. Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication. *CIN Comput Informatics, Nurs* [Internet]. 2018 Oct;36(10):484–93. Available from: <https://journals.lww.com/00024665-201810000-00004>
  62. Bressan V, Mio M, Palese A. Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2020 Apr 29;76(4):927–38. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14288>
  63. Koenig CJ, Maguen S, Daley A, Cohen G, Seal KH. Passing the baton: A Grounded practical theory of handoff communication between multidisciplinary providers in two department of veterans affairs outpatient settings. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2013 Jan 7;28(1):41–50. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-012-2167-5>
  64. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 Dec 3;20(S2):459. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02285-0>
  65. Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, Hehn RS, Graham DA, Keohane C, et al. Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 Dec;26(12):949–57. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2016-006224>
  66. Tucker A, Fox P. Evaluating nursing handover: the REED model. *Nurs Stand* [Internet]. 2014 Jan 15;28(20):44–8. Available from: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2014.01.28.20.44.e7992>
  67. Pass the baton or NUTS for safer handoff. *Healthcare Risk Management* [Internet]. 2007;115–7. Available from: <https://www.reliasmedia.com/articles/106831-pass-the-baton-or-nuts-for-safer-handoff>
  68. Jukkala AM, James D, Autrey P, Azuero A, Miltner R. Developing a Standardized Tool to Improve Nurse Communication During Shift Report. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2012 Jul;27(3):240–6. Available from: <https://journals.lww.com/00001786-201207000-00008>
  69. Johnson M, Jefferies D, Nicholls D. Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2012 Oct;18(5):462–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x>
  70. Boersma K, Freeman M. Effective nurse handoffs. *Nursing (Lond)* [Internet]. 2022 Apr;52(4):51–4. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/01.NURSE.0000823256.78368.d7>
  71. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 May;50(5):587–92. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748912003069>
  72. Levati S, Campbell P, Frost R, Dougall N, Wells M, Donaldson C, et al. Optimisation of complex health interventions prior to a randomised controlled

- trial: A scoping review of strategies used. *Pilot Feasibility Stud.* 2016 Sep;2(1):1–17.
73. Richards DA, Borglin G. Complex interventions and nursing: Looking through a new lens at nursing research. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011 May;48(5):531–3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748911000526>
  74. González-García A, Díez-Fernández A, Martín-Espinosa N, Pozuelo-Carrascosa DP, Mirón-González R, Solera-Martínez M. Barriers and Facilitators Perceived by Spanish Experts Concerning Nursing Research: A Delphi Study. *Int J Environ Res Public Heal* 2020, Vol 17, Page 3224. 2020 May;17(9):3224.
  75. Hallberg IR. Challenges for future nursing research: Providing evidence for health-care practice. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2006 Nov;43(8):923–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748906002343>
  76. Hoddinott P. A new era for intervention development studies. *Pilot Feasibility Stud* [Internet]. 2015 Dec 26;1(1):36. Available from: <http://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-015-0032-0>
  77. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* [Internet]. 2021 Sep 30;374:n2061. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.n2061>
  78. Nagammal S, Nashwan AJ, Nair SL, Susmitha A. Nurses’ perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2016 Dec 6;7(4). Available from: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/10276>
  79. McAllen E, Stephens K, Swanson-Biearman B, Kerr K, Whiteman K. Moving Shift Report to the Bedside: An Evidence-Based Quality Improvement Project. *OJIN Online J Issues Nurs* [Internet]. 2018 Apr 9;23(2). Available from: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-23-2018/No2-May-2018/Articles-Previous-Topics/Moving-Shift-Report-to-the-Bedside.html>
  80. Horwitz LI, Rand D, Stasiunas P, Van Ness PH, Araujo KLB, Banerjee SS, et al. Development of a handoff evaluation tool for shift-to-shift physician handoffs: The handoff CEX. *J Hosp Med* [Internet]. 2013 Apr 5;8(4):191–200. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.2023>
  81. Tosun B, Berşe S, Dirgar E, Ünal N, Tosun N. Validity and Reliability Study of Turkish Version of the Patients “Hand off Cex.” 7th International Zeugma Conference on Scientific Research. 2022. p. 1–724.
  82. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 1996 Jun 1;5(2):67–72. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.5.2.67>
  83. Uzun O. Hemşirelik bakımın kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi.* 2003;54(2), 16-24.
  84. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with

- Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2007 Apr;16(4):646–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x>
85. Radwin LE, Cabral HJ. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 Mar;66(3):683–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05168.x>
  86. Yucel SC, Ay S. Reliability and Validity of a Turkish Version of the Trust in Nurses Scale. *Soc Behav Personal an Int J* [Internet]. 2013 Nov 1;41(10):1737–45. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/10.2224/sbp.2013.41.10.1737>
  87. Çevik B, Kav S, Uğurlu Z, Doğan N, Karakurt Ç. Hemşirelerin hasta teslimine ilişkin görüşleri. *Türk Hemşireler Derneği Derg.* 2020;1(1):39–52.
  88. Demiray A, Keçeci A, İlaslan N, Açıl A. Effectiveness of patient handovers performed by nurses patient handovers performed by nurses. *Br J Med Heal Sci.* 2020;2(8):380–8.
  89. Köstekli S, Çelik S, Karahan E. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi konusundaki kanıta dayalı bilgi düzeyleri. *Sağlık Akademisi Kastamonu Dergisi.* 2020 Apr 1;5(1):52–64. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.25279/sak.580761>
  90. Nagammal S, Nashwan AJ, Nair SL, Susmitha A. Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *J Nurs Educ Pract.* 2016;7(4).
  91. Rhudy LM, Johnson MR, Krecke CA, Keigley DS, Schnell SJ, Maxson PM, et al. Change-of-Shift Nursing Handoff Interruptions: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2019;16(5):362–70.
  92. Hada A, Coyer F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes—Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2021 Jun 11;23(2):337–51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12825>
  93. Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, Fraser JF. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2013 Apr 12;19(2):214–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12058>
  94. Ayaad O, Haroun A, Yaseen R, Thiab F, Al-Rawashdeh K, Mohammad I, et al. Improving Nurses' hand-off process on oncology setting using lean management principles. *Asian Pacific J Cancer Prev* [Internet]. 2019 May 1;20(5):1563–70. Available from: [http://journal.waocp.org/article\\_87869.html](http://journal.waocp.org/article_87869.html)
  95. Sert H, İlhan P, Okçu P. Examination of bedside patient handovers of nurses working in adult intensive care units: Is a standardized. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg.* 2019;23(3):160–7.
  96. Oxelmark L, Whitty JA, Ulin K, Chaboyer W, Oliveira Gonçalves AS, Ringdal M. Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 May;105:103444. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748919302512>

97. Sand-Jecklin K, Sherman J. Incorporating bedside report into nursing handoff. *J Nurs Care Qual.* 2013 Apr;28(2):186–94. Available from: <https://journals.lww.com/00001786-201304000-00013>
98. Kim JH, Hur MH, Kim HY. The efficacy of simulation-based and peer-learning handover training for new graduate nurses. *Nurse Education Today.* 2018;69(January):14–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.023>
99. Nasiri E, Lotfi M, Akbari H, Rafiei MH. Quality of change-of-shift handoffs between surgical teams during surgery. *Perioper Care Oper Room Manag* [Internet]. 2021 Sep;24:100192. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405603021000388>
100. Pun J, Chan EA, Man M, Eggins S, Slade D. Pre- and post evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *J Clin Nurs.* 2019 Aug 25;28(15–16):3001–11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14871>
101. Truong ATT, Nguyen ATT, Pham HT, Nguyen AMT, Pham PTT, Tran LTK, et al. The effectiveness of “I PASS The BATON” model in improving nursing handover at a university hospital in Vietnam. *MedPharmRes.* 2020 Aug 3;4(3):1–5. Available from: <http://medpharmres.com/article-volume-2020-issue-3-4-3-1>
102. Wainwright C, Wright KM. Nursing clinical handover improvement practices among acute inpatients in a tertiary hospital in Sydney: a best practice implementation project. *JB database Syst Rev Implement reports.* 2016;14(10):263–75.
103. Wong X, Tung YJ, Peck SY, Goh ML. Clinical nursing handovers for continuity of safe patient care in adult surgical wards. *JB Database Syst Rev Implement Reports* [Internet]. 2019 May;17(5):1003–15. Available from: <http://journals.lww.com/01938924-201905000-00013>
104. Avallone MA, Weideman YL. Evaluation of a nursing handoff educational bundle to improve nursing student handoff communications: A pilot study. *J Nurs Educ Pract.* 2015 May 26;5(8). Available from: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/6818>
105. Vanderzwan KJ, Burt L, O’Rourke J. Nursing handoff education using experiential and virtual innovations. *Nurse Education Today.* 2023;48(1):33–6.
106. Minh Thi Ho. Implementing SBAR to Improve Communication to Reduce Incidence of Medication Errors [Internet]. Grand Canyon University; 2019. Available from: <https://www.proquest.com/docview/2386240282?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
107. Yu Z, Zhang Y, Gu Y, Xu X, McArthur A. Pediatric clinical handover: a best practice implementation project. *JB Database Syst Rev Implement Reports* [Internet]. 2017 Oct;15(10):2585–96. Available from: <https://journals.lww.com/01938924-201710000-00019>
108. Mamalelala TT, Schmollgruber S, Botes M, Holzemer W. Effectiveness of handover practices between emergency department and intensive care unit nurses. *African J Emerg Med* [Internet]. 2023 Jun;13(2):72–7. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211419X23000101>

109. Ford Y, Heyman A. Patients' Perceptions of Bedside Handoff. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2017 Jan;32(1):15–24. Available from: <https://journals.lww.com/00001786-201701000-00003>
110. Abdollahi L, Sheini-Jaberi P, Rokhafrooz D. The effect of using SBAR model in shift handover on patient and nurse satisfaction in the emergency department. *J Heal Adm.* 2022;25(1):24–34.
111. Ghosh S, Ramamoorthy L, Pottakat B. Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *J Patient Exp* [Internet]. 2021 Jan 1;8:237437352199773. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373521997733>
112. Kullberg A, Sharp L, Johansson H, Brandberg Y, Bergenmar M. Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care – A cross-sectional study. Leroyer C, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Apr 6;12(4):e0175397. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0175397>
113. Bucknall TK, Hutchinson AM, Botti M, McTier L, Rawson H, Hitch D, et al. Engaging patients and families in communication across transitions of care: An integrative review. *Patient Educ Couns.* 2020 Jun;103(6):1104–17. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399120300446>
114. Rifai A, Afandi AT, Hasanah A. Bedside nursing handover: patient's perspective. *NurseLine J.* 2020 Feb 7;4(2):123. Available from: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/NLJ/article/view/15422>
115. Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 Jan;77:243–58. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748917302468>
116. Rush SK. Bedside reporting. *Nursing Management.* 2012 Jan;43(1):40–4. Available from: <https://journals.lww.com/00006247-201201000-00011>
117. Ganz FD, Endacott R, Chaboyer W, Benbinishty J, Nun M Ben, Ryan H, et al. The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 Jan;52(1):49–56. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748914001928>
118. Merrett F. Reflections on the Hawthorne Effect. *Educ Psychol* [Internet]. 2006 Jan;26(1):143–6. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443410500341080>



## Hasta Devir Teslimi Nedir?



Hasta devir teslimi, bir (veya bir grup) sağlık hizmeti sağlayıcısından diğere hastaların bilgilerinin aktarılması, hastalara yönelik bakım ve yetki sorumluluğunun devredilmesi sürecidir.



Devir teslim hastanın şu anki mevcut durumunun yanı sıra, yakın zamanda hastanın durumu ile ilgili olarak beklenen değişiklikleri de içermelidir

IRUK, E. & SAHBAZ, M. (2021), Hemşirelerin Hasta Teslimi ile İlgili Uygulamaları ve Görüşleri, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(1), 1325.

## Hasta Devir Teslimi



Devir teslim, hemşirelerin vardiyalarının başında ve sonunda dahil oldukları ve bakımın kalitesinden taviz verilmeye müsait, iyi yönetilmeyen bakım süreçlerinden biridir



Hasta devir teslimleri ;en sık vardiya değişimlerinde daha sonrasında hastanın başka kliniklere ve başka hastaneye transfer edildiğinde veya başka birimlerden konsültasyon istenildiğinde de uygulanır.

- Hasta tesliminin temel amacı, bir sağlık profesyonelinden diğere hasta ile ilgili doğru bakım, tedavi ve klinik bilgileri iletmektir.
- Hasta tesliminde bir diğere amaç ise, güvenli ve kaliteli bakımın devamlılığını sağlamaktır.

### Hasta Devir Tesliminin Temel Amacı

## Hemşirelerin Hasta Teslimin de Karşılaştıkları Sorunlar ve Engeller



YUĞUR, E. & SAHBAZ, M. (2021), Hemşirelerin Hasta Teslimi ile İlgili Uygulamaları ve Görüşleri, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(1), 1325.  
ÇOKU, B., BİLİR, K., KILIÇ, S., ÇOKU, N., KARAKUR, G. & ERDOĞAN, B. (2020), Hemşirelerin Hasta Teslimine Bakın Görüşleri, Türk Hemşireler Derneği Dergisi, 1(1), 38-42.

## Hasta Devir Teslim Şekilleri

Tarihsel olarak 'rapor verme' olarak anılan, hemşirelik devir teslimleri sırasında kullanılan yöntemlerde (yüz yüze veya ses kayıtları aracılığıyla)

Aktarılan konum (örneğin, dinlenme odasında, birim çalışma merkezinde veya yatak başında) ve

Formatta (örneğin, notlar, biçimlendirilmiş belge veya elektronik sağlık kaydı) büyük ölçüde farklılık görülmüştür.

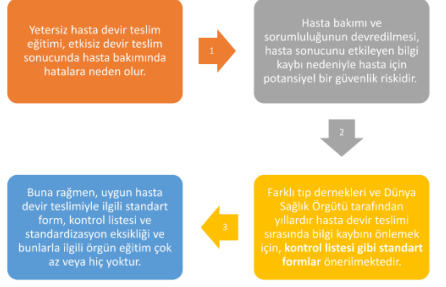
## Hasta Devir Teslimi Standardizasyon Nasıl Sağlanmalıdır?

Günümüzde birçok kamu ve özel hastanede hasta teslimlerinin hasta başında ve yazılı yapılması ile ilgili talimatlar, standardize edilmiş protokoller yer almaktadır.

Standardizasyon, sözlü aktarmanın belirli bir düzende gerçekleştirilmesi ve gerekli bilgilerin aktarılması olarak tanımlanır.

Çevik, B., Sultan, K. A. V., Uğurbı, Z., DODAN, N., Karakurt, Ç., & Erbilgen, B. (2020). Hemşirelerin Hasta Teslimine İlişkin Görüşleri. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1(1), 39-42.

## Hasta Devir Teslimi Nelere Sebep Olur?



## Hasta Devir Teslimi Standardizasyon

Son yıllarda birçok sağlık kurumunda kliniklere göre değişen hasta devir teslimi ile ilgili standart formlar kullanılmaya başlanmıştır.

Hasta devir tesliminde standart formların kullanılması, aktarılan bilgilerin kalıcı olmasını sağlanmakta birlikte hemşireler için yasal bir belge özelliği de taşımaktadır.

Ayrıca bu formlar, hastanın sağlık durumundaki değişikliklerin gözden kaçmasını engellemekte ve hemşirelik bakım sürecini etkili hale getirmektedir.

Hasta devir teslimi sırasındaki bilgi boşluklarını en aza indirmek ve yanlış iletişimle ilgili olumsuz etkileri azaltmak için standart bir devir teslim arızının kullanılması şiddetle tavsiye edilmektedir.

## Hasta Devir Teslimi İçeriğinde Ne Olmalıdır?

- Hastanın sosyo-demografik özellikleri,
- Tıbbi tanısı,
- Kabul özeti,
- Geçmiş medikal sosyal öyküsü,
- Laboratuvar ve radyolojik tetkikleri,
- Tıbbi tedavisi,
- Yaşamsal bulguları,
- Invazif girişimleri,
- İnfüze edilen sıvıları,
- Diyeti,
- Mobilizasyon durumu,
- Düşme ve basınç yarısı riskleri,
- Varsa izolasyon tipi

Özellikle acil servisler ve yoğun bakım ünitelerinde bu içeriğe ek olarak kliniklerin durumuna göre farklı parametreler de eklenebilir.

## Hasta güvenliği için kullanılacak standart devir teslim araçları

- SBAR (giriş, durum, arka plan, değerlendirme ve tavsiye),
- SHARED (durum, tarih, değerlendirme, tavsiyeler, değerlendirme, belge)
- IPASS the BATON (giriş, hasta, değerlendirme, durum, güvenlik endişeleri, arka plan, eylemler, zamanlama, sahiplik, sonraki)
- Nelerin devredileceğine yönelik tavsiyeler sonucu oluşturulan NURSEPASS anımsatıcısı/kontrol listesi yer almaktadır.

YILDIZ, S., & GÖRMEZ, N. (2017). Hasta Devir Teslimi İçeriğinde Ne Olmalıdır? Gökçüler, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 9(1), 132-141.

## NURSEPASS

- Nasıl? Yazılı-sözlü
- Hangi bilgiler?
- Nerede? Hasta başı, desk
- Ön koşullar? Soru sormaya izin vermeli

Blueprint Nursing shift handover AMC																					
<p><b>AIM:</b> Nursing shift handover style</p> <p>A structured written format, which is available in the electronic medical record, is used for each shift handover. For the change of shift from day to evening, we used the patients safety as indication in the other shifts, it is preferred to combine the written handover with a verbal explanation. Primarily this combined written and verbal handover takes place first and if needed, can be implemented for further reading the medical record afterwards. Each department determines the criteria for patients that have an indication for a combined written and verbal handover, because this is highly dependent on the type of patient.</p>																					
<p><b>WHAT:</b> Contents structured format nursing shift handover</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Major element</th> <th>Minor element</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Name and identification of patient</td> <td>Name, date of birth, gender, allergies, vaccination status, isolation</td> </tr> <tr> <td>2 Care providers</td> <td>Attending physician, surgeon, other consultants</td> </tr> <tr> <td>3 Reason for admission</td> <td>Reason for admission, relevant history, diagnosis, relevant co-morbidity</td> </tr> <tr> <td>4 Situation</td> <td>Relevant results of examinations and treatment (laboratory results, radiology, etc)</td> </tr> <tr> <td>5 Evaluation</td> <td>Vital parameters, pain</td> </tr> <tr> <td>6 Plan</td> <td>Treatment plan, multidisciplinary treatment goals and evaluation, planned discharge date</td> </tr> <tr> <td>7 Actions</td> <td>Assignments and tasks</td> </tr> <tr> <td>8 Summary</td> <td>Summary and verification</td> </tr> <tr> <td>9 Safety check of the bedside</td> <td>High risk medication, pumps, drains, catheters and bandages</td> </tr> </tbody> </table> <p>The complete medical data is presented in the structured written report and generated as much as possible from data in the electronic medical record. The structured written report serves as a guideline for the verbal handover. The contents of the verbal explanation is left to the professional expertise of the nurse.</p>		Major element	Minor element	1 Name and identification of patient	Name, date of birth, gender, allergies, vaccination status, isolation	2 Care providers	Attending physician, surgeon, other consultants	3 Reason for admission	Reason for admission, relevant history, diagnosis, relevant co-morbidity	4 Situation	Relevant results of examinations and treatment (laboratory results, radiology, etc)	5 Evaluation	Vital parameters, pain	6 Plan	Treatment plan, multidisciplinary treatment goals and evaluation, planned discharge date	7 Actions	Assignments and tasks	8 Summary	Summary and verification	9 Safety check of the bedside	High risk medication, pumps, drains, catheters and bandages
Major element	Minor element																				
1 Name and identification of patient	Name, date of birth, gender, allergies, vaccination status, isolation																				
2 Care providers	Attending physician, surgeon, other consultants																				
3 Reason for admission	Reason for admission, relevant history, diagnosis, relevant co-morbidity																				
4 Situation	Relevant results of examinations and treatment (laboratory results, radiology, etc)																				
5 Evaluation	Vital parameters, pain																				
6 Plan	Treatment plan, multidisciplinary treatment goals and evaluation, planned discharge date																				
7 Actions	Assignments and tasks																				
8 Summary	Summary and verification																				
9 Safety check of the bedside	High risk medication, pumps, drains, catheters and bandages																				
<p><b>WHERE:</b> Locations for the elements of the nursing shift handover</p> <p>Handover takes place at a quiet location that enables sufficient privacy and minimal interruptions.</p> <p>Following handover a bedside safety check is performed for indicated patients (high risk) medication, pumps, drains, catheters and bandages!</p> <p>The departing nurse informs the patient about the shift change and the nurse who takes over.</p> <p>Departments can decide to perform the complete handover at the bedside.</p>																					
<p><b>PRE-CONDITIONS:</b> Important preconditions for handover</p> <p>During handover the nurse makes use of verification mechanisms and there is opportunity to ask questions. Senior nurses are trained in the process of handover to enable them to act as role models and teachers.</p>																					

**N (hasta Adı ve Tanıtıcı bilgiler):** İsim, doğum tarihi, cinsiyet, alerji, izolasyon, resüsitasyon durumu

**U (Bakım Verenler):** Doktor, cerrah ve diğer bakıcılar

**R (Sebeup ve):** Başvuru nedeni, tıbbi öykü, tanı, ek hastalıklar

**S (Durum):** Tetkik sonuçları, laboratuvar sonuçları, muayene ve tedavinin ilgili sonuçları

**E (Değerlendirme):** Vital bulguları, ağrı.

**P (Planlanlar):** Tedavi planı, taburcu sonuçları, tedavi amacı ve değerlendirmesi.

**A (Görev ve Sorumluluklar):** Planlanan bakım.

**S (Özet):** Özet ve doğrulama.

**S (Yatak başı güvenlik kontrolü):** Yatak başı yüksek riskli ilaçları; pump, bandaj, dren, katater.

## STANDART HASTA DEVİR TESLİM FORMU

KODU	İÇERİK	İzlem/Değerlendirme	
		Yapıldı	Değerlendirildi
H	HASTA ADI, DOĞUM TARİHİ, CİNSİYETİ, ALERJİK DURUMU, İZOLASYON DURUMU, RESÜSİTASYON DURUMU		
U	BAKIM VERENLERİ		
R	SEBEPLERİ		
S	DURUMU		
E	DEĞERLENDİRME		
P	PLANLANAN BAKIM		
A	GÖREV VE SORUMLULUKLAR		
S	ÖZET		
S	YATAK BAŞI GÜVENLİK KONTROLÜ		

Tüm hakları saklıdır.

Hasta Devir  
Teslimi ile  
İlgili  
Literatürde  
Neler Var?



### Pilot study to show the loss of important data in nursing handover

David Pothier, Pedro Monteiro, Mutuzza Mookhtar, Allison Shaw

#### Abstract

A good nursing handover process is a crucial part of providing quality nursing care in a modern healthcare environment. The concentration of patient data during the handover process is vital to ensure good continuity of care and that patients stay safe or patients over five consecutive handover cycles between nurses. Three handover styles were used and the amount of data lost was recorded for each style. A quality verbal handover cycle resulted in the loss of all data after five cycles. A non-taking style (the traditional style used by most hospitals) resulted in only 41% of data being transferred correctly after five cycles. When a typed sheet was included with the verbal handover, data loss was eliminated. Certain handover methods may result in significant loss of important data that may impact on patient care. The authors recommend that patient handover, a formal handover sheet be completed that can be transferred as part of the handover process.

starting or medical process involved in patient care (Mullin and Noyce, 2008).

Many methods of handover are used in work across the UK. A pilot method in a general hospital where nurses handover a shift will read facts about their patients from handover sheets on the patients' records (Pothier, 2002). This information is then repeated with details recalled from memory which may be forgotten on handover sheets.

Patients receive a verbal handover from nurses. This process can be augmented, or even replaced, by using a paper-recording of the handover. This has been shown to reduce the handover process, with fewer interruptions and a higher rate of recall by the handover process (Pothier, 1997). The advantage of typed handover is that a permanent record of the handover can be preserved, but it is difficult to obtain clarification of those who made the report are not present. In addition, this technology is dependent on paper availability and paper being available in the ward. In participants were not used in this equipment, this handover technique was not included

- Hasta teslimlerinde sadece sözlü anlatım veya yüz yüze anlatım istenildiği değil, aktarılan bilgilerin mutlaka kayıt altına alınması gereklidir.
- Pothier ve ark. sözlü teslim ve yazılı dokümanlar ile yüz yüze gerçekleştirilen yatak başı teslim türlerini kıyasladığı randomize kontrollü yapılmış bir çalışmada; en fazla veri kaybının sözlü teslim grubunda olduğunu bildirmişlerdir.

- Yatak başı devir teslimi,
- **hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerini ve personele daha fazla güvenmelerini sağlar.**
- Hemşirelerin hastalar için uygun bir dil kullanmaları koşuluyla kişisel bağlantı geliştirmek için bir alan da sağlar.



Forde, M. F., Coffey, A., & Hegarty, J. (2019). Bedside handover at the change of nursing shift: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3731-3742.

## Hasta başı devir tesliminde hasta katılımı: Sistematik bir karma yöntem incelemesi



### Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review

Georgia Tobiano<sup>a,\*</sup>, Tracey Becknell<sup>b</sup>, Jahan Siddiqi<sup>c</sup>, Jennifer A. Whitty<sup>d</sup>, Wendy Chaboyer<sup>e</sup>  
<sup>a</sup>Monash Health System (Monash), OHSU University, OHSU Center, Portland, Ore, Portland, OR, 97231, Australia  
<sup>b</sup>Centre for Quality and Patient Safety, School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, Deakin University and OHSU Health, 221 Howard Way, Newark, Nevada 89101, Nevada, USA  
<sup>c</sup>Johns Hopkins, The Johns Hopkins University, Baltimore, MD, 21205, USA  
<sup>d</sup>Monash Medical Center, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of New South Wales, New South Wales, Australia  
<sup>e</sup>Monash Centre of Research Excellence in Nursing Innovation for Hospital Patients, Monash Health System (Monash), OHSU University, OHSU Center, Portland, Ore, Portland, OR, 97231, Australia

#### ARTICLE INFO

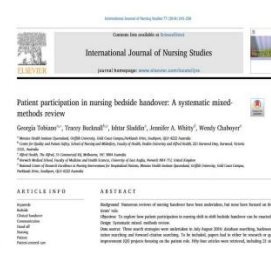
Keywords:  
 Bedside  
 handover  
 communication  
 Hand off  
 Nursing  
 Patient  
 Participation.com

#### ABSTRACT

**Background:** Numerous reviews of nursing handover have been undertaken, but none have focused on the patient role.  
**Objective:** To explore how patient participation in nursing shift-to-shift bedside handover can be enhanced.  
**Design:** Systematic mixed-methods review.  
**Data sources:** Three search strategies were undertaken in July-August 2016. Database searching, backwards citation searching, and reference list searching. To be included, papers had to address the research question, be quality assessed, and be full-text available.  
**Results:** 100 papers were screened, including 23 studies implemented (24) projects focusing on the patient role. Fifty four (54%) were assessed, including 23 studies implemented (24) projects focusing on the patient role.

## Hastalar Ne İstiyor?

- kendi devir teslimine **aktif olarak katılmak** istiyorlar.
- **Neler olduğunu bilmek istiyorlar.**
- Devir teslim içeriğinin dinlenmesi hastalarda **hemşirelere güvenlik** duygusu oluşturuyor.
- Hastalar olarak devir teslim sırasında en sık **soru sormak, tercihlerini açıklamak, bilgi eklemek, hemşirelerin sorularına yanıt vermek** istediklerini belirtmişlerdir.



Tobiano, G., Becknell, T., Siddiqi, J., Whitty, J.A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International journal of nursing studies*, 77, 243-258

## Hemşireler Ne Düşünüyor?

- Hemşireler, **gizli bilgilerin** paylaşılmasıyla ilgili endişe duyuyorlar.
- Hastalarla **hasas bilgilerin paylaşılması** rahatsız ediyör.
- Hemşirelerin devir teslim için **ayrılan sürenin artacağı** korkusu oluyor.
- Hastalar tarafından **alakasız veya rahatsız edici bilgi/istek taleplerinin** olacağı endişesi hissediyorlar.



Tobiano, G., Becknell, T., Siddiqi, J., Whitty, J.A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International journal of nursing studies*, 77, 243-258

## Hasta Hemşire Anlaşması Nasıl Sağlandı?

- Hastaların birinci rolü bakımını planlayabilmeli,
- Hastaların ikinci rolü soru sorabilmeli,
- Üçüncüsü, hastalar devir teslim sırasında **endişelerini** dile getirebilmesine izin verilmelidir.



Tobiano, G., Beckwith, T., Smith, L., White, J. A., & Cholewa, W. (2019). Patient participation in nursing bedside handover: a systematic mixed-methods review. *International journal of nursing studies*, 77, 303-318

British Journal of Medical & Health Sciences (BJMHS)  
Vol. 7 Issue 8, August - 2018

**Table 4. SBAR Evaluation of Patient Handovers (n=15)**

SBAR	The Patient's	Specified	Non-Specified	ID Agreement
Name	15	100	0	0
Age	7	46.7	6	33.3
Bed Number	10	66.7	6	33.3
Level of Education	15	100	0	0
Mental Status	1	6.7	14	50.0
Reason for Hospitalization	15	100	0	0
Duration of Hospital Stay	4	26.7	11	73.3
Current Status	6	40	9	60
Complaints	6	40	9	60
Risk for Falls	0	0	15	100
Risk for Pressure Sore	0	0	15	100
Fluid Level	1	6.7	14	50.0
Infectious Disease Status	6	40	9	60
Vital Signs	15	100	0	0
Treatment Plan	15	100	0	0
Today's Living Activities	11	73.3	4	26.7
• Nutrition	3	20	6	40
• Exercise	4	26.7	11	73.3
• Rehydration	4	26.7	11	73.3
• Individual Hygiene	0	0	15	100
• Sleeping Habits	1	6.7	14	50.0
• Need for Physical Activity	0	0	15	100
• Communications	2	13.3	13	86.7
Observation of Staff Interactions	11	73.3	4	26.7
Invasive Interventions	11	73.3	4	26.7
Status of Invasive Interventions	4	26.7	7	46.7
Presence of Pressure Sore	4	26.7	11	73.3
Dressings for Pressure Sore and Other Dressings	3	20	12	80
Response to Treatments	1	6.7	14	50.0
Allergy Status	6	40	9	60
Other Diseases	1	6.7	14	50.0

Son olarak, devir teslim önerisi açısından hemşireler, tedavi planları ve hasta yakınlarını ilgilendiren sorunların çözümlerine yönelik önerilerde bulunmuş fakat devir sonrası atılan bilgilere geri dönmemişlerdir.

## HEMŞİRELER TARAFINDAN GERÇEKLEŞTİRİLEN HASTA DEVİR İŞLEMLERİNİN ETKİNLİĞİ

British Journal of Medical & Health Sciences (BJMHS)

Vol. 7 Issue 8, August - 2018

### Effectiveness of Patient Handovers Performed By Nurses

By Nurses

Aysel Demiray\*, Aylin Keleşçi, Hülya Başaran, Ayşe Gül

Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Düzce University, Düzce, Turkey

**Abstract—** Background: The importance of patient handover in providing care is increasing so that nursing care can be safe and good quality. **Aims:** The aim of this paper is to evaluate the effectiveness of patient handovers performed by nurses at a university hospital. **Methods:** The study was conducted using quantitative data. Nurses who refused to participate in the study (partial score, majority score etc.) and were not in the class on the day of data collection were excluded. 140 nurses were included in the study. The data were collected using the "Handover Evaluation Scale" and an observation form prepared by the researchers. **Results:** Among the nurses, 63% stated that they did not receive any training on patient handover. The mean scores for their patient handovers were 50.27 ± 13.26. Also, all of the handovers were interrupted and these interruptions were caused by colleagues. **Conclusions:** The Handover Evaluation Scale and analysis of verbal demographics of nurses showed that the opinions of female nurses were more positive

than male nurses (15.0). However, patient handover is often limited by exchanging merely brief information about a patient about the fact of their name, age, diagnosis, vital signs and other events faced by that patient during a shift. Moreover, the time allocated to nursing care during a patient handover does not exceed 1% and therefore, no essential information can be passed to patient care staff. Furthermore, nurses often consider patient handover as a waste of time (1). Nevertheless, patient safety and quality of care can only be ensured through proper patient handover. The literature on how a successful handover can be performed is unfortunately limited due to this various handover structures have emerged which do not present solutions to nursing practice (1,5,7). Similarly, in Turkey, there are currently no patient handover. According to the Regulations on the Amendment to the Nursing Regulations published by the Turkish Ministry of Health on April 19, 2011, nurses must submit nursing records related to patient care and treatment interventions. In charge nurses/nurses in written and verbal forms during shift changes. Unfortunately, despite this general agreement



TEŞEKKÜRLER

## EK-2 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.12.2021-7656



T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-97105791-302.14.01-7656  
Konu :Tez Konu Başlığı Hk. (Serap GÜNGÖR)

31.12.2021

Sayın Serap GÜNGÖR

Enstitü Yönetim Kurulunun 03.12.2021 tarih ve 2021/28 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
Serap GUNGÖR	Klinik Hasta Devir Teslimi İyileştirme Çalışmalarının Hasta Sonuçları ve Hemşirelik Devir Teslim Uygulamaları Üzerine Etkisi: Karmaşık Hemşirelik Müdahalesi Geliştirme Çalışması.

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY  
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSP7TFA15

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/hasan-kalyoncu-universitesi-ebys>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep  
Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81  
e-Posta:info@hku.edu.tr Web:0 (342) 211 80 81  
Kep Adresi:hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

Bilgi için: Aylin FİLİZ  
Unvanı: Memur  
Tel No: 0(342) 211 8080



## EK-3 Etik Kurul Onay Formu

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri**  
**Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2021/042  
Karar Tarihi : 06.12.2021

Sayın Serap GÜNGÖR,

*"Klinik Hasta Devir Teslimi İyileştirme Çalışmalarının Hasta Sonuçları ve Hemşirelik Devir Teslim Uygulamaları Üzerine Etkisi: Karmaşık Hemşirelik Müdahalesi Geliştirme Çalışması"* konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar No : 2021/042  
Karar Tarihi : 06.12.2021

Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN  
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL  
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN  
Üye

Prof. Dr. Kezban BAĞRAMLAR  
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT  
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA  
Üye



Güven HOS  
Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri

## EK-4 Kurum İzni

HKU Ünv. Evrak Tarih ve Sayısı: 24.01.2022-9015



T.C.  
ADANA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-96172664-050.06.04  
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Serap  
GÜNGÖR)

### HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Serap GÜNGÖR tarafından yürütülmek istenilen "**Klinik Hasta Devir Teslimi İyileştirme Çalışmalarının Hasta Sonuçları ve Hemşirelik Devir Teslim Uygulamaları Üzerine Etkisi: Karmaşık Hemşirelik Müdahalesi Geliştirme Çalışması**" başlıklı ekte bulunan bilimsel çalışmasını SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili başvuru talebi incelenmiştir. Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Proje Koordinasyon Birimine sunulması koşulu ile, uygun bulunduğu talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim..

Dr. Ahmet Yücel ÇOMU  
Müdür a.  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: BİLİNSEL ÇALIŞMA BAŞVURUSU(SERAP GÜNGÖR)

Adana İstatistik, Analiz ve Raporlama Birimi  
Telefon: Faks No:  
e-Posta: kemal.lapcin@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Kemal LAPÇIN  
SAĞLIK MEMURU  
Telefon No: (0 322) 455 70 00

**Ön izleme Bu evrak elektronik imzalıdır.**  
ikinci esnr <https://turkiye.gov.tr/ehd?oK=5899&eD=RSME4EYNE&eS=9015>

## EK-5 Hasta Bilgi Formu

### HASTA KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**SAYIN KATILIMCI;** Bu çalışma, hemşireler arasında gerçekleştirilen hasta devir tesliminin fizibilitesine, değerlendirilmesine ve uygulanmasına odaklanılarak etkinliğini arttırmak için yapılan müdahalelerin hastanın bakımdan memnuniyeti, hemşireye güveni üzerine etkisini ve hemşirelerin hasta devir teslimi konusundaki uygulamalarının iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmamıza vereceğiniz katkıdan dolayı **TEŞEKKÜR EDERİM.**

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

Kadın ( ) Erkek ( )

3. Eğitim durumunuz:

İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( )  
Lisansüstü ( ) Okuma yazma bilmiyor ( )

4. Mesleğiniz:

Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( )

5. Hastanede bulunduğunuz süre:.....gün

## EK-6 Hemşire Kişisel Bilgi Formu

### KLİNİK HASTA DEVİR TESLİMİ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ HASTA SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK DEVİR TESLİM UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ: KARMAŞIK HEMŞİRELİK MÜDAHALESİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

**SAYIN KATILIMCI;** Bu çalışma, hemşireler arasında gerçekleştirilen hasta devir tesliminin fizibilitesine, değerlendirilmesine ve uygulanmasına odaklanılarak etkinliğini arttırmak için yapılan müdahalelerin hastanın bakımdan memnuniyeti, hemşireye güveni üzerine etkisini ve hemşirelerin hasta devir teslimi konusundaki uygulamalarının iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmamıza vereceğiniz katkıdan dolayı **TEŞEKKÜR EDERİM.**

#### VERİ TOPLAMA FORMLARI

##### HEMŞİRE KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- Yaşınız:**.....
- Cinsiyetiniz:**  
Kadın ( ) Erkek ( )
- Eğitim durumunuz:**  
Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek lisans ( ) Doktora ( )
- Mesleki yılınız:**
- Çalıştığınız klinik:**  
Dahili Klinik ( ) Cerrahi Klinik ( ) Yoğun Bakım ( )
- Kliniğinizde ortalama hasta devir teslim süresi kaç dakikadır?** .....dk
- Hasta devir teslim süresi sizce yeterli midir?**  
Evet ( ) Hayır ( )
- Sizce standart hasta teslim formu kullanılmalı mı?**  
Evet ( ) Hayır ( )

## EK-7 Handoff CEX' Hasta Devir Teslim Ölçeği Kullanım İzni

Re: Ölçek Kullanım İzni



Ezgi DİRGAR  
11.04.2022 14:21



Kime: serap güngör

[Tüm ekleri kaydet](#)



Sayın Serap GÜNGÖR ;

Çalışmanızda **HANDOFF CEX** HASTA DEVİR TESLİM ÖLÇEĞİ' ni kullanabilirsiniz. Ölçeğe ait diğer detayları ekte bulabilirsiniz. Sevgiler.

serap güngör

is 2022 Pzt, 01:33 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba Sayın Hocam;

Ben Serap Güngör, Kahramanmaraş Süteçi İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda İlk ve Acil Yardım Programı'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktayım. Doktora eğitimime Hasan Kalyoncu Üniversitesi'nde Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Hemşirelik Esasları alanında, Doç. Dr. Betül TOSUN danışmanlığında devam etmekteyim.

Doktora tezimde çalışmak üzere 'KLİNİK HASTA DEVİR TESLİMİ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ HASTA SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK DEVİR TESLİM UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ: KARMAŞIK HEMŞİRELİK MÜDAHALESİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI' başlıklı konuyu belirlemiş bulunmaktayız. Tezimde sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz **HANDOFF CEX** HASTA DEVİR TESLİM ÖLÇEĞİ' ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

İyi çalışmalar.

## EK-8 Handoff CEX Hasta Devir Teslim Değerlendirme Ölçeği (Devreden)

### Devir teslim (Devreden) Değerlendirme Formu

Değerlendirici adı/yaşı:		Değerlendirilen adı/yaşı:				
<b>Eğitim değerlendirici:</b>	O LİSE	O ÖNLİSANS	O LİSANS	O Y. LİSANS	O DOKTORA	
<b>Eğitim değerlendiren:</b>	O LİSE	O ÖNLİSANS	O LİSANS	O Y. LİSANS	O DOKTORA	
<b>Deneyim Değerlendirici:</b>	O < 1 YIL	O 1-2 YIL	O 3-5 YIL	O > 5 YIL		
<b>Deneyim Değerlendiren:</b>	O < 1 YIL	O 1-2 YIL	O 3-5 YIL	O > 5 YIL		
<b>Ortam</b> (O gözlem yapılamadı)						
≥ 5 Kesinti yaşanır; Gürültülü, Karmaşık		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey		Kesinti olmaz; Sessiz
<b>Düzen/verimlilik</b> (O gözlem yapılamadı)						
Düzensiz; Tutarsız		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey		Standart devir; Kısa ve öz devir
<b>İletişim Becerileri</b> (O gözlem yapılamadı)						
Yüz yüze değildir; Anlaşıp anlaşılmadığı kontrol edilmez, Sorular için zaman ayırmaz, Görevlerin sorumlulukları açık değildir, Belirsiz bir dil kullanır		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üstün		Yüz yüze devir; Anlaşıp anlaşılmadığı kontrol edilen Soruları aydınlatır, Görevlerin sorumlulukları açıklar, Somut bir dil kullanır
<b>İçerik</b> (O gözlem yapılamadı)						
Atlanan ve ihmal edilen bilgiler vardır; Klinik durum açıklanmaz, 'yapılması gerekenler', planda olmayan, gereksiz işler vardır.		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey		Tüm gerekli bilgileri içerir; Klinik durumu açıklar, 'yapılması gerekenler', planlıdır, gerekçelidir
<b>Klinik karar</b> (O gözlem yapılamadı)						
Durumu kötü olan hastaları tanımaz; Önleyici rehberlik (yapılabilecekleri içeren) önerileri yoktur,		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey		Durumu kötü olan hastalar belirtilir, Eylem planı ile sağlanan rehberlik ve (yapılabilecekleri içeren) önerileri vardır,
<b>Hümanist kalite/profesyonellik</b> (O gözlem yapılamadı)						
Telaşlı, özensiz, Uyumsuz yorumlar yapar (hastalara, ailelerine ve çalışanlara)		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey		Göreve odaklanır, Uygun yorumlar yapar (hastalara, ailelerine ve çalışanlara)
<b>Genel devir yeterliliği</b> (O gözlem yapılamadı)						
		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey		
<b>Değerlendirme zamanı:</b>		Gözlem süresi:.....dk		Geribildirim süresi:.....dk		
<b>Değerlendiricinin değerlendirme ile ilgili memnuniyeti:</b>		Düşük	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Yüksek
<b>Değerlendirilenin değerlendirme ile ilgili memnuniyeti:</b>		Düşük	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Yüksek

**Yorumlar:**

## EK-8-Devam Handoff CEX Hasta Devir Teslim Değerlendirme Ölçeği (Devralan)

### Devir teslim (Devralan) Değerlendirme Formu

Değerlendirici Adı/yaşı:		Değerlendirilen Adı/yaşı:				
Eğitim değerlendirici:	O LİSE	O ÖNLİSANS	O LİSANS	O Y. LİSANS	O DOKTORA	
Eğitim değerlendiren:	O LİSE	O ÖNLİSANS	O LİSANS	O Y. LİSANS	O DOKTORA	
Deneyim Değerlendirici:	O < 1 YIL	O 1-2 YIL	O 3-5 YIL	O > 5 YIL		
Deneyim Değerlendiren:	O < 1 YIL	O 1-2 YIL	O 3-5 YIL	O > 5 YIL		
<b>Ortam</b>	(O gözlem yapılamadı)					
≥ 5 Kesinti yaşanır; Gürültülü, Karmaşık		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey	Kesinti olmaz Sessiz	
<b>Düzen/verimlilik</b>	(O gözlem yapılamadı)					
Düzensiz; Hazırlıksız		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey	Not almak için hazırlıklıdır; Notlar alır	
<b>İletişim Becerileri</b>	(O gözlem yapılamadı)					
Etkileşim yok; Soru yok, Geri bildirim yok, Görevler için sorumlulukları kabul etmez Belirsiz bir dil kullanır		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey	Yüz yüze devir; Sorular sorar, Görevler için geri bildirim verir, Sorumluluklarını kabul eder, Somut bir dil kullanır	
<b>Klinik karar</b>	(O gözlem yapılamadı)					
Durumu kötü olan hastaları bilmez; Önleyici rehberlik için önerileri yoktur,		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey	Durumu kötü olan hastaların belirtilir, Önleyici rehberlik için önerileri vardır	
<b>Hümanist kalite/profesyonellik</b>	(O gözlem yapılamadı)					
Telaşlı, özensiz, Uygunsuz yorumlar yapar (hastalara, ailelerine ve çalışanlara)		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey	Göreve odaklanır, Uygun yorumlar yapar (hastalara, ailelerine ve çalışanlara)	
<b>Genel devir yeterliliği</b>	(O gözlem yapılamadı)					
		1 2 3 Yetersiz	4 5 6 Yeterli	7 8 9 Üst düzey		
<b>Değerlendirme zamanı:</b>		Gözlem süresi:.....dk		Geribildirim süresi:.....dk		
<b>Değerlendiricinin değerlendirme ile ilgili memnuniyeti:</b>	Düşük	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Yüksek	
<b>Değerlendirilenin değerlendirme memnuniyeti:</b>	Düşük	1 2 3	4 5 6	7 8 9	Yüksek	

**Yorumlar:**

## EK-9 Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzni

---

**Kimden:** semiha akin  
**Gönderilme:** 10 Aralık 2021 Cuma 00:19  
**Kime:** :  
**Konu:** Ölçek İzni: NSNS

Sayın Serap Güngör,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarız.

Size ölçeği ve ölçekle ilgili elimdeki tüm kaynakları gönderiyorum.

İyi günler dilerim

Prof. Dr. Semiha AKIN  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38, 34668 Üsküdar/İstanbul  
Telefon: 0 216 418 96 16-2317

## EK-10 Hemşirelere Güven Ölçeği Kullanım İzni

---

**Kimden:**  
**Gönderilme:** 18 Ocak 2022 Salı 18:23  
**Kime:** :  
**Konu:** FW: Hemşirelere Güven Ölçeği

----- Original Message -----  
**From:** Sebnem Cinar [  
**To:** :  
**Sent:** Mon, 17 Jan 2022 15:31:04 +0300 (EET)  
**Subject:** Re: Hemşirelere Güven Ölçeği

Tabi ki kullanabilirsiniz

---

**Kimden:** :  
**Kime:** "se  
**Gönderilenler:** 17 Ocak Pazartesi 2022 9:16:58  
**Konu:** Hemşirelere Güven Ölçeği

**DİKKAT:** Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.  
**Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı [nyg.yardim@mail.ege.edu.tr](mailto:nyg.yardim@mail.ege.edu.tr) adresine bilgi veriniz.**

Merhaba Sayın Hocam;

Ben Serap Güngör, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda İlk ve Acil Yardım Programı'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktayım. Doktora eğitimime Hasan Kalyoncu Üniversitesi'nde Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Hemşirelik Esasları alanında, Doç. Dr. Betül TOSUN danışmanlığında devam etmekteyim.

Doktora tezimde çalışmak üzere 'KLİNİK HASTA DEVİR TESLİMİ İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ HASTA SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK DEVİR TESLİM UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ: KARMAŞIK HEMŞİRELİK MÜDAHALESİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI' başlıklı konuyu belirlemiş bulunmaktayız. Tezimde sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Hemşirelere Güven Ölçeği'ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

## EK-11 Standart Hasta Devir Teslim Formu

	BİLGİLER	Uygulanma durumu	Uygulanamaz
<b>N</b>	HASTA ADI, CİNSİYETİ, YAŞI		
	ALERJİLER (İLAÇ, GIDA, FLASTER VB.)		
	İZOLASYON DURUMU		
<b>U</b>	HASTANIN DOKTORU HASTANIN HEMŞİRESİ		
<b>R</b>	BAŞVURU NEDENİ,		
	TIBBİ TANI		
	KRONİK HASTALIK, ÖZGEÇMİŞİ,		
<b>S</b>	HASTAYA UYGULANAN İNVAZİV GİRİŞİMLER		
	LABAROTUAR DEĞERLERİ		
	PLANLANAN TEST VE TETKİKLER		
<b>E</b>	VİTAL BULGULAR, SATURASYON, BİLİNÇ TAKİBİ		
	KAN GLUKOZ TAKİBİ		
	ALDIĞI ÇIKARDIĞI TAKİBİ		
	AĞRI TAKİBİ		
<b>P</b>	TEDAVİ PLANI İLAÇLARI VE SERUMLARI		
	KAN VE KAN ÜRÜNLERİ (VERİLEN VEYA PLANLANAN)		
	BESLENME DURUMU/ REJİM		
	KONSÜLTASYON		
	TABURCULUK PLANI VE EĞİTİMİ		
<b>A</b>	PLANLANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ VE TETKİKLER (MOBİLİZAYON, KANAMA TAKİBİ, DRENTAKİBİ, NG TAKİBİ, FOLEY SONDA, PEG TAKİBİ VB.)		
	BASI YARASI RİSKİ		
	DÜŞME RİSKİ		
	KISITLAMA İHTİYACI		
	HASTANIN BAĞIMLILIK- BAĞIMSIZLIK DURUMU		
<b>S</b>	HASTANIN ÖZETİ		
	HASTANIN TESLİME KATILMASI		
	HASTA YAKINLARINI DA BİLGİLENDİRME		
<b>S</b>	HASTA BAŞI YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLAR		
	DREN, PUMP, KATETER PANSUMAN TAKİBİ (DAMAR YOLU, PORTUN VEYA CVP KATATERİNİN VARSA ARTERİN PANSUMANI VE KAÇINCI GÜNÜ OLDUĞU)		
	HASTA BAŞI EKİPMANLARIN ÇALIŞABİLİRLİĞİ KONTROLÜ		

Teslim tarihi ve saati:

## EK-12 NURSEPASS Hatırlatıcısı Kullanım İzni

---

**Kimden:** Smeulers, M. (Marian)  
**Gönderilme:** 16 Kasım 2021 Salı 13:18  
**Kime:** serap güngör  
**Konu:** RE: NURSEPASS

Dear Serap,

Thank you for your interest in our research.  
Nursepass is a guideline with topics to discuss during nursing shift handover. The intention is that it gives structure and completeness during handover. We developed Nursepass through consensus (attached you find the article where we describe the development).  
To evaluate the effectiveness of Nursepass we used the CEX-instrument which is an existing instrument that we translated back and forward. We did not do a validity check since this was already done by the developers of the CEX instrument (see attachment).

Hope this helps you.

Best regards,  
Marian Smeulers

---

**Van:** serap güngör  
**Verzonden:** zaterdag 13 november 2021 15:10  
**Aan:** Smeulers, M. (Marian)  
**Onderwerp:** NURSEPASS

Dear PhD Marian Smeulers;

I'm Serap Güngör, a nursing PhD student, my advisor is Assoc. Dr. Betül Tosun; We are working on my PhD thesis. In our PhD thesis, we want to examine nurses' handover of patients. While browsing the literature, we came across your work and got excited. We want to use NURSEPASS. We have questions about it, is it a scale or a checklist? You said you translated the article from English to Dutch, did you do a validity and reliability study? Do we need to do language validity reliability? Will you support us in the places where we get stuck during the work?

I look forward to hearing from you.

Öğr. Grv. Serap GÜNGÖR  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi  
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu  
İlk ve Acil Yardım Programı

Lecturer, Serap GÜNGÖR  
Kahramanmaraş Sutcu Imam University  
Vocational School of Health Services  
Department of First and Emergency Aid

---

VUmc disclaimer : [www.vumc.nl/disclaimer](http://www.vumc.nl/disclaimer)  
AMC disclaimer : [www.amc.nl/disclaimer](http://www.amc.nl/disclaimer)

## EK-13 İntihal Raporu



## EK-14 Kısa Özgeçmiş

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı** : Serap GÜNGÖR  
**Uyruğu** : T.C.

### EĞİTİM

Derece	Adı	Bitirme Yılı
Üniversite	: Çukurova Üniverisitesi	2013
Yüksek Lisans	: Çukurova Üniverisitesi	2018
Doktora	: Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2023

### İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görevi
Klinik Hemşiresi	Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Seyhan Uygulama Merkezi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi/Adana	2013-2015
Klinik Hemşiresi	Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Adana Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi/Adana	2015-2019
Öğretim Görevlisi	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi /SHMYO/İlk ve Acil Yardım Programı	2019-Halen

### UZMANLIK ALANI

Hemşirelik Esasları

### YABANCI DİLLER

İngilizce

### YAYINLAR

Çerçer Zehra, Aksüt Akçay Emine, Güngör Serap (2023). Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği yetkinliği öz-değerlendirme düzeyi: tanımlayıcı kesitsel araştırma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 10(1), 1-8., Doi: 10.54304/SHYD.2023.86094 (Yayın No: 8324947)

Akçoban Sümeyye, Güngör Serap (2022). Yoğun bakım hemşirelerinin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve iş doyumları. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi (Yayın No: 7798585)

Tosun Betül, Ünal Nursemin, Güngör Serap, Dusak İsmail, Pörücü Canan, Yava Ayla (2022). Evaluation of nurses knowledge about protective precautions and experiences in terms of various factors during Covid-19 pandemic. Central European Journal of Nursing and Midwifery,13(4), 763-774., Doi: 10.15452/cejnm.2022.13.0017 (Yayın No: 7954838)

Argın Vedat, Akalın Deniz, Güngör Serap (2022). Ebeveynlerin çocuklarına aşı uygulamasına karşı düşünce ve tutumları: Kahramanmaraş örneği. Sağlık Akademisi Kastamonu, 7(2), 300-313., Doi: 10.25279/sak.795110 (Yayın No: 7372216)

Andı Senem, Akçoban Sümeyye, Güngör Serap (2022). physical activity and fragility levels in elderly individuals. GÖBEKLİTEPE International Journal Of Health Sciences, 5(8), 105-113., Doi: 10.55433/gsbld.215 (Yayın No: 7726021)

Tosun Betül, Dusak İsmail, Ünal Nursemin, Güngör Serap, Tosun Nuran (2022). Investigation of activities of daily living and hospital anxiety and depression levels of COVID-19 patients: A descriptive study. Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology, 4(2), 171-179., Doi: 10.35365/ctjpp.22.2.07 (Yayın No: 7954852)

Güngör Serap, Akçoban Sümeyye, Tosun Betül (2022). Evaluation of emergency service nurses' patient handover and affecting factors: A descriptive study. *International Emergency Nursing*, 61(101154), 1-6., Doi: 10.1016/j.ienj.2022.101154 (Yayın No: 7566597)

Güngör Serap, Tosun Betül, Prosen Mirko (2021). The relationship between intercultural effectiveness and intercultural awareness and xenophobia among undergraduate nursing and vocational schools of health services students: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 107, Doi: 10.1016/j.nedt.2021.105104 (Yayın No: 7157033)

Güngör Serap, Tosun Betül, Ünal Nursemin, Dusak İsmail (2021). Evaluation of dyspnea severity and sleep quality in patients with novel coronavirus. *International Journal of Clinical Practice*, 75(10), Doi: 10.1111/ijcp.14631 (Yayın No: 7267681)

Güngör Serap, Borazan Nuran Gül (2021). Yaşlı bakım ve paramedik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları. *Elderly Issues Research Journal*, 14(1), 19-26., Doi: 10.46414/yasad.821579 (Yayın No: 7120616)

Güngör Serap, Avan Hakan, Argın Vedat (2021). COVID-19 salgını sonrası paramedik öğrencilerinin mesleğe bakış açılarının belirlenmesi. *Journal of Health Services and Education*, 5(1), 26-32., Doi: 10.29228/JOHSE.x (Yayın No: 7043825)

Güngör Serap, Öztunç Gürsel (2021). Effects of noise on vital signs and anxiety levels of patients hospitalized in the general surgery intensive care unit. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 79-87. (Yayın No: 6930589)

Köse Tosunöz İpek, Güngör Serap (2021). Yaşlı ayrımcılığı: hemşirelik ve yaşlı bakım teknikleri öğrencileri örneği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* (1), 176-190., Doi: 10.33715/inonusaglik.813815 (Yayın No: 7361025)

Köse Tosunöz İpek, Güngör Serap, Öztunç Gürsel (2021). İlk klinik uygulama öncesi yaşanan kaygı: hemşirelik öğrencileri örneği. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 14-21. (Yayın No: 7360641)

Avan Hakan, Güngör Serap (2021). COVID-19 pandemisinin geç adölesanların duygu durumlarına ve yaşam kalitesine etkisi. *Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 168-179., Doi: 10.46413/boneyusbad.947352 (Kontrol No: 7335721)