

Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Metodolojik Çalışma

Investigation of the Psychometric Properties of the Turkish Version of Handover Evaluation Scale: Methodological Study

^{id} Nihal TAŞKIRAN^a, ^{id} Hatice ERDEM^b, ^{id} Dilek SARI^b

^aAydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Aydın, TÜRKİYE

^bEge Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, TÜRKİYE

ÖZET Amaç: Bu çalışmada, Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntemler:** Metodolojik olarak yapılan bu çalışmanın örneklemini 163 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri Kasım 2017 ve Temmuz 2018 tarihleri arasında "Hemşire Bilgi Formu" ve "Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak toplandı. Yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. İç tutarlılık, Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Madde toplam puan analizi için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,863 ve Bartlett küresellik testi χ^2 değeri 1311,413 ve $p < 0,01$ bulundu. Toplamda 14 maddenin oluşturduğu 3 faktörlü yapı, toplam varyansın %66,54'ünü açıkladı. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin "bilginin kalitesi" alt boyutu faktör yükünün 0,53-0,93, "etkileşim ve destek" alt boyutu faktör yükünün 0,61-0,86, "verimlilik" alt boyutu faktör yükünün 0,59-0,98 arasında değiştiği belirlendi. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak hesaplandı. Cronbach alfa katsayısı, "bilginin kalitesi" alt boyutu için 0,86, "etkileşim ve destek" alt boyutu için 0,83, "verimlilik" alt boyutu için 0,81 olarak belirlendi. Madde-ölçek toplam puan korelasyonu 0,44-0,74 arasında idi. **Sonuç:** Bu çalışma, Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun hasta teslimini değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir araç olduğunu ortaya koymuştur.

ABSTRACT Objective: In this study was aimed to investigate the validity and reliability of the Turkish version of the Handover Evaluation Scale. **Material and Methods:** The sample of this study, which was planned in a methodological, consisted of 163 nurses. The data of the study were collected between November 2017 and July 2018 using the "Nurse Information Form" and the "Handover Evaluation Scale". Explanatory and confirmatory factor analysis was performed for construct validity. Internal consistency was evaluated with the Cronbach alpha coefficient. Pearson correlation analysis was used for item total score analysis. **Results:** The result of the factor analysis was Kaiser-Meyer-Olkin coefficient 0.863, Bartlett's test of sphericity χ^2 value was 1311.413 and $p < 0.01$. The 3-factor structure consisting of 14 items explained 66.54% of the total variance. As a result of the confirmatory factor analysis, it was determined that the factor loading of the "quality of knowledge" sub-dimension of the scale varied between 0.53-0.93, the "interaction and support" sub-dimension factor loading was 0.61-0.86, and the "efficiency" sub-dimension factor loading ranged between 0.59-0.98. The Cronbach alpha coefficient of the scale was 0.89. The Cronbach alpha coefficient was determined as 0.86 for the "quality of knowledge" sub-dimension, 0.83 for the "interaction and support" sub-dimension, and 0.81 for the "efficiency" sub-dimension. Item-scale total score correlation was between 0.44 and 0.74. **Conclusion:** This adaptation study revealed that, the Turkish version of Handover Evaluation Scale is a valid and reliable tool for evaluation of the handover of nurses.

Anahtar Kelimeler: Hasta teslimi; hemşirelik; güvenilirlik; geçerlilik

Keywords: Patient handoff; nursing; reliability; validity

Hasta teslimi; hasta ile ilgili bilgilerin, sorumluluğun ve yetkinin diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşıldığı bir iletişim süreci olarak ifade edilmektedir.¹ Bu süreç, gerekli tüm hasta bilgilerinin en uygun zamanda etkili bir şekilde aktarılmasını gerektiren karmaşık bir süreçtir.²

Hasta tesliminin temel amacı; hastanın bakımı, tedavisi, mevcut durumu ve yakın zamanda beklenen değişiklikleri hakkında tam, doğru ve anlaşılır bilgi sağlamaktır.³ Bu amaç doğrultusunda hasta teslimi, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini doğrudan etkileyen önemli hemşirelik fonksiyonlarından biridir.⁴

Correspondence: Nihal TAŞKIRAN

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Aydın, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: nihal_tas@hotmail.com.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

Received: 31 Dec 2020

Received in revised form: 18 Mar 2021

Accepted: 04 May 2021

Available online: 18 May 2021

2146-8893 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hasta teslimi, özellikle hasta güvenliği kapsamında, hasta bilgilerinin ulaşılabilir olması, kaybolmaması, unutulmaması ve advers (istenmeyen) olayların azaltılmasında önemli bir yere sahiptir.⁵ Ayrıca hasta tesliminin kalitesi, bir sonraki vardiya boyunca bakımın kalitesini de doğrudan etkilemektedir.² Yapılan çalışmalar, hemşirelerin hasta teslimini sınırlı bir süre içerisinde gerçekleştirmeleri gerektiğini ancak bu sınırlı sürede birbirlerine yeterli bilgi aktaramadıklarını ve buna bağlı birçok problemle karşılaştıklarını göstermektedir.^{6,7} Teslim sürecinde sağlık profesyonellerinin hastayla ilgili bilgileri aktarırken yaşadıkları iletişim problemleri/eksikliklerine bağlı ortaya çıkan yanlış anlamalar, hatalı ve eksik bilgiler, hasta güvenliğini tehlikeye atmakta veya hastaya zarar vermekte, yanlış tedavi, tıbbi tedavide gecikme, hayatı tehdit eden yan etkilerde, hasta şikâyetlerinde, hastanede kalış süresinde ve sağlık harcamalarında artma gibi istenmeyen sonuçlara sebep olmaktadır.^{2,8} Reader ve ark., vardiya içerisinde gerçekleşen hataların %57'sinin hemşireler arasında etkin olmayan hasta tesliminden kaynaklandığını bildirmişlerdir.⁹

Hasta teslimi esnasında hastaya ait önemli bilgilerin eksiksiz, doğru ve anlaşılır bir şekilde aktarılması gerekmekte bu ise ancak sağlık profesyonelleri arasındaki kusursuz, açık ve sistemli bir iletişimle mümkün olabilmektedir.^{4,10} Ancak çalışmalar, hasta teslimlerinin istenilen amaç doğrultusunda gerçekleştirilmediğini göstermektedir.^{11,12} Çevik ve ark.'nın çalışmalarında; hemşireler, teslim sürecinde hastanın durumu dışındaki önemsiz bilgilerin paylaşılması, hasta teslimine gereken önemin verilmemesi, teslim esnasında hasta ile ilgili sorulara tam ve doğru şekilde cevap verilmemesi gibi problemler ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.¹¹ Welhs ve ark., hasta teslimi esnasında eksik ya da gereksiz bilgi aktarımı, yetersiz süre ve/veya malzeme nedeniyle iletişim sorunları yaşandığını tespit etmişlerdir.¹² Bu doğrultuda, özellikle son yıllarda standardize edilmiş bir hasta teslimi aracının kullanılmasına ilişkin gereksinim artmış ve sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için etkin iletişim tekniklerini içeren sistematik bir yaklaşım/model kullanılması önerilmiştir.^{13,14}

Uluslararası literatür incelendiğinde, hasta teslimine ilişkin standardize edilmiş bir ölçeğe rastlanmaktadır. İlk kez O'Connell ve Penney tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen bu ölçek (Hasta

Teslimi Değerlendirme Ölçeği), hemşirelerin hasta teslimine ilişkin algılarını belirlemeyi amaçlamaktadır.¹⁵ Ölçeğin maddeleri, 27 klinisyen hemşire ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilere göre hazırlanmıştır.¹⁵ Ölçeğin maddelerinin geçerlilik ve güvenilirliği O'Connell ve ark. tarafından 2006 ve 2008 yılları arasında Avustralya'da sağlık sektöründe hizmet veren hemşirelerden elde edilen verilere dayanılarak test edilmiştir. Maddeler, 5 uzmandan gelen geri bildirimler doğrultusunda ve pilot uygulama sonunda 10 hemşire tarafından revize edilerek Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği olarak geliştirilmiştir.^{6,16} Ancak ülkemizde hasta teslimine ilişkin güvenli, verimli, etkili ve standardize bir hasta teslim aracı bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye'deki hemşirelerin yapmış oldukları hasta teslimini değerlendirmek için kullanılacak Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin, geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÇALIŞMA DİZAYNI

Hemşireler için Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğini inceleyen metodolojik bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Kasım 2017 ve Temmuz 2018 tarihleri arasında çalışan hemşireler oluşturmuştur.

Literatürde örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının en az 5-10 katı olması önerilmektedir.¹⁷ Bu çalışmada, ölçekteki madde sayısı 14 olduğu için belirlenen asgari örneklem büyüklüğü 140 olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırma kapsamına alınma kriterleri dâhilinde olası kayıpların olabileceği ihtimaline karşılık örneklem sayısı %15 artırılmıştır.

Araştırmanın örneklemini basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen, en az 1 yıldır hastanede çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 163 hemşire oluşturmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri; "Hemşire Bilgi Formu" ve "Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

HEMŞİRE BİLGİ FORMU

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim, mesleki deneyim) sorgulayan bir formdur.

HASTA TESLİM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği O'Connell ve ark. tarafından geliştirilmiştir.¹⁶ Ölçek, hemşirelerin hasta bakımını sürdürebilmelerini sağlamak ve hasta teslimine ilişkin algılarını değerlendirmek amacı ile 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, hasta tesliminde verilen bilginin kalitesini (6 soru), hastayı teslim alan sağlık çalışanının teslim veren kişiyle etkileşimini/desteğini (5 soru) ve hasta tesliminin verimliliğini (3 soru) sorgulayan 3 alt boyuttan oluşmaktadır. On dört maddeden oluşan ölçek yedili likert tipindedir (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kısmen katılmıyorum, 4=ne katılıyorum ne katılmıyorum, 5=kısmen katılıyorum, 6=katılıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum). Olumsuz ifade edilen maddeler (5, 12 ve 13. maddeler) ise ters yönde puanlanmaktadır. Böylece ölçekten en az 14, en fazla 98 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar daha olumlu algılamaları yansıtmaktadır. Ölçek Cronbach alfa değeri "bilginin kalitesi" alt boyutu için 0,80, "etkileşim ve destek" alt boyutu için 0,86, "verimlilik" alt boyutu için 0,69, ölçeğin genel Cronbach alfa değeri ise 0,68'dir.¹⁶

ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Veriler, Kasım 2017 ve Temmuz 2018 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği kurul izni (no: 354-2017, tarih: 23.11.2017), araştırmanın yapılacağı kurumun yazılı izni ve katılımcıların sözel izni alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Ayrıca çalışmaya başlamadan önce Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği'ni geliştiren B. O'Connell'den yazılı izin alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik analizi Sosyal Bilimler ile İstatistik Paket Programı (SPSS) 22.0 kullanılarak yapılmıştır. Faktör analizi SPSS Amos 25.0 versiyonu kullanılarak yapılmıştır.

DİL GEÇERLİLİĞİ

Çeviri

Dil geçerliliğini değerlendirmek için orijinal ölçek 3 uzman tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek yeni bir Türkçe form oluşturulmuştur.

Uzman Görüşü

Türkçe form ve ölçeğin orijinal İngilizce formunda uzman 5 kişiye gönderilmiş ve uzmanların ölçek maddelerini 1-4 puan (1=hiç uygun değil, 2=uygun değil, 3=uygun, 4=çok uygun) aralığında değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşü sonrası maddeler gözden geçirilip, ölçeğe son hâli verilmiştir. Oluşturulan bu form daha önce ölçeği görmeyen dil uzmanı tarafından İngilizceye çevrilmiştir.

Ön Test

Türkçe ölçeğin ön uygulaması araştırmaya dâhil edilmeyen 10 hemşire ile yapılmıştır. Ön uygulamada herhangi bir olumsuz geri bildirim alınmadığı için veri toplama sürecine geçilmiştir.

Geçerlilik

Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin kapsam geçerliliği açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir.

Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği'nin faktör desenini ortaya koymak amacıyla AFA yapılmıştır. AFA yapılmadan önce, faktör analizi için verilerin yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett'in küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme olarak da dik döndürme yöntemlerinden "varimax" seçilmiştir. Faktör yük değerleri için kabul düzeyi 0,30 olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyutunda yer alan maddelerin faktör yükü karelerinin toplamı olan öz değer, ölçülecek davranış/ tutum yüzdesini göstermektedir. Öz değer arttıkça alt boyutun açıklandığı yüzde artar. Öz değer, >1 faktörlerin belirlenmesinde kullanılmıştır.¹⁸ Faktör-faktör ilişkisini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Maddelerin ve alt ölçeklerin orijinal ölçek yapısını açıklayıp açıklamadığını belirlemek için DFA yapılmıştır. Literatürde en çok raporlanan indeksler olan tahmin hatalarının ortalamasının karekökü [root mean squared error (RMSEA), $0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$], χ^2 /serbestlik derecesi ($2 \leq \chi^2/SD \leq 3$), karşılaştırmalı uyum indeksi [comparative fit index (CFI), $0,95 \leq CFI \leq 0,97$], iyilik uyum indeksi [goodness of fit index (GFI), $0,90 \leq GFI \leq 0,95$], fazlalık uyum indeksi [incremental fit index (IFI), $0,95 \leq IFI \leq 0,97$], Tucker Lewis indeksi (TLI, $0,90 \leq TLI \leq 0,95$) sonuçları verilerek modele ilişkin geçerlilik sınanmıştır.¹⁹

Güvenirlilik

İç tutarlılık tüm ölçek ve alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Pearson korelasyon analizi madde toplam puan korelasyonu analizi için kullanılmıştır.

BULGULAR

TANITICI ÖZELLİKLER

Hemşirelerin yaş ortalamasının $32,59 \pm 7,11$ (minimum: 21-maksimum: 52), %86,5'inin kadın, %57,7'sinin evli, çoğunluğunun (%81) lisans mezunu, ortalama çalışma yılının $10,13 \pm 7,27$ olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun

(%92) klinik hemşiresi olarak çalıştığı, yarısından fazlasının (%52,8) dahili kliniklerde çalıştığı, 1/3'ünden fazlasının (%39,3) ayda 7-9 nöbet tuttuğu tespit edilmiştir.

ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİK ANALİZİ SONUÇLARI

Kapsam Geçerliliği

Oluşturulan Türkçe form alanında uzman 5 kişiye gönderilmiştir. Beş uzmanın verdiği puanlar içerik analiziyle değerlendirilmiştir. Kapsam geçerlik indeksinin hesaplanmasında Lawshe tekniği kullanılmıştır.²⁰ Madde-içerik geçerlilik indeksi (M-İGİ) 0,83 ile 0,95 arasında değişmektedir ve ölçek düzeyinde içerik geçerlilik indeksi (Ö-İGİ) 0,90 olup tutarlıdır.

Yapı Geçerliliği

Faktör analizinin sonucu KMO katsayısı 0,863 ve Bartlett küresellik testi χ^2 değeri 1311,413 ve $p < 0,01$ bulunmuştur. Gerekli düzenlemeler sonrası "varimax" döndürmesi ile maddelerin 3 faktör (bilginin kalitesi, etkileşim ve destek, verimlilik) altında toplandığı belirlenmiştir. On dört maddenin oluşturduğu 3 faktörlü yapı toplam varyansın %66,54'ünü açıklamaktadır. Toplam varyansın %45,05'i "bilginin kalitesi" alt boyutu, %12,25'i "etkileşim ve destek" alt boyutu, %9,22'si "verimlilik" alt boyutu olarak açıklamaktadır (Tablo 1).

TABLO 1: Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonuçları.

Maddeler	Bilginin kalitesi alt boyutu*	Alt Boyut	
		Etkileşim ve destek alt boyutu*	Verimlilik alt boyutu*
Madde 1	0,758		
Madde 2	0,809		
Madde 3	0,818		
Madde 4	0,788		
Madde 5	0,535		
Madde 6	0,638		
Madde 7	0,453	0,508**	
Madde 8		0,870	
Madde 9		0,905	
Madde 10		0,610	
Madde 11		0,639	
Madde 12			0,864
Madde 13			0,883
Madde 14			0,620
Açıklanan varyans (%)	45,059	12,258	9,227
Açıklanan toplam varyans (%)		66,544	
Öz değer/Eigenvalue	6,308	1,716	1,282

*Döndürülmüş faktör yükleri; **Maddenin alındığı alt boyut.

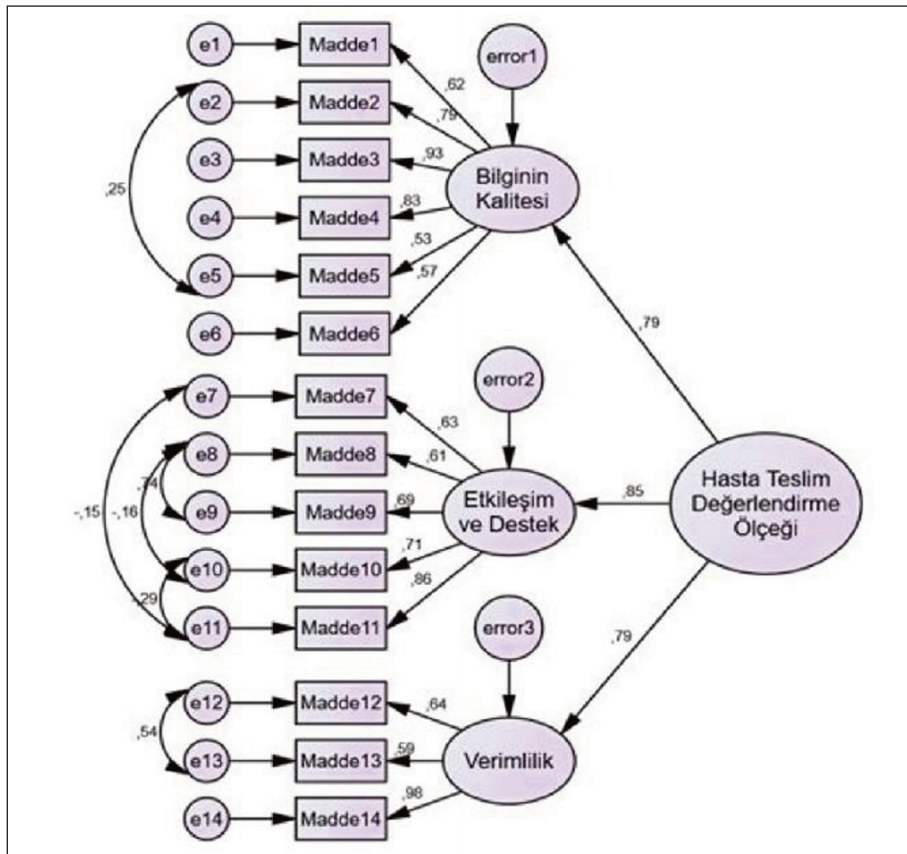
Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi AFA'ya göre ölçeğin 3 alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Faktör yükü “bilginin kalitesi” alt boyutu için 0,53-0,81, “etkileşim ve destek” alt boyutu için 0,50-0,90, “verimlilik” alt boyutu için 0,62-0,88 arasında bulunmuştur. Faktör yükü istenilen düzeyde olmayan madde bulunmamaktadır. Maddeler binişiklik açısından değerlendirildiğinde; madde 7, hem “bilginin kalitesi” alt boyutunda hem de “etkileşim ve destek” alt boyutunda binişik olarak tespit edilmiş ancak faktör yükü daha yüksek olan “etkileşim ve destek” alt boyutu içerisinde değerlendirilmiştir (Tablo 2).

AFA sonrası faktörleşmenin 3 alt boyuttan meydana geldiği bulunmuş ve yapısal eşitlik modeli (YEM) oluşturulmuştur. YEM'in iyi ve yeterli bir model olup olmadığı DFA ile test edilmiştir. DFA sonucu; elde edilen normlaştırılmış uyum indeksi [normed fit index (NFI)] değeri 0,920, TLI değeri 0,956, IFI değeri 0,968, CFI değeri 0,967, RMSEA değeri 0,061, GFI değeri 0,914, χ^2 /serbestlik derecesi ise 1,606 bulunmuştur (Tablo 2). DFA sonucunda ölçeğin, “bilginin kalitesi” alt boyutu faktör yükünün 0,53-0,93, “etkileşim ve destek” alt boyutu faktör yükünün 0,61-0,86, “verimlilik” alt boyutu faktör yükünün 0,59-0,98 arasında değiştiği belirlenmiştir (Şekil 1).

TABLE 2: Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model uyum indeksleri.

RMSEA	IFI	TLI	GFI	AGFI	CFI	NFI	CMIN	χ^2 /SD (p değeri)
0,061	0,968	0,956	0,914	0,867	0,967	0,920	109,230	1,606 (0,001)

SD: Serbestlik derecesi; RMSEA: Tahmin hatalarının ortalamasının karekökü; IFI: Fazlalık uyum indeksi; TLI: Tucker Lewis indeksi; GFI: Uyum iyiliği indeksi; AGFI: Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi; CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi; NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi.



ŞEKİL 1: Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin yapısal eşitlik modeli.

Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Hasta Teslimi Değerlendirme Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur. Cronbach alfa katsayısı "bilginin kalitesi" alt boyutu için 0,86, "etkileşim ve destek" alt boyutu için 0,83, "verimlilik" alt boyutu için 0,81 olarak belirlenmiştir. İki yarıya bölme analizi sonucunda, 1. yarının Cronbach alfa değeri 0,86, 2. yarının Cronbach alfa değeri 0,84, Spearman-Brown katsayısı 0,74, Guttman split half katsayısı 0,74 ve 2 yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0,59 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Madde-ölçek toplam puan korelasyonu 0,44-0,74 arasında bulunmuştur (Tablo 4).

TARTIŞMA

GEÇERLİLİK ANALİZİ

Ölçeğin İçerik Geçerliliği

Bu çalışmada, ölçek kapsamının geçerliliği 5 uzman tarafından değerlendirilmiş ve uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde M-İGİ ve Ö-İGİ kullanılmıştır. Literatürde, M-İGİ ve Ö-İGİ değerlerinin 0,80'in üzerinde olması durumunda uzman görüşlerinin birbiri ile uyumlu, ölçeğin madde kapsam geçerliliği açısından yeterli olduğu bildirilmektedir.^{21,22} Çalışmamızda, ölçeğin bu koşulu sağladığı görülmekte-

TABLO 3: Hasta teslimi değerlendirme ölçeği ve alt boyutların güvenilirlik analizi sonuçları.

	Toplam ölçek	Bilginin kalitesi alt boyutu	Etkileşim ve destek alt boyutu	Verimlilik alt boyutu
Cronbach α	0,89	0,86	0,83	0,81
Birinci yarı Cronbach α	0,86			
İkinci yarı Cronbach α	0,84			
Spearman-Brown	0,74			
Guttman Split-Half	0,74			
İki yarı arasında korelasyon	0,59			
Ortalama \pm SS (minimum-maksimum)	76,64 \pm 12,04 (40-98)	34,22 \pm 5,24 (17-42)	27,26 \pm 5,46 (11-25)	15,15 \pm 3,91 (7-21)

SS: Standart sapma.

TABLO 4: Hasta teslimi değerlendirme ölçeği madde-toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı.

	$\bar{X}\pm$ SS	Madde-toplam puan korelasyonu	Madde silinirse Cronbach alfa katsayısı
1. Aldığım bilgiler günceldir.	5,80 \pm 1,04	0,449	0,891
2. Hastalar hakkında yeterli bilgi aldım.	5,68 \pm 1,07	0,630	0,885
3. Bana verilen bilgileri açıklayabilirim.	5,90 \pm 1,05	0,725	0,881
4. Bana bilgi verilme yolunu takip etmek kolaydır.	5,62 \pm 1,13	0,649	0,884
5. Önemli bilgilerin bana her zaman vermediğini hissediyorum.	5,43 \pm 1,18	0,544	0,887
6. Aklımı bana verilen bilgilere odaklı tutabilirim.	5,77 \pm 1,31	0,525	0,888
7. Zor bir vardiya olduğunda diğer meslektaşlarımla görüşme fırsatı buluyorum.	5,63 \pm 1,35	0,575	0,886
8. İş yükü konularını tartışma fırsatım var.	5,14 \pm 1,52	0,544	0,888
9. Yaşadığım zorlu klinik durumları tartışma fırsatım var.	5,18 \pm 1,48	0,630	0,884
10. Hemşirelik bakımının farklı yönleri hakkında eğitim aldım.	5,34 \pm 1,51	0,562	0,887
11. Anlamadığım şeyler hakkında soru sorma fırsatım var.	5,95 \pm 1,11	0,693	0,882
12. Hasta teslimini çok zaman alıcı buluyorum.	4,71 \pm 1,83	0,550	0,890
13. Hasta teslimi sırasında hasta bakımı ile ilgili olmayan bilgiler sıklıkla verilir.	4,77 \pm 1,69	0,539	0,889
14. Hasta bilgileri zamanında verilir.	5,66 \pm 0,89	0,742	0,883

SS: Standart sapma.

dir (M-İĞİ: 0,83-0,95, Ö-İĞİ: 0,90). Bu doğrultuda, ölçeğin içerik geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir.

Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Bu çalışmada, örneklem sayısının yeterliliği KMO testi ve faktör korelasyon matrisinin uygunluğu Bartlett'in küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Literatürde yapı geçerliliği için Bartlett testi sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,05$) ve KMO değerinin en az 0,60 olması gerektiği vurgulanmaktadır.²²⁻²⁴ Bu doğrultuda, çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ölçeğin, veri tabanı ve örneklem boyutunun faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Tuna ve Dallı, 192 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışmalarında, KMO değerini 0,62 bulmuştur. Orijinal ölçekte ise O'Connell ve ark. çalışmalarında, KMO değerini 0,827 bulmuş ve Bartlett testi sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu ifade etmişlerdir.^{16,25} Bu çalışmadaki örneklem büyüklüğü ve veri setleri Tuna ve Dallı'nın çalışması ile benzerlik göstermekle birlikte elde edilen sonuçlar orijinal ölçeğin değerlerine oldukça yakındır.

Ölçeğin alt boyutlarını belirlemek amacıyla yapılan AFA sonucunda çalışmamızda ölçeğin; orijinal ölçekte olduğu gibi "bilginin kalitesi", "etkileşim ve destek" ve "verimlilik" olmak üzere 3 alt boyuttan oluştuğu görülmektedir.¹⁶ Bu 3 faktörlü yapının toplam varyansın %66,54'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Literatürde, çok faktörlü desenlerde açıklanan varyansın %50'den fazla olmasının yeterli olduğu bildirilmektedir.^{26,27} Bu çerçevede, tanımlanan bir faktörün, toplam varyansa yaptığı katkının yeterli olduğu görülmektedir. İlave olarak faktör yükleri, 0,30-0,59 arasında orta, 0,60 ve üzerinde ise yüksek olarak kabul edilmektedir.^{17,27,28} Buna göre oluşturulan faktör yapısının güçlü olduğu söylenebilir. Orijinal ölçek incelendiğinde ölçek alt boyutlarının ve toplam varyansın benzer olduğu görülmekle birlikte Tuna ve Dallı'nın yaptığı çalışmada "verimlilik" alt boyutu ile 7. madde aynı anda her 2 faktörde de yüksek faktör yüküne sahip olduğu için ölçekten çıkarılmış ve toplam varyans 10 madde üzerinden açıklanmıştır. Bu farklılığın bizim çalışmamızın RMSEA değerinin sıfır değerine daha yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde yapı geçerliliği açısından bir ölçeğin iyi uyum gösterdiği sonucuna varılabilmesi için DFA değerlerinin; χ^2 /serbestlik derecesi oranlanması için $\leq 3,00$, RMSEA değeri için 0,00'a ve CFI, GFI, TLI, NFI, IFI ve düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi [adjusted goodness of fit index (AGFI)] değerleri için ise 1,00'e yaklaşması gerektiği vurgulanmaktadır.²⁶ Bu çalışmadan elde edilen bulgular, ölçek uyumunun iyi ve kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 2). Tuna ve Dallı çalışmalarında da benzer şekilde ölçeğin hem 3 faktörlü hem de 4 faktörlü analiz sonucunda, RMSEA değerinin 0'a yakın (0,144, 0,14), CFI (0,80, 0,75), AGFI (0,69, 0,67) ve GFI (0,78, 0,74) uyum değerlerinin ise 1'e yakın olduğu görülmektedir.²⁵ Orijinal ölçekte ise O'Connell ve ark. ölçeğin RMSEA değerinin 0,08 ve CFI değerinin 0,91 olduğunu bildirmiştir.¹⁶

GÜVENİRLİK ANALİZİ

Güvenirlilik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir.²⁹⁻³¹ Ölçek güvenirliliğinin/iç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach alfa katsayısı ile yarı-test (Guttman-Split Half ve Spearman-Brown) güvenirlilik hesaplanması önerilmektedir.²⁹ Bu değerlerin mümkün olduğunca 1'e yakın olması ve 0,60'ın üzerinde olması beklenmektedir.³² İç tutarlılık değerlendirme ölçütüne göre ölçek Cronbach alfa değeri 0,80-1,00 arasında ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir.³³ Bu doğrultuda, Cronbach alfa katsayısı açısından değerlendirildiğinde, ölçeğin toplamı ve tüm alt boyutları yüksek derecede güvenilirdir (Tablo 3). Bu çalışmada elde edilen Cronbach alfa değerleri, maddelerin konuyu yeterince ölçtüğünü, maddelerin konuyla ilgili olduğunu ve ölçeğin güvenirliliğinin iyi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bu çalışmadaki ölçek orijinal yapısına benzer ve güçlü bir iç tutarlılığa sahiptir. Benzer şekilde Tuna ve Dallı'nın ölçek için yapmış olduğu güvenirlilik analizinde ve O'Connell ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da ölçeğin orijinalinin de yüksek güvenirliliğe sahip olduğu bildirilmektedir.^{16,25}

Madde-toplam korelasyonu, ölçme aracındaki her bir maddeden elde edilen puan ile toplam puan arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde-toplam korelasyonunun yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olması

ölçme aracındaki maddelerin benzer davranışları örneklemediğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir.²⁷ Madde toplam puan korelasyon katsayısı için madde puanlarının 0,40'ın üzerinde olması, ölçeğin “çok iyi” düzeyde ayırt edici ve güvenilir olduğunu göstermektedir.^{27,34} Bu çalışmada, madde-ölçek toplam puan korelasyonu katsayısının $\geq 0,44$ olduğu görülmektedir (Tablo 4). Buna göre ölçeğin madde-ölçek korelasyon katsayı değerlerinin pozitif yönde çok iyi düzeyde ayırt edici ve güvenilir olduğu söylenebilir.

SONUÇ

O’Connell ve ark. tarafından geliştirilen, 14 madde ve “bilginin kalitesi”, “etkileşim ve destek” ve “verimlilik” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşan “Hasta Teslim Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe formunun, Türk hemşirelerine uygulanabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu, konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilmesi belirlenmiştir. Ölçek yedili Likert tiptedir (1 puan=kesinlikle katılmıyorum, 2 puan=katılmıyorum, 3 puan=kısmen katılmıyorum, 4 puan=ne katılıyorum ne katılmıyorum, 5 puan=kısmen katılıyorum, 6 puan=katılıyorum, 7 puan=kesinlikle katılıyorum). Olumsuz ifade edilen maddeler (5, 12 ve 13. maddeler) ters yönde puanlanmaktadır. Değerlendirme toplam puan üzerinden yapılmakta ve ölçekten en az 14 en fazla 98 puan

alınabilmektedir. Yüksek puanlar daha olumlu algılamaları yansıtmaktadır. “Bilginin kalitesi” alt boyutu 6 maddeden oluşmakta ve 6-42 puan aralığındadır. “Etkileşim ve destek” alt boyutu 5 maddeden oluşmakta ve 5-35 puan aralığındadır. “Verimlilik” alt boyutu ise 3 maddeden oluşmakta ve 3-21 puan aralığındadır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Nihal Taşkıran, Dilek Sarı; **Tasarım:** Dilek Sarı; **Denetleme/Danışmanlık:** Dilek Sarı; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Hatice Erdem; **Analiz ve/veya Yorum:** Nihal Taşkıran; **Kaynak Taraması:** Nihal Taşkıran, Hatice Erdem; **Makalenin Yazımı:** Nihal Taşkıran, Hatice Erdem, Dilek Sarı; **Eleştirel İnceleme:** Nihal Taşkıran, Dilek Sarı; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Nihal Taşkıran, Hatice Erdem, Dilek Sarı.

KAYNAKLAR

1. AMA, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2010). The OSSIE guide to clinical handover improvement. Erişim adresi: [\[Link\]](#)
2. Alsolamy S, Al-Sabhan A, Alassim N, Sadat M, Qasim EA, Tamim H, et al. Management and outcomes of patients presenting with sepsis and septic shock to the emergency department during nursing handover: a retrospective cohort study. BMC Emerg Med. 2018;18(1):3. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
3. Aase K, Soeyland E, Hansen BS. A standardized patient handover process: Perceptions and functioning. Safety Science Monitor. 2011; 15(2):1-9. [\[Link\]](#)
4. Lee J, Mast M, Humbert J, Bagnardi M, Richards S. Teaching handoff communication to nursing students: a teaching intervention and lessons learned. Nurse Educ. 2016; 41(4):189-93. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
5. Toeima E, Morris E. Improving patients' handover. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2013;23(7):221-3. [\[Crossref\]](#)
6. O’Connell B, Macdonald K, Kelly C. Nursing handover: it's time for a change. Contemp Nurse. 2008;30(1):2-11. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
7. Staggers N, Jennings BM. The content and context of change of shift report on medical and surgical units. J Nurs Adm. 2009;39(9): 393-8. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
8. Demir S, Şahin NH. Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: kullanılan iletişim teknikleri [Patient handoff in perinatal patient safety: Communication techniques used]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014;11(3):32-7. [\[Link\]](#)
9. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. Curr Opin Crit Care. 2007;13(6):732-6. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
10. Moore SM. The European HANDOVER project: the role of nursing. BMJ Qual Saf. 2012; 21 Suppl 1:i6-8. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
11. Çevik B, Kav S, Uğurlu Z, Doğan N, Karakurt Ç, Erdoğan B. Hemşirelerin hasta teslimine ilişkin görüşleri [Nurses' views on patient handover]. Türk Hemşireler Derneği Dergisi. 2020; 1(1):39-52. [\[Link\]](#)

12. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nurs Outlook*. 2010; 58(3):148-54. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
13. Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual*. 2009;24(3):196-204. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
14. Wheeler KK. Effective handoff communication. *OR Nurse*. 2014;8(1):22-6. [[Crossref](#)]
15. O'Connell B, Penney W. Challenging the handover ritual. Recommendations for research and practice. *Collegian*. 2001;8(3):14-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
16. O'Connell B, Ockerby C, Hawkins M. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *J Clin Nurs*. 2014;23(3-4):560-70. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
17. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları". 3. Baskı. Ankara: Mustafa Kitabevi; 2005. p.197. [[Link](#)]
18. Hooper D, Coughlan J, Michael R, Mullen MR. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*. 2008;6(1):53-60. [[Link](#)]
19. Kline RB. Specification and identification of confirmatory factor analysis models. In: Little TD, ed. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 2nd ed. New York: Guilford; 2005. p.188-206. [[Link](#)]
20. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28(4):563-75. [[Crossref](#)]
21. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
22. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
23. DeVellis RF. Scale development, theory and applications. In: Leonard Bickman, Rog DJ, eds. *Applied Social Research Methods*. 3rd ed. India: SAGE Publication Inc; 2012. p.12-205.
24. Jonhson B, Christensen L. Validity of research results in quantitative, qualitative, and mixed research. *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. 6th ed. California: SAGE Publication Inc; 2014. p.250-77. [[Link](#)]
25. Tuna R, Dalli B. The Turkish version of the Handover Evaluation Scale: A validity and reliability study. *International Journal of Nursing Practice*. 2019;25(6):1-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
26. Leech LN, Barrett CK, Morgan AG. Several measures of reliability. *SPSS for Intermediate Statistics Use and Interpretation*. 2nd ed. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2008. p.53-68. [[Link](#)]
27. Büyükköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum. 27. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2017. p.156. [[Crossref](#)]
28. Şencan H. Güvenilirlik ve korelasyon analizi. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. p.867. [[Link](#)]
29. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik [Reliability and validity in the scales]. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-6. [[Link](#)]
30. Nunnally JC, Bernstein IH. Validity. In: Jane Vaicunes, Belser JR, eds. *Psychometric Theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p.83-108. [[Link](#)]
31. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler [Basic principles of scale development]. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;13(40):39-49. [[Crossref](#)]
32. Çam MO, Baysan-Arabacı L. Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar [Qualitative and quantitative steps on attitude scale construction]. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2010;12(2):59-71. [[Link](#)]
33. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi Çok Değişkenli Analizler. 2. Baskı. Eskişehir: Nisan Kitabevi; 2004. p.252. [[Link](#)]
34. Büyükköztürk Ş, Akgün ÖE, Demirel F, Karadeniz Ş, Çakmak EK. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 28. Baskı. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2020. p.78-380. [[Link](#)]