T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

İŞ BAŞI EĞİTİMLERİNİN HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bircan KARA

DANIŞMAN
Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Programı

Mart, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Bircan KARA tarafından, **Doç. Dr. Betül SÖNMEZ** danışmanlığında hazırlanan **"İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **23/03/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Betül SÖNMEZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ülkü BAYKAL İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Handan ALAN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Semanur KUMRAL ÖZÇELİK Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Bircan KARA

(İmza)

06.02.2023 tarihinde saat 04:17’ de Hatay’da gerçekleşen depremde hayatını kaybedenlere ve bütün depremzedelere,

İthaf ediyorum.

BÜTÇE DESTEKLERİ

İŞ BAŞI EĞİTİMLERİNİN HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin sürecinde ve tez çalışmamın her aşamasında, ayrıca meslek hayatım boyunca bilgi ve tecrübesiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiren benden rehberliğini ve samimiyetini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Eğitim ve meslek hayatımın her aşamasında gerek liderliği gerek mesleki duruşları ile her zaman örnek aldığım ve bana değer katan sayın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM ve Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Doktora eğitmi ders dönemi sırasında bize rehberlik eden anabilim dalının öğretim üyesi Doç. Dr. Handan ALAN'a,

Uzman görüşlerini aldığım değerli öğretim üyesi ve kalite çalışanı meslektaşlarıma,

Doktora tez çalışmamı yürüttüğüm ve çalışmamı yürütmemde bana destek olan kurum çalışanlarına,

Veri toplama sürecinde bana destek olan değerli meslektaşım Hemşire Ömer PALA'ya

Tezimin istatistik ve analizinde benden yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Emre YAŞAR'a,

Zorlu tez sürecinde her zaman beni motive eden, toparlayan ve sonsuz sabrı ile benim yanımda olan değerli hocam ve abim Doç. Dr. Necati ÖZPINAR'a,

Bu süreçte varlığını yanımda hissettiğim değerli arkadaşlarım Öğr. Gör. Canberk AKDENİZ ve Araş. Gör. İbrahim KAVASLAR'a,

Her zaman en büyük destekçim olan ve bu süreçte her zaman yanımda olduğunu hissettiğim beni yalnız bırakmayan canım eşim Senem GÜNEŞ KARA'ya,

Eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen annem, babama ve kardeşim Sercan KARA, ablalarım Deniz Özlem KARA SEZGİN ve Pınar KARA DEMİR'e

Sonsuz Saygı ve Teşekkürlerimi sunarım.

Mart 2023 **Bircan KARA**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **iv**
TEŞEKKÜR ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **x**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xiii**
ÖZET ..... **xiv**
ABSTRACT ..... **xvi**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **5**
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN TANIMI 5
2.2. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ VE KALİTE 6
2.3. HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE KAVRAMI **7**
2.4. HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİ 9
2.4.1. Hasta Düşme Oranları 9
2.4.2. Bası Yarası Oranları 10
2.4.3. Ağrı Yönetimi 11
2.4.4. Periferik Venöz Katater (PVK) Komplikasyon Oranları 12
2.4.5. İstenmeyen Olay Bildirimi (Güvenlik Raporlama) 13
2.5. HEMŞİRELİKTE HİZMET İÇİ EĞİTİM YÖNTEMLERİ 15
2.5.1. Anlatım Sunum Yöntemi 15
2.5.2. Simülasyon Yöntemi 16
2.5.3. Rol Play Yöntemi 17
2.5.4. Tartışma Yöntemi 18
2.5.5. İş Başı (Toolbox) Eğitimleri 19
3. YÖNTEM **21**

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI TÜRÜ VE TASARIMI 21
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ 24
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 24
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 24
3.5. ÇALIŞMANIN POST-HOC GÜÇ ANALİZİ 25
3.6. ARAŞTIRMA SÜRECİ 27
3.6.1. Eğitim Öncesi Aşama 28
3.6.2. Eğitim Aşaması 28
3.6.3. Eğitim Sonrası Sonuçların İzlenmesi 29
3.7. VERİLERİ TOPLAMA ARAÇLARI 29
3.7.1. Hemşire Bilgi Formu 29
3.7.2. Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Bilgi Formu (Ön Test-Son Test) 30
3.7.3. Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri 30
3.7.4. Birim Kalite Göstergeleri İzlem Formu 33
3.7.5. İş Başı (Toolbox) Eğitimlerini Değerlendirme Formu 34
3.8. VERİ ANALİZİ 34
3.9. ETİK KONULAR 35
3.10 SINIRLILIKLAR 35
4. BULGULAR 36
4.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 36
4.2. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN ÖN TEST SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR 38
4.3. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN SON TEST SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR 39
4.4. GÖZLEMCİLERİN İZLEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 43
4.5. BİRİM KALİTE GÖSTERGELERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRMALARA İLİŞKİN BULGULAR 51
4.6. İŞ BAŞI EĞİTİMLERİ DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR 54
5. TARTIŞMA 55
5.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDA YER ALAN HEMŞİRELERİN EĞİTİM ÖNCESİ ÖN TEST VE EĞİTİM SONRASI SON TEST SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI 55

5.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNA YER ALAN HEMŞİRELERE YAPILAN EĞİTİM ÖNCESİ BİRİNCİ İZLEM VE EĞİTİM SONRASI İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ İZLEMLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI. 59

5.3. DENEY VE KONTROL GRUBUNDA YER HEMŞİRELERİN ÇALIŞTIKLARI SERVİSLERDEKİ EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASINDA BİRİM KALİTE GÖSTERGELERİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI..... 62

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 65

KAYNAKLAR.....67

EKLER 90

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 109

ETİK KURUL İZİN YAZISI 110

KURUM İZNİ YAZILARI.....111

ÖZGEÇMİŞ 112

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3. 1: Araştırma tasarımı 22

Şekil 3. 2: CONSORT rehberine göre akış diyagramı. 23

Şekil 4 1: Zamana bağlı olarak deney ve kontrol gruplarındaki puanların değişimi..... 42

Şekil 4 2:Birinci gözlemcinin zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubu izlem puanlarındaki değişim 48

Şekil 4 3:İkinci gözlemcinin zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubu izlem puanları 51

Şekil 4 4: Zamana bağlı olarak gruplardaki kalite gösterge değerlerinin değişim grafikleri .. 53

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3 1: Kuraya dahil edilen servisler ve hemşire sayısı. 25

Tablo 3 2:Kura sonucunda belirlenen servisler ve hemşire sayısı..... 25

Tablo 3 3:Tez çalışma planı..... 27

Tablo 3 4:Hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri uygulama kontrol listelerine ilişkin uzman değerlendirmeleri ve kapsam geçerliği indeksi puanları. 31

Tablo 3 5:Gözlemcilerin izlem değerlerinin karşılaştırılması 32

Tablo 3 6: Sınıf içi korelasyon katsayısı değerleri 32

Tablo 4 1:Deney ve kontrol gruplarında yer alan hemşirelerin özellikleri (N=77) 36

Tablo 4 2:Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin eğitim alma durumları 37

Tablo 4 3:Deney ve kontrol gruplarının ön test sonuçları (N=77) 38

Tablo 4 4: Deney ve kontrol gruplarının son test sonuçları 39

Tablo 4 5:Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test puanlarının puan türlerine göre karşılaştırılması 40

Tablo 4 6:Tekrarlı ölçümlerde mix anova sonuçları 41

Tablo 4 7: Gözlemcilerin deney ve kontrol grupları izlem sonuçlarının karşılaştırılması 43

Tablo 4 8: Birinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının karşılaştırılması ... 44

Tablo 4 9: Birinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının ikili karşılaştırılması 45

Tablo 4 10: Birinci gözlemcinin tekrarlı izlemlerine ilişkin mix ANOVA sonuçları 46

Tablo 4 11: İkinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının karşılaştırılması... 48

Tablo 4 12: İkinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının ikili karşılaştırılması 49

Tablo 4 13: İkinci gözlemcinin tekrarlı izlemlerine ilişkin mix ANOVA sonuçları..... 50

Tablo 4 14:Birim kalite göstergelerine göre deney ve kontrol grubunda tekrarlı ölçümlerde mix ANOVA sonuçları 52

Tablo 4 15: İş başı eğitimi değerlendirme maddelerine ilişkin bulgular 54

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
KHGS	: Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği
PVK	: Periferik Venöz Katater
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
ANA	: American Nurses Association

ÖZET

DOKTORA TEZİ

İŞ BAŞI EĞİTİMLERİNİN HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bircan KARA

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Programı

Danışman : Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Bu çalışma, randomize kontrollü, ön test, son test, deney ve kontrol gruplu tasarımda, iş başı eğitimlerinin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri (ağrı yönetimi, bası yarası, hasta düşmesi, periferik venöz kateter komplikasyonu ve istenmeyen olay bildirimi) üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini, Hatay'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin yataklı tedavi servislerinde (yoğun bakım üniteleri hariç) çalışan hemşireler oluşturdu. Randomizasyon ile belirlenen deney ve kontrol grubu servislerinde çalışan toplam 77 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturdu (deney grubu: 38 hemşire, kontrol grubu: 39 hemşire). Veriler, Hemşire Bilgi Formu, Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Bilgi Formu (Ön Test- Son Test), Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri, Birim Kalite Göstergeleri İzlem Formu, İş Başı Eğitimlerini Değerlendirme Formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, puanların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, bağımlı örneklem t testi ve üç izlem puanının kendi içinde karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçları kullanıldı.

Araştırmada, deney grubunda yer alan hemşirelerin yaş ortalamasının 31,81±6,33 olduğu, %81,6'sının kadın, %73,7'sinin lisans mezunu olduğu, %76,3'ünün evli olduğu saptandı. Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin yaş ortalamasının 30,77± 5,69 olduğu, %76,9' unun kadın, %87,2' sinin lisans mezunu, %64,1'inin evli, %41'nin mesleki deneyiminin 1-5 yıl arasında olduğu belirlendi. İş başı eğitiminin verildiği deney grubunda yer alan hemşirelerin düşme, bası yarası, ağrı yönetimi, periferik venöz kateter ve istenmeyen olay bildirimi ön test ve son test puanları arasında anlamlı farklılık saptandı. İş başı eğitimi alan bütün hemşirelerde uygulama puanlarının her iki gözlemci bulgularına göre anlamlı olarak farklılaştığı, genel olarak ikinci izlemde birinci izleme göre yükseldiği fakat üçüncü izlemde uygulama puanlarının düştüğü saptandı. Birim kalite göstergelerine göre değerlendirildiğinde, iş başı eğitimi almış olan hemşirelerin çalıştıkları servislerde hasta düşme oranlarının ortalamasının sırasıyla 4,04'ten 2,32'ye ve 1,95'e düştüğü, bası yarası oranlarının, 1. izlemde ortalama 4,48, 2. izlemde 2,69 ve 3. izlemde 2,45'e gerilediği saptandı. Ağrı yönetimi doğru yapılan hasta sayısı ortalamasının 37,82'den 71,61'e yükseldiği fakat 3. izlemde 69,07'ye gerilediği saptandı. Periferik venöz kateter komplikasyonu gelişen hasta oranlarına incelendiğinde, 1. izlemde 26,79, 2. izlemde 16,46 3. izlemde 15,42'ye düştüğü görüldü.

Sonuç olarak, iş başı eğitimlerinin hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine ilişkin bilgi düzeyini arttırdığı, uygulamalarını geliştirdiği ve birim kalite göstergelerini iyileştirdiği belirlendi. Bu çalışma sonucuna göre hemşirelere verilen iş başı eğitimlerinin etkili bir yöntem olduğu ve hizmet içi eğitimlerde kullanılması önerilmektedir.

Mart 2023 , 129 sayfa.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri, İş Başı Eğitimleri, Kalite Göstergeleri, Hastane

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF TOOLBOX TRAININGS ON NURSING SENSITIVE QUALITY INDICATORS

Bircan KARA

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Management in Nursing

Program of Management in Nursing

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Betül SÖNMEZ

This study was carried out to determine the effect of toolbox training on nursing-sensitive quality indicators (pain management, pressure sores, patient falls, peripheral venous catheter complications and adverse event reporting) in a randomized controlled, pre-test, post-test, experimental and control group design. The population of the study consisted of nurses working in the inpatient services (except the intensive care units) of a training and research hospital in Hatay. A total of 77 nurses working in the experimental and control group services determined by randomization constituted the sample of the research (experimental group: 38 nurses, control group: 39 nurses). Data were collected with Nurse Information Form, Nursing Sensitive Quality Indicators Application Information Form (Pre-Test-Post-Test), Nursing Sensitive Quality Indicators Application Checklists, Unit Quality Indicators Follow-up Form, and Toolbox Training Evaluation Form. Descriptive statistical methods were used in the evaluation of the data, independent sample t-test, dependent sample t-test were used to compare the scores, and analysis of variance results were used in repeated measurements for the comparison of the three follow-up scores.

In the study, it was determined that the mean age of the nurses in the experimental group was 31.81±6.33, 81.6% were women, 73.7% were undergraduates, and 76.3% were married. The mean age of the nurses in the control group was 30.77± 5.69, 76.9% were female, 87.2% had a bachelor's degree, 64.1% were married, 41% had 1-5 between the years was determined. A significant difference was found between the pre-test and post-test scores of the nurses in the experimental group, in which toolbox training was given, in the fall, pressure sore, pain management, peripheral venous catheter, and adverse event reporting. It was determined that the practice scores of all nurses who received toolbox training differed significantly according to the findings of both observers, generally increased in the second follow-up compared to the first follow-up, but decreased in the third follow-up. When evaluated according to the unit quality indicators, the average of patient drop-out rates in the wards where nurses with toolbox training work decreased from 4.04 to 2.32 and 1.95, respectively. It was found to decrease to 2.69 in the 1st follow-up and to 2.45 in the 3rd follow-up. It was found that the mean number of patients with correct pain management increased from 37.82 to 71.61, but decreased to 69.07 in the third follow-up. When the rates of patients who developed peripheral venous catheter complications were analyzed, it was found that it decreased to 26.79 in the 1st follow-up, 16.46 in the 2nd follow-up, and 15.42 in the 3rd follow-up.

As a result, it was determined that toolbox training increased the knowledge level of nurses about nursing-sensitive quality indicators, improved their practices and improved unit quality indicators. According to the results of this study, it is suggested that toolbox training given to nurses is an effective method and should be used in in-service training

March 2023, 129. pages.

Keywords: Nurse, Nursing Sensitive Quality Indicators, Toolbox Training, Quality Outcame

1. GİRİŞ

Sürekli gelişen ve teknoloji kullanımının yaygınlaştığı günümüz sağlık hizmetlerinde öne çıkan konulardan birisi hastalara kaliteli tedavi ve bakım hizmetinin sağlanmasıdır (Sezgin, 2007). Kaliteli sağlık hizmeti, hastaya verilen zararın önlenmesi ve bunun için çalışanlar tarafından alınan önlemlerin hepsini kapsamakla beraber hasta ve hasta yakınlarının hizmet beklentilerinin aşılmasını ifade eder (Sur ve diğ., 2013; Karaca ve Arslan, 2014). Hemşireler, sağlık hizmeti sunan tüm birimlerde ve tedavi sürecinde etkin rol alarak tedavi hizmetlerinin kalitesini etkilemektedir (Yılmaz, 2001; Bayer ve Parıltı, 2016). Hasta bakımı sırasında kaliteli hizmet sağlanmasına yönelik yapılan uygulamaların çoğu hemşirelik bakım sürecinin içinde olup bu uygulamaların kalite göstergelerini doğrudan etkilediği bilinmektedir (Alptekin ve diğ., 2016). Hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından "hemşirelik bakımını yansıtan göstergeler veya hemşirelik bakımından en çok etkilenen sonuçlar" olarak tanımlamaktadır (Heslop ve diğ., 2014) syf.3). Hemşireliğe duyarlı kavramı, hemşirenin uygulamalarının sonuca katkısının daha fazla olduğunu ve sonuçları görünür şekilde etkilediğini belirtmekte, ancak incelenen hasta sonucundan hemşirelerin ve hemşirelik bakımının tamamen sorumlu olduğunu ifade etmemektedir (Sim ve diğ., 2018). Hemşireliğe duyarlı göstergeler, organizasyonun verimliliğini ve performansını, hemşirelik bakımının etkinliğini ve maliyetini değerlendirmekte kullanılmaktadır(Aydin ve diğ., 2004; Doran ve diğ., 2011). Son yıllarda finansmanı dikkate alan bakım uygulamalarına yönelik, hasta sonuçlarını iyileştirmek için hemşirelik bakımının ölçülmesi gerektiği belirtilmekte ve hemşirelik bakım kalitesini ve hastanelerin kurumsal performanslarını iyileştirmek için kalite standartlarından yararlanılması önerilmektedir (Brown ve diğ., 2010; Patrician ve diğ., 2010; Doran ve diğ., 2011).

ANA tarafından oluşturulan Hemşirelik Kalite Göstergeleri Ulusal Veritabanı'nda bu göstergeler, Donabedian'ın kalite modeli kapsamında yapı, süreç ve sonuç göstergeleri olarak gruplandırılmaktadır (Manojlovich, 2007). Bu modele göre yapı öğeleri, hemşirelik hizmetlerinin verildiği kurumun fizik yapısı, araç gereçler, felsefi amaçlar, örgütsel özellikler, insan gücü beceri düzeyi ve eğitimi/sertifikası gibi faaliyetlerin yönetimini içermektedir. Belirlenen standartlar asgari beklentileri ya da hizmet düzeylerini gösterme eğilimindedir. Bir

hastaya ayrılan günlük hemşirelik bakım süresi yapıyı değerlendirmek için bir gösterge olarak kullanılabilmektedir (Sevil ve Yanıkkerem, 2004). Süreç öğeleri, hemşirelik bakımı veren hemşirenin yerine getirdiği tüm aktivitelerdir (vaka sunumları, hasta görüşmeleri, hemşirelik kayıtları ve aile eğitimleri vb.). Bu doğrultuda, süreç öğeleri, hasta/birey tanılama, girişimler gibi hemşirelik bakımı özelliklerine ilişkin göstergeler ile değerlendirilebilmektedir. Sonuç öğeleri ise hemşirelik girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerine odaklanır (hemşirelik kayıtları ve istatistiksel veriler vb.). Hasta sonuçları, hemşirelik bakımının niceliği ve niteliğinden etkilenen sonuçlar olarak da tanımlanmaktadır. Bazı göstergeler ise hem süreci hem de sonucu değerlendirmek için kullanılabilmektedir. Örneğin, hasta düşmeleri ve düşmelere bağlı yaralanmalar, basınç ülserleri ve hemşire devir hızları süreç ve sonuç göstergesi olarak tanımlanmıştır (Manojlovich, 2007). Bir hemşirelik girişimi sonrasında hastanın durumunda beklenen değişiklik bir sonuç göstergesi olmasıyla beraber hemşireliğe duyarlı kalite göstergesi olarak ta tanımlanabilir (Uyer ve diğ., 2016; Okumuş, 2003; Oner ve diğ., 2021), Heslop ve Lu (2014)'nun kavram analizi çalışmasında hemşireliğe duyarlı göstergeler, sağlık hizmetleri ile ilgili yapı (hemşire kadrolama ve günlük hasta başına ayrılan bakım süresi vb.) ve hasta bakımı ile ilgili sonuç göstergeleri (basınç ülserleri, nazokomiyal enfeksiyonlar, düşme ve düşme ilişkili yaralanmalar, hasta/ailesinin hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyet vb.) olmak üzere iki temel boyutta ele alınmıştır. Bazı hasta sonuçları ise daha çok tıbbi kararlar ve kurum politikaları gibi kurumsal bakımın diğer özellikleri ile ilgili olduğu için "hemşireliğe duyarlı" olarak tanımlanmamaktadır (Heslop ve diğ., 2014). Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, ölüm oranı, (kurtarma olanağı varken) kurtarılamama, hasta düşmeleri, basınç ülseri, ilaç uygulama hataları, hastanede kalış süresi, hasta memnuniyeti ve hemşire memnuniyeti gibi birçok öğe hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri arasında yer almaktadır (Lankshear ve diğ., 2005; Burston ve diğ., 2014; Oner ve diğ., 2021). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından kalite ve akreditasyon uygulamaları çerçevesinde yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane Versiyon 6 (2020)'nın Gösterge Yönetimi boyutunda yer alan hasta düşmeleri, basınç ülserleri, oral mukozit vb. göstergeler hasta bakımı ile doğrudan ilişkilidir. Bu göstergelerin yanında eğitim yönetimi boyutunda ise belirtilen göstergelere yönelik eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin sonuçlarının izlenmesi gerektiğine değinilmektedir (SKS-Hastane V6, 2020). Hasta güvenliğine ilişkin yapılan çalışmalara göre, çalışanlara verilen eğitimin hasta güvenliğine ilişkin göstergeler üzerinde etkili olabileceği söylenebilir (Dursun ve diğ., 2010; Özdemir ve Şahin, 2015; Rızalar ve diğ., 2016). Hasta güvenliği konusunda eğitim alanların, eğitim almayanlara göre istenmeyen olay

bildirimlerini daha çok önemsediği, aynı zamanda eğitim alanların hasta güvenliği algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Rızalar ve diğ., 2016). Bu nedenle, kurumlarda eğitim yolu ile bir kalite kültürü oluşturulabileceği ve kalite göstergelerini doğrudan etkilenebileceği belirtilmektedir (Çırpı ve diğ., 2009)

Hemşireliğe duyarlı göstergeler ile ilgili yapılan çalışmalarda, süpervizör desteğinin ve süpervizör tarafından verilen eğitim ve mentörlüğün (Driscoll ve diğ., 2018), hemşirelerin eğitim düzeyinin ve hemşirelere verilen hizmet içi eğitimlerin (Charalambous ve diğ., 2016), bakımın lisans mezunu hemşireler tarafından verilmesinin (Chau ve diğ., 2015; Myers ve diğ., 2018), takım çalışmasının ve hemşirelerin kalite ile ilgili eğitim almış olmasının (Aiken ve diğ., 2011) hasta düşmeleri ve basınç ülseri oranlarını azalttığı belirlenmiştir. Yapılan meta analizde de (Dynan ve Smith, 2022), verilen sürekli hizmet içi eğitimin hasta güvenliğine ilişkin hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerini etkilediği belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda hasta güvenliği uygulamaları ihlallerinin hasta yatış süresinde uzama ve hastada ölüm dahil birçok olumsuz riske neden olduğu bildirilmektedir (Maimaitireyimu ve Arslanoğlu, 2019). Bu bağlamda çalışanların eğitilmesi ve bilgilerinin sürekli geliştirilmesinin gerekli olduğu, verilen eğitimin etkinliğinin ve en etkili yöntemin belirlenmesine ilişkin öneriler de bulunmaktadır (Amiri ve diğ., 2018). Bununla birlikte, hemşirelik eğitimini geliştirmek için çeşitli öğretim stratejileri kullanılması gerektiği ve bunun yanında hemşirelik insan gücünün eğitim aktivitelerine katılımı ile iş memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Sung ve diğ., 2005). Türkmen ve diğ. (2011), kalite uygulamaları konusunda hemşirelere yönelik hizmet içi eğitimlerin yaygınlaştırılmasını ve tekdüze toplu eğitim yöntemlerinden farklı eğitim yöntemlerinin de kullanılması gerektiğini önermektedir (Türkmen ve diğ., 2011). Kanber ve Gürlek (2011)'in çalışmasında hemşirelerin %62,5'i aldıkları hizmet içi eğitimlerin gereksinimleri karşılamadığını, %48'i hizmet içi eğitimlerin sınıf veya salonlarda değil servislerde yapılması gerektiğini belirtmiş ve hemşirelerin %73'ü düzenli olarak hizmet içi eğitimlere katılmadığını, eğitimlere zaman buldukça katıldıklarını belirtmişlerdir (Kanber ve Gürlek, 2011). Atay ve diğ. (2009)'nın yaptığı araştırmada hemşirelerin %69'u hizmet içi eğitime gereksinim duyduğunu, %56'sı verilen hizmet içi eğitimin beklentilerini bazen karşıladığını, %54,4'ü ise hizmet içi eğitimlerde en büyük sorunun zaman yetersizliği olduğunu belirtmiştir (Atay ve diğ., 2009). Bu doğrultuda, farklı bir eğitim yöntemi olarak uygulanan iş başı (toolbox) eğitimi, iş başı konuşmaları (toolbox talks) veya iş başı toplantıları (toolbox meeting) olarak adlandırılan eğitimler, kısa, öz ve karmaşık olmadan iş başında konunun özüne inerek kısa sürede yapılması gereken

uygulamalar hakkında verilen kısa eğitimlerdir. İş başı eğitimleri, çoğunlukla iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına ilişkin eğitimlerde kullanılmaktadır (Olson ve diğ., 2016). İş başı eğitimleri, iki ayrı başlık altında değerlendirilmektedir. Birincisi işin yapılması, metot, kullanılacak ekipman ve üretim malzemesinin özelliklerinin ele alındığı üretim esaslı gereklilikler ve talimatlardır. İkincisi ise bu görevin yapılması sırasında öngörülen tehlikeler ve bunların oluşturduğu riskler ile genel olarak o işyerinin özelliklerinin de ele alındığı bir çalışma bütünüdür. İş başı (toolbox) eğitimi, işi tarif eden, nasıl yapacaklarını anlatan, mesleki tanımlar üzerine bir konferans değil, hem çalışanın hem yapılacak işin ve dolayısıyla işverenin ve işyerinin düzenini koruyan, sürekliliğini sağlayacak temel unsurların anlatıldığı bir ayaküstü etkili bir konuşma ve bilgilendirmedir (Eggerth ve diğ., 2018). İş başı (toolbox) eğitimlerinin, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarında etkili olduğu belirlenmiştir (Cavazza ve Serpe, 2010). Harvard Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Departmanı, toolbox eğitimlerinin küçük gruplarda, çalışanları özel bir yere toplamadan uygulama alanında (iş başında) verilmesi, maksimum 15 dakika sürmesi gerektiğini, çalışanların yapmaları gereken uygulamaları kısa, öz ve net bir şekilde belirtip önemli bilgilerin tek sayfalık bir materyalde özetlenmesi gerektiğini belirtmektedir (Burke ve diğ., 2006). İş başı eğitimi yöntemini kullanarak yapılan çalışmalarda bu eğitim yönteminin etkili olduğu görülmüştür. İnşaat şirketlerinin iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını inceleyen bir çalışmada, çalışmaya katılan şirketlerin %63'ünün bu eğitim yöntemini kullanarak işçilere gereken güvenlik eğitimlerini verdiği, bu eğitim yönteminin yararlı olduğu ve şantiye alanlarında güvenliği arttırdığı saptanmıştır (Broderick ve Murphy, 2001). Eggerth ve diğ. (2018) iş başı eğitimlerinin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, iş başı eğitimine katılan işçilerin iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin farkındalıklarının geliştiği ve bilgilerinde artış olduğunu, aynı zamanda uygulamada daha etkili sonuçların ortaya çıktığını saptamıştır (Eggerth ve diğ., 2018). İş başı eğitimlerine katılanların %60'ının bu eğitim yöntemini olumlu buldukları (Olson ve diğ., 2016) ve bu eğitimlerin geleneksel toplu eğitime göre daha etkili olduğu saptanmıştır (Burke ve diğ., 2006). İş başı eğitimlerinin özellikle iş yükünün fazla olduğu sektörlerde kullanılabileceği belirtilmektedir (Bizzell, 2008). Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, sağlık sektöründe iş başı eğitimlerinin kullanıldığı bir çalışma sonucuna ulaşılamamıştır. Hemşirelerin eğitiminde konferans, doğala en yakın simülasyon, kavram haritalama, online eğitim, oyunlar, rol yapma, yapboz tekniği, vaka çalışması, tartışma ve probleme dayalı öğrenme gibi yöntemlerin kullanılması önerilmekte, bununla birlikte yeni stratejilerin geliştirilmesi gerektiği de belirtilmektedir (Xu, 2016).

Bu bağlamda, zaman sorunu oluşturmadan daha kısa ve etkili, dinleyicileri sıkmayan ve kalıcı olan yeni eğitim yöntemlerinin kullanılmasının istendik hedeflere ulaşmada daha etkili olacağı öngörülmektedir. Bu tez çalışmasında, randomize kontrollü, ön test son test, deney ve kontrol gruplu araştırma tasarımı ile hemşirelere çalışma ortamlarında iş başı (toolbox) eğitimleri yapılarak bu eğitimlerin ağrı yönetimi, bası yarası, hasta düşmesi, periferik venöz kateter (PVK) komplikasyonu ve istenmeyen olay bildirimi gibi hemşirelik duyarlı kalite göstergeleri üzerine etkisi incelenmiştir. Bu çalışma ile iş başı eğitimlerinin iş yükünün fazla olduğu sağlık sektöründe, hemşireler örnekleminde kullanılarak ve bu eğitim yönteminin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri üzerinde etkili olup olmadığı belirlenerek literatüre ve uygulamaya katkı sağlamak hedeflenmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Kalite, Latince kökenli bir kelime olup “qualites” olarak kullanılmaya başlanmıştır. “Qualis” sözlüğü Latincede “nasıl oluştuğu” anlamına gelmektedir. Bu anlamdan yola çıkarak kalite, herhangi bir hizmet veya ürün için nasıl, ne şekilde ve ne için oluşturulduğunu belirlemede kullanılır (Biçimli, 2013). Zaman içinde kalite, değişen, gelişen herhangi bir ürün veya hizmetin ona benzer hizmet veya ürünlerle kıyaslandığında, onun farkını, uygunluğunu ve o ürün veya hizmetin beklentiyi ne kadar karşıladığını ifade etmek için kullanılmıştır (Yanmaz, 2006).

Kalite kavramı birçok tanım ile karşımıza çıkabilmekte ve bu kavramla ilgili yapılan en kapsamlı tanım, bir ürün veya hizmetten beklentileri karşılamak hatta bu beklentileri aşması olarak ifade edilmektedir (Coskun ve Gulhan, 2017). Bir ürün ya da hizmetin nicel varlığından daha çok nitelik kısmının ihtiyacı karşılama derecesi olarak da tanımlanabilmektedir (Øvretveit ve Al Serouri, 2006). Sağlıkta hizmetlerinde kalite kavramı dünyada ilk kez kamu sağlık harcamalarını verimli kullanmak ve sağlık hizmetleri sunum kalitesinin arttırılması için neoliberal politikalar doğrultusunda ortaya atılmıştır (Oksay, 2016). Neoliberal politikalar ile birlikte kalite; diğer bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de uygulamaya konmuş ve bununla ilgili ilk adımlar atılmaya başlanmıştır (Alptekin ve diğ., 2016; Kayral, 2018). Bu adımlardan sonra sağlıkta kalite kavramı

çalışmaları hız kazanmış ve Avedis Donabedian, ABD Tıp Enstitüsü ve Amerikan Tabipler Birliği tarafından gerçekleştirilen çalışmalar ülkelerin sağlık politikalarını etkilemiştir (Tamer ve Çetinkaya, 2018). Günümüz toplumsal beklentileri doğrultusunda artık ülkelerin gelişmişlik düzeyi sundukları sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ölçülmektedir (Aygar ve Önsüz, 2017). Bu durum da sağlıkta kalite standartlarının ve sağlıkta kalite kavramının ülkelerin sağlık politikası gündeminde yer edinmesine neden olmuş, ülkelerin sağlık hizmetlerinde sürekli bir iyileşme ve gelişmeyi zorunlu hale getirmiştir (Palteki ve Sur, 2013).

2.2. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetlerinde kalite, bireylerin yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir. Ülkeler kendi vatandaşlarının yaşam kalitesini yükselttikçe gelişmişlik düzeylerinin artacağını düşünmekte uluslar arası normlar da bu tezi savunmaktadır. Bu bağlamda, ülkelerin sunduğu sağlık hizmeti kalitesinin ülkelerin gelişmişlik düzeylerini doğrudan etkilediği öne sürülmektedir (Oksay, 2016).

Donabedian (1988), kaliteyi beklenen hizmet kalitesinin algılanan hizmet kalitesini aşması olarak tanımlamıştır. Diğer bir deyişle, hizmet beklentisinin aşılması fikrini savunmuştur. Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalite yapı, süreç ve sonuç boyutlarından etkilenmektedir. Bu boyutları etkileyen çıktılar veya göstergelerin olduğunu savunmuş ve çıktıların verilen hemşirelik bakım hizmetleri ile doğrudan ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Yapı boyutunu etkileyen çıktıları yapı göstergesi, süreç boyutunu etkileyen göstergeleri süreç göstergesi, sonuç boyutunu etkileyen göstergeleri ise sonuç göstergesi olarak sınıflamıştır. (Donabedian, 1989).

Geçmiş dönemlere bakıldığında; hemşirelik bakımının hasta sonuçlarındaki etkilerini ölçme kavramının var olduğu görülmektedir. Florence Nightingale, hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirme kavramını 1850'lerde istatistiksel analizleri kullanarak benimsemiş ve hasta sonuçlarını ölçmeye başlamıştır (Montalvo, 2007). Yapılan bu çalışmalar ile hemşirelik bakımının önemini ortaya konmuş ve hemşirelik bakımının hizmetlerinin hastalar üzerinde elde edilen sonuçları ile bir takım iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda, hemşirelik bakımının sağlıkta hizmetlerinde kalite çıktıları üzerine olan etkisinin ilk kanıtları ortaya konmuştur (Taşkıran ve Temel, 2017). Sonraki yıllarda bu çalışmalar devam etmiş ve Amerikan Hemşireler Birliği, hemşirelik bakımının sağlıkta kalite boyutlarını ve göstergelerini doğrudan etkilediğini öne sürmüştür (ANA, 1995). Bu doğrultuda, ANA

tarafından 1997 yılında hemşirelik bakımının önemini ortaya koymak amacıyla bir komite kurulmuş ve hemşirelik bakım sürecinden doğrudan veya dolaylı olarak kalite göstergeleri tanımlanmaya çalışılmıştır (Sawyer ve diğ., 2002). Bu konudaki bilgi eksikliği, düşük kaliteli hemşirelik bakım algısı, hemşire ve hastalardaki memnuniyet düzeylerinin düşmesi gibi nedenler, ANA ile JCAHO'nun iş birliği yaparak hemşirelik bakımı ile bağı olan kalite göstergelerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi için çalışmaların hızlanmasını sağlamıştır (Pazargadi ve diğ., 2008). Bu komisyona göre sınıflandırılan kalite göstergeleri, hemşirelik bakım süreçlerinden doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmekte ve hemşirelik bakım sürecindeki iyileşmeler bu kalite göstergelerindeki değerleri olumlu yönde etkilemektedir (Sandoval Garrido ve diğ., 2014). Bayer ve diğ. (2016) yaptıkları çalışmada, hemşirelik bakımının sağlıkta kalite belgelendirme sistemleri üzerinde doğrudan etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Nitekim, ISO ve JCI gibi kuruluşlar tarafından yapılan değerlendirmelerin çoğunun hemşirelik hizmetlerini kapsadığını ve bu kalite belgelerine sahip olmanın kaliteli bir hemşirelik hizmetleri ile mümkün olabileceği vurgulanmıştır (Bayer ve Parıltı, 2016). Al-Dweik ve Ahmad (2019) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelik bakımının algılanan hizmet kalitesi ve kalite çıktıları üzerinde etkisinin olduğunu ortaya koymuştur (Al-Dweik ve Ahmad, 2019). Yapılan diğer çalışmalarda da, benzer sonuçlara rastlanmaktadır (Burston ve diğ., 2014; Mastal ve diğ., 2016; Battaglia ve diğ., 2017). Bouldin ve diğ. (2013), hemşirelik hizmetlerinin kaliteli olarak nitelendirildiği hastanelerde, genel olarak kalite göstergelerinin diğer hastanelere göre daha olumlu ve istendik düzeyde olduğunu saptamıştır (Bouldin ve diğ., 2013). Silveria ve diğ. (2015)'nin çalışmasında da, benzer şekilde, hemşirelik hizmetleri kalitesinin kurumlarda sağlıkta kalite hedeflerine ulaşmakta kilit rol oynadığı ifade edilmiştir (Silveira ve diğ., 2015). Twigg ve diğ. (2015) yapılan sistematik derlemede de, hemşirelik hizmetlerinin sağlıkta kalite göstergeleri ve hedeflerini doğrudan etkilediği belirlenmiştir. Jiang ve diğ. (2014), kurumların belirlemiş olduğu kalite hedeflerinin (bası yarası gibi) hemşirelik hizmetlerinden etkileneceği sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmalarda, kurumlarda sunulan hemşirelik hizmetlerinin sağlıkta kalite standartları, hedefleri ve stratejilerini doğrudan etkilediği görülmektedir (Thomas-Hawkins ve diğ., 2017; Start ve diğ., 2018; Mushta ve diğ., 2018)

2.3. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTENİN ÖLÇÜLMESİ

Hastaneler farklılık gösterse de hepsinin ortak amacı; hizmet kalitesini iyileştirmektir. Hastanelerde hizmet veren sağlık çalışanları arasında sayısal açıdan büyük bir paya sahip olan

hemşirelerin hizmet kalitesindeki önemleri büyüktür. Aynı zamanda hemşireler sundukları bakım nedeniyle hastayla hem en yakın hem de en uzun süre iletişimde olan sağlık çalışanlarıdır. Hizmet kalitesini değerlendirirken hizmeti verenle hizmeti alan arasındaki ilişkiyi yani insan faktörünü önemsemek gerekmektedir (Develioğlu ve diğ., 2006).

Hemşirelik mesleği; geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve kriterleri ile hemşirelik hizmetlerinin verildiği yapı, hemşirelik süreci ve sonuçları sürekli ve nesnel olarak ölçerek, hemşirelik bakım kalitesinin arttırılmasını güvence altına alır (Uyer, 1993). Hemşirelik kendine özgü uygulama alanına sahip bir meslek olduğundan, hemşirelerin hastalara verilen bakımın kalitesini izlemek için özgün sistemleri olmalıdır (Afaneh ve diğ., 2021). Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda sayıca yeterli, nitelikli, yöntem becerisi gelişmiş ve hasta beklentilerini saptayabilen hemşirelere gereksinim vardır (Ovayolu ve Bahar, 2006). Geçmiş dönemleren itibaren hemşirelik bakımının hasta sonuçlarındaki etkilerini ölçme çalışmalarının başladığı görülmektedir. Florence Nightingale, hemşireliğin kalitesini değerlendirme kavramını 1850' lerde istatistiksel sonuçları kullanarak benimsemiş ve hasta sonuçlarını ölçmeye başlamıştır (Montalvo, 2007). Hemşirelikte kalite göstergeleri bakım sürecine ait verilerin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesine yönelik faaliyetlerin niceliksel değerleridir. 1988'de Donabedian'ın oluşturduğu kalite çerçevesi, bakım kalitesini değerlendirmede halen kullanılmaya devam etmektedir. Bu çerçeve, hasta bakımının sağlanmasında hemşirelerin nitelikleri (yapı), hemşirelik müdahaleleri (süreç) ve hastaların sonuçları ile arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Donabedian, 1988). Dünyada hemşireliğe duyarlı göstergelerin [Nursing-Sensitive Indicators (NSI)] kullanımında öncü olan ANA, hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri geliştirme çalışmalarını bu çerçeveye dayandırmaktadır (Arzouman, 2016). Hemşirelerin hasta sonuçlarına katkısını ölçmek için, hemşireliğe duyarlı göstergeler tanımlanmıştır (Bıyık ve Türe, 2020). Hemşireliğe duyarlı göstergeler organizasyonun verimliliğini ve performansını, hemşirelik bakımının etkililiğini ve maliyetini ölçen sayısal önlemlerdir (Aydin ve diğ., 2004; Doran ve diğ., 2011). Son yıllarda maliyete odaklanan bakım uygulamaları, hasta sonuçlarını iyileştirmek için hemşire bakım planlarının ve bakımın sayısal olarak ölçülmesinin gerektiğini belirtmektedir (Doran ve diğ., 2011; Graham ve diğ., 1993). Çünkü ölçüm sonuçları, mevcut hizmetin performansını değerlendirmek, gerekirse iyileştirilmesi gereken alanları saptamak ve onlara yönelik çalışmalar yürütmek, süreçlerdeki değişimlerin performansa nasıl etki ettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Bu süreçte belirlenen performans kalite hedeflerine ulaşılma durumu sunulan hizmet kalitesinin düzeyini gösterecektir (Aslantekin ve diğ., 2007).

2.4. HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİ

2.4.1. Hasta Düşme Oranları

Düşme, bireylerin herhangi bir zorlayıcı kuvvet olmadan dikkatsizlik sonucu bulunduğu düzeyden daha aşağı bir düzeye gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Özlü ve diğ., 2015). Hastaların kullandıkları ilaçlar, ameliyat, kronik hastalıklar, sıvı elektrolit bozuklukları ve kan basıncı değişimleri başlıca düşme nedenleri olarak sıralanmaktadır (Berke ve Aslan, 2010). Düşmenin hastalarda yaralanma, travma, yoğun stres, hastanede kalış süresinin uzaması hatta ölüm gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir (Dykes ve diğ., 2010). Hasta düşmelerinin ortaya çıkardığı bu olumsuz nedenler hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden hasta düşme oranları bakımın kalitesini ölçen bir gösterge olarak kullanılmaktadır (Dykes ve diğ., 2010). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında yayınlanmış olan SKS'de düşme oranlarını bir kalite göstergesi olarak izlemekte ve düşmelerin önlenmesi için bir takım uygulamaların yapılması gerektiğini bildirmektedir. Bu uygulamaların birçoğunun hemşirelik süreçleri içerisinde yapılan uygulamalar olduğu görülmektedir (Korkutan ve Mehmet, 2021). ANA, hastaların düşme oranı ve düşmelerin neden olduğu hasta yaralanma oranı gibi hasta sonuçlarını, profesyonel hemşirelik hizmetlerinin kalitesi ile ilişkilendiren bir kalite ölçüsü olarak hemşireliğe duyarlı kalite göstergesi olarak ele almaktadır (ANA, 1995). Bu nedenle, hastaların düşme ve yaralanma riskini değerlendirmek, riski azaltmak için bakım planlarını tasarlamak ve uygulamak ve klinik düşme önleme programlarının etkililiğini değerlendirmede hemşirelerin sorumluluğunu savunmaktadır. Düşme verilerinin doğru ve tutarlı işlenmesinin, düşmeleri önlemede önemli olduğu düşünülmekte, bu doğrultuda, veri raporlama, ölçüm ve analiz tutarlılığı önerilmektedir. Ayrıca, hasta güvenliği programlarını ve klinik etkililiği analiz etmek için standart düşme sonrası analiz ve düşme ile ilgili oranlar mevcuttur (Quigley ve White, 2013).

Hastanelerde en sık gerçekleşen tıbbi hatalardan olan hasta düşmelerinin hemşirelik bakımı ile ilişkili hataların yaklaşık %40'ını oluşturduğu öne sürülmektedir (D'Amour ve diğ., 2014). Dünyada ve Amerika'da hasta düşmelerinin prevalansı her 1000 hastada günde 3 ile 5 arasında değişmekte olup, yılda yaklaşık 1 milyon düşmenin olduğu bildirilmektedir (Zhao ve Kim, 2015). Bununla birlikte, İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence) raporuna göre bir hastada düşmenin ulusal sağlık sistemine yıllık toplam maliyeti 2,3 milyon pound'tur (Aslan ve

Tarım, 2022). Türkiye'de ise düşme prevalansı ile ilgili veriler sınırlıdır. Ülkemizde yaşlılarda düşme ile ilgili yapılan yedi yüksek lisans tez çalışmasında düşme prevalansı %36,2 ile %47,7 arasında belirlenmiştir (Güner ve Ural, 2017).

Akut bakımda, olumsuz hasta olaylarından hasta düşmelerinin hemşire sayısının yetersizliği ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Quigley ve White, 2013). Krauss ve diğ. (2005) tarafından yapılan, düşen 98 hasta ile düşmeyen 318 kontrol hastasını içeren bir vaka-kontrol çalışmasında; hasta-hemşire oranındaki artış ile hastanın düşme riski arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşireler beşten fazla hastaya bakım verdiğinde, hastaların düşme riski olasılığının 2,6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Krauss ve diğ., 2005). Amerika'da yapılan çok merkezli bir çalışmada ise 2010-2016 yılları arasındaki verilere göre; lisans mezunu veya sertifikalı hemşirelerin yüzdesindeki her 1 birimlik artışla, 1000 hasta günü başına toplam hasta düşmelerinde diğer her şey sabit tutularak sırasıyla 0,02 ile 0,04 ve 0,01 ile 0,03 miktarında bir azalma belirlenmiştir (Coto ve diğ., 2020). Zadvinskis ve diğ. (2019), yedi hastanenin 41 hemşirelik biriminde hemşirelerin işe bağlılıklarının hasta düşmelerine etkilerini inceledikleri çalışmada; işe bağlılığı daha yüksek olan hemşirelerin, bağlılığı daha az olan hemşirelere göre, hasta başı vizitler sırasında düşme riskinin tartışılmasına ve amaçlı vizitlere daha fazla katıldığı saptanmıştır (Zadvinskis ve diğ., 2019).

JCI, hasta düşme oranlarında artışın önlenmesi için hemşirelerin eğitilmesi ve bu konudaki deneyimlerinin arttırılmasını önermektedir. Bir klinikte düşme oranlarının yüksek olmasının o klinikteki hemşirelik süreçlerinin birinin eksik veya hiç yapılmıyor olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Bu doğrultuda, gereken analizlerin yapılması ve hemşirelik süreçlerindeki eksikliklerin tamamlanarak düşmelerin azaltılabileceği öngörülmektedir (Yousefian ve diğ., 2013).

2.4.2. Bası Yarası Oranları

Bası yarası, hasta bakımını sağlayan hemşirelerin bakım kalitesini belirleyen en önemli göstergelerden biridir (Kıraner ve diğ., 2016). Geçmişten günümüze, dekibüt ülser, basınç yaralanması veya basınç ülseri olarak tanımlansa da güncel kaynaklarda bası yarası olarak adlandırılmaktadır (Gencer ve Özkan, 2015; Kim ve diğ., 2022). Bası yarası değerlendirilmesinde ve önlenmesindeki kritik ve önemli görev hemşirelere düşmektedir. Hastanın hastaneye kabulünde değerlendirme yapılmalı ve devamında bakımın planlanması ve takibi yapılarak sürekliliği sağlanmalıdır. Bası yarası için öncelikle risk faktörleri uygun ölçeklerle düzenli olarak takip edilmeli ve girişimler kanıt temelli uygulanmalıdır (Aloweni

ve diğ., 2017). Bununla birlikte bası yarası gelişmesi durumda ek ölçekler ile yaranın/bölgenin değerlendirilmesi önerilmektedir (Haesler ve diğ., 2017). Yapılan bu değerlendirmelerin bası yarası önleme ve oluşan bası yarasının iyileşme süreçlerinde oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Özlem, 2022).

Ülkemizde bası yarası prevalans çalışmaları incelendiğinde; İnan (2009)'ın Adana'daki bir hastanenin dahili ve cerrahi klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde yaptığı çalışmada, bası yarası prevalansı %10,4 olarak saptanmıştır (İnan, 2009). Tosun ve Bölüktaş (2015) ise İstanbul'daki 21 hastanenin dahil olduğu çalışmada bası yaralanması prevalansını %40,6 olarak belirlemiştir (Tosun ve Bölüktaş, 2015).

Yapılan çalışmalarda hemşirelik uygulamalarının bası yarası oluşumunda etkili olduğu ileri sürülmektedir (Quigley ve White, 2013). Özellikle hemşire sayısındaki yetersizliğin hemşirelik bakımının tam anlamıyla yapılamamasına ve bu yüzden bası yarası oluşmasına neden olduğu belirtilmektedir (Pappas ve diğ., 2015). Blegen ve diğ. (2013), 21 üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada; lisans ve üzeri eğitime sahip hemşirelerin yüzdesinin daha yüksek olduğu hastanelerde, bası yarası oranlarının daha düşük olduğunu saptamıştır. Ayrıca dengesiz hemşire iş yükünün bakım kalitesinin azalmasına ve bası yaralarına sebep olduğu belirtilmektedir (Al-Dweik ve Ahmad, 2019). Buna ek olarak, hemşirelerin bası yarası ile ilgili aldıkları hizmet içi eğitimlerin, seminer, sempozyum gibi faaliyetlere aktif katılımlarının bası yarası oluşma oranını etkilediği ileri sürülmektedir (Gaspar ve diğ., 2022). Hart ve diğ. (2006) yaptıkları çalışmada bası yaralanmaları konusunda eğitim almış olan hemşirelerin basınç yaralanması evrelendirmede daha etkili olduğu, dolayısıyla eğitimin bası yarası oluşumunda etkili olduğunu saptamıştır (Hart ve diğ., 2006).

2.4.3. Ağrı Yönetimi

Ağrı, insan vücudunun herhangi bir yerinden başlayarak organik bir nedene bağlı olarak ya da olmayarak, bireyin geçmiş deneyimleri ile birlikte ortaya çıkan sensoriyal, emosyonel hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2002). Merskey ve Teasell ise ağrıyı, gerçekte varolan ya da potansiyel doku hasarı ile birlikte bulunan hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamıştır (Merskey ve Teasell, 2007). Ağrının sadece hoş olmayan bir durum olma dışında diğer sistemler üzerinde de olumsuz etkisinin olduğu ve buna paralel olarak da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Breivik ve diğ., 2008). Özellikle fizyolojik bütünlüğü bozulmuş bireylerde ağrının diğer sistemleri etkilemesi hayati önem arz etmekle beraber, hastanelerde sağlık hizmeti almaya gelen hastalarda da ağrı

kontrolünün hastalık sürecinde olumlu etkilerinin olduğu ifade edilmektedir (Breivik ve diğ., 2008; Çöçelli ve diğ., 2008). Bu açıdan değerlendirildiğinde, zamanının büyük çoğunluğunu hasta ile geçiren hemşirelerin ağrı kontrolü ve yönetimi konusundaki önemi daha da artmaktadır (Zwakhalen ve diğ., 2009).

Ağrı yönetimi konusunda yapılan çalışmalar, dünyada son yıllarda da giderek önem kazanarak ağrı kontrolü ve yönetimi kalite değerlendirme programları kapsamına alınmıştır (Tsao ve Hsieh, 2015). Ağrı kontrolü ve yönetimi, Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane Modülü içinde de yer almaktadır (SKS-Hastane V6, 2020). Nitekim yapılan çalışmalarda, ağrı değerlendirmenin ve kontrolünün hastalarda yaşam kalitesini yükselttiği ve konforu arttırdığı ifade edilmektedir (Duthey ve Scholten, 2014; Tsao ve Hsieh, 2015). Ayhan ve Kurşun (2015)'in yaptığı çalışmada; hemşirelerin yaptığı ağrı kontrolü ve hemşirelik yaklaşımlarından hastaların memnun olduğu ve ağrılarının büyük ölçüde kontrol altına alındığı bulunmuştur. Akyol ve diğ. (2009)'nin yaptığı çalışmada, ameliyattan üç gün sonra ağrı yönetimi ile ilgili hastaların memnuniyetleri sorulduğunda, hastaların 0-10 sayısal ölçekte ortalama memnuniyet puanlarının 8,88±1,33 (min-maks: 5-10) olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da, ağrı yönetimi ve kontrolünün hasta memnuniyeti ve hastalar tarafından yapılan kurumsal memnuniyetin tümü üzerinde etkisi olduğu ve ağrı kontrolü ve yönetiminin hastanedeki bakım süreçleri ile birlikte hastaların kurumsal memnuniyetlerini ve kalite algısını da etkilediğini saptamıştır (Carlson, 2008; Aslan ve diğ., 2018). Ayrıca, ANA tarafından yapılan çalışmalarda da, ağrının hemşirelik bakım uygulamalarından etkilendiği ifade edilmektedir (Heslop ve diğ., 2014). Afeneh ve diğ. (2021) yapmış oldukları çalışmada da benzer bir sonuçlar elde etmiş, ağrı yönetimi ve kontrolünün hemşirelik uygulamalarından etkilenen bir kalite göstergesi olduğu saptanmıştır.

2.4.4. Periferik Venöz Katater (PVK) Komplikasyon Oranları

PVK, tedavi amaçlı hastaneye başvuran hastaların tedavilerine ve tanılama sırasında yardımcı olabilmek için ayrıca hastaların medikal tedavilerini alabilmeleri veya acil müdahalelerin yapılması için sıklıkla başvurulan intravenöz (IV) katater uygulamasıdır (Cihan Erdoğan ve Denat, 2016). Bu katater, hasta için hayati önem taşımasına rağmen hatalı uygulamalar ve yetersiz bakım çeşitli komplikasyonlara sebep olmaktadır (Norton ve diğ., 2013). Dünyada yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu oranın %11 ile %62 aralığında olduğu görülmektedir (Potter ve diğ., 2014; Sarani Ali Abadi ve diğ., 2013; Loveday ve diğ., 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise komplikasyon gelişme oranları %17 ile %68 arasında

belirtilmiştir (Karadeniz ve diğ., 2003; Uslusoy, 2006; Cihan Erdoğan ve Denat, 2016). PVK komplikasyonlarının gelişmesinin hasta konforunu olumsuz etkilediği bilinmekle beraber, hastane maliyetlerini arttırdığı ve hasta bakım kalitesini de negatif yönde etkilediği belirtilmektedir (Wallis ve diğ., 2014). PVK bakımı ve komplikasyonların önlenmesi hemşirenin birincil sorumluluğunda olan bir uygulamadır ve günümüzde hem dünyada hem de ülkemizde hasta bakım hizmetlerinde bir kalite göstergesi olarak kullanılmaktadır (Shapey ve diğ., 2009; Avşar ve diğ.; Avşar ve diğ., 2013).

PVK komplikasyonlarının önlenmesi büyük çoğunlukla hemşirelik uygulamalarından etkilenmesi sebebiyle de hemşireliğe duyarlı bir kalite göstergesi olarak nitelendirilmektedir (Irmak ve Bulut, 2021). Bu doğrultuda, hemşirelerin uygulamalarının oldukça önemli olduğu ve doğru uygulamaların hem komplikasyon oranlarını düşürdüğü hem de bu göstergede iyileşmeler sağladığı belirtilmektedir (Bayer ve Parıltı, 2016). Şengül ve diğ. (2019) hemşirelerin PVK uygulamasına ilişkin becerilerini inceleyen çalışmasında, PVK uygulaması sırasında bazı basamakların atlandığı ve atlanan bu basamakların da komplikasyonlara sebep olabileceği belirtilmektedir. Bu kalite göstergesinin hemşirelik uygulamalarından doğrudan etkilendiği bilinse de PVK komplikasyonlarına yönelik yapılan çalışma sayısının oldukça az olduğu görülmektedir.

2.4.5. İstenmeyen Olay Bildirimi (Güvenlik Raporlama)

Sağlık bakım hizmetleri, hayati öneme sahip hastalıkları tedavi etmek için sunulan çok yönlü bir hizmettir. Bu niteliğinden dolayı "yüksek riskli endüstri" grubuna girmektedir. Bu gruptaki endüstriler, ölüm ya da sakat bırakma riski yüksek olan faaliyetleri içerir. Günümüzde bu kompleks yapı ile sunulan sağlık bakım hizmetleri, şifa bulmak için kendilerine başvuran hastalara istemeden de olsa zarar vermektedir. Bu hatalar, bazen sağlık çalışanı kaynaklı bazen de insandan bağımsız olabilmektedir (Çakmak ve diğ., 2018). Amerikan Tıp Enstitüsü'nün 1999'da yayınlanan "To Err Is Human" raporuna göre tıbbi hatalara bağlı Amerika'da her yıl 44.000–98.000 kişi ölmektedir (Bates ve Singh, 2018). Genel olarak istenmeyen olay olarak ta adlandırılan bu hatalar, ölümlerin yanında bireylerde kalıcı hasarlar bırakan ve sağlık bakım maliyetlerini arttıran olaylardır (Bates ve Singh, 2018; Stelfox ve diğ., 2006).

Günümüzde bu hataların önlenebilmesi için bir takım uygulamalar hayata geçirilmiş ve yapılan bu uygulamalar sonucunda hataların önüne büyük oranda geçtiği ifade edilmiştir (İstanbullu ve diğ., 2012). Bununla birlikte bu hatalar, resmi ve saygın kuruluşlarca bir kalite

göstergesi olarak ta görülmektedir (Akgün, 2014). Ülkemizde de, bu hataların önleme çalışmaları hızlandırılmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi oluşturulmuştur (Bayyiğit ve diğ., 2014; Arzouman, 2016). Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Dairesi tarafından da hataların önleme çalışmaları kapsamında kurumlarda hasta güvenliği kültürü oluşturulma çalışmaları yürütülmüştür (Çakmak ve diğ., 2018). Dünyada ve ülkemizde yürütülen çalışmalar sonucunda, bu hataların önlenmesi için yapılan faaliyetler bir kalite göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Arzouman, 2016). Hasta ve çalışan güvenliği kültürü çalışmaları kapsamında yürütülen faaliyetlerden birisi de, hataların ne olduğunu ve yapılan hatalardan ders çıkarılıp tekrar yapılmaması için gereken çalışmaları yürütmeye yönelik kurulan "Güvenlik Raporlama Sistemi" veya "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemleri"dir. Bu sistem, herkesin katılım göstermesi gereken ve kişiler ile değil olaylar ile ilgilenen hataların kim tarafından yapıldığını önemsemeden gizlilik esaslı yürütülen bir sistemdir (Canatan ve diğ., 2015). Sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliği kültürü çalışmaları daha sonra sağlıkta kalite ve akretitasyon çalışmaları kapsamında Sağlık Bakanlığı kalite rehberlerine eklenmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından da uluslararası kalite kuruluşlarında olduğu gibi bir kalite göstergesi olarak ele alınmıştır. Sağlık Bakanlığı Kalite Rehberi SKS-6 incelendiğinde, hasta ve çalışan güvenliği alt boyutunun olduğu görülmekte, bu alt boyutlarında hemen hemen her aşamasında hemşirelik faaliyetlerinin olduğu görülmektedir (Arslan ve diğ., 2018). Hemşireler, sağlık hizmetlerinde sayısal olarak en fazla üyeye sahip olan mesleklerden biridir. Bu büyük meslek grubu, hastanede sağlık hizmetlerinin gözlemlenmesi, yürütülmesi ve yönetilmesi kapsamında büyük avantajlar sağlamaktadır (Ovayolu ve Bahar, 2006). Ayrıca hastanelerde sağlık hizmetleri sunumu sırasında her alana hâkim olabilecek bir etkiye sahip bir meslek grubudur. Bu yüzden hemşirelerin kalitenin her alanında etkin olarak katılımının önemi vurgulanmaktadır (Baykal, 2015). Yapılan çalışmalar da, güvenlik raporlamada hemşirelerinin ne kadar önemli bir yere sahip olduklarını ortaya koymaktadır. İncesu ve Orhan'ın (2018)' de yapmış oldukları retrospektif bir çalışmada, katılımcıların %63,8'inin hemşire olduğu görülmektedir (İncesu ve Orhan, 2018). İstanbullu ve diğ. (2012) tarafından yapılan güvenlik raporlama sistemi geliştirme çalışmasında da, katılımcılarının %66,9'unun hemşire olduğu görülmektedir (İstanbullu ve diğ., 2012). Hemşireler ile yapılan başka bir çalışma sonucu da, yine hemşirelerin güvenlik raporlamayı önemsediği ve hasta güvenliği kültürü oluşturmada değişime açık önemli bir meslek grubu olduğu ifade edilmiştir (Karaca ve Arslan, 2014). Önceki çalışmalarda, örneklem grubunun ağırlıklı olarak hemşirelerden oluştuğu, hasta

güvenliği kültürü oluşmasında ve hataların önlenmesinde hemşirelerin hedef kitle olarak rol oynadığı ve bu hataları önlemede öncelikle hemşirelik hizmetlerinin görev aldığı ve bu göstergenin de hemşirelikten doğrudan etkilendiği görülmektedir. Bununla birlikte, istenmeyen olay bildirimi, uluslararası akreditasyon kuruluşlarınca da hemşireliğe duyarlı kalite göstergesi olarak ele alındığı görülmektedir. Bu kalite göstergesinin hem hasta hem de çalışan güvenliği oluşturmada ve istenmeyen olayların önlenmesinde oldukça önemli olduğu vurgulanmakta ve 24 saatini hastalar ile beraber geçiren hemşirelerin bildiriminden etkilendiği ileri sürülmektedir (Anthony, 2017). Bu bağlamda, hasta ve çalışan güvenliği kültürü kapsamında çalışmalar yürütecek kuruluşların öncelikle istenmeyen olay bildirimlerini eksiksiz kaydetmesi ve analiz etmesinin hemşirelik faaliyetlerine bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle, hemşireliğe duyarlı kalite göstergesi olarak ele alınan istenmeyen olay bildiriminde hemşirelik meslek mensuplarıyla iş birliği içerisinde geliştirici çalışmaların yürütülmesi gerektiği önerilmektedir (Kowalski ve Anthony, 2017).

2.5. HEMŞİRELİKTE HİZMET İÇİ EĞİTİM YÖNTEMLERİ

2.5.1. Anlatım Sunum Yöntemi

Anlatım yöntemi, çoğunlukla belli bir konu ile ilgili bilgi aktarılırken, belli bir konuya giriş yapılırken ya da belli bir konu özetlenirken kullanılan bir eğitim yöntemidir. Sözlü ifade yöntemi kullanıldığı için her alanda özellikle sağlık alanında verilen hizmet içi eğitimlerde sıklıkla kullanılan öğretim yöntemlerinden biridir (Özpulat, 2006). Eğitim yönteminin merkezinde eğitimcinin bulunması ve bilgi aktarımına dayalı olması nedeni ile bu yöntemin dikkatli bir şekilde kullanılması gerektiği ifade edilmektedir (Atay ve diğ., 2009). Anlatım sunum yöntemi, özellikle zamanı etkili kullanmak zorunda olan sağlık meslekleri tarafından hizmet içi eğitimlerde kullanılırken, eğitimcilerin ayrıntılara girmemesi, konunun özünden kopmaması, dinleyicileri dinamik tutmaları ve zamanı etkili kullanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık meslekleri içerisinde bu eğitim yöntemini en çok kullanan meslek grubunun hemşireler olduğu ve bu yöntemi kullanırken hem anlamakta hem de anlatmakta zorluk yaşadıkları ifade edilmektedir (Savcı ve diğ., 2021). Pınar ve diğ. (2010) tarafından yapılan çalışmada, bu yöntemle yapılan eğitimlerin orta düzeyde etkili olduğu saptanmıştır (Pınar ve diğ., 2010). Serbest ve Alıcı (2010) tarafından yapılan çalışmada, bu yöntem ile yapılan eğitimin etkili olabilmesi için eğitim saatlerinin katılımcılara uygun bir şekilde yapılması gerektiği ve yapılan eğitimlerde eğiticilerin konuya hâkimiyetinin eğitimin etkisi açısından önemli olduğu ifade edilmiştir. (Serbest ve Alıcı, 2010). Savcı ve diğ. (2021),

kurumlarda uygulanan hizmet içi eğitimlerin %50'sinden fazlasının anlatım sunum yöntemi ile yapıldığını ve çalışmaya katılan hemşirelerin %30,3'ünün anlatım sunum yöntemiyle yapılan eğitimlere zaman yetersizliği yüzünden katılamadığını saptamıştır (Savcı ve diğ., 2021). Buğdaylı ve Akyürek (2017) ise konferans veya seminer salonlarında anlatım sunum yöntemi ile yapılan eğitimlerin zaman sıkıntısı nedeniyle hemşireler için uygun olmadığını ve hemşirelerin bu eğitim yöntemi dışında farklı yöntemler ile eğitim almak istediklerini belirlemiştir. Öztürk (2008) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %67'sinin eğitimin çalışma saatleri içerisinde olması gerektiği ifade edilmiştir (Öztürk, 2008). Yönetici hemşireler ve servis hemşireleri ile yapılan diğer çalışmalarda da, anlatım sunum yöntemi ile yapılan eğitimlerin iş saatleri dışında yapılmasının istenmediği, iş saatleri içerisinde büyük gruplar şeklinde yapılan eğitimlerin ise hem eğitim etkililiğini hem de hemşirelerin mesleki gelişimlerini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Aytuğ Kanber ve Gürlek Kısacık, 2011; Υφαντής ve diğ., 2014; Feldacker ve diğ., 2017).

2.5.2. Simülasyon Yöntemi

Simülasyon, gerçekte var olan veya olması muhtemel olayların, davranışların, bazı bilişsel aktivitelerin, teknik becerilerin ve görevlerin gerçeğe uygun olarak kurgulanıp canlandırılması yolu ile verilen bir eğitim yöntemidir. Simülasyonun ortaya çıkışı havacılık, otomobil sektörü ve nükleer sanayi gibi farklı alanlarda potansiyel olarak ciddi sonuçlar doğurabilecek, insan hatasından kaynaklı ortaya çıkabilecek durumların belirlenmesi ve bu konuda eğitim verilmesi amacıyla başlamıştır (Sezer ve Orgun, 2017). Teknolojinin gelişerek gerçeklik düzeyinin artması ile sağlık bilimlerinde de yaygınlaşmış, kurumlar hem öğrenci eğitiminde hem de hizmet içi eğitimlerde bu yöntemi kullanmaya başlamıştır (Göriş ve diğ., 2014). Simülasyon yönteminde gerçeklik düzeyinin oldukça önemli olduğu ifade edilmektedir. Bu gerçeklik düzeyleri hedefe yönelik düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılır (Mıdık ve Kartal, 2010). Hizmet alanı insan olan hemşirelik eğitimlerinde gerçeklik düzeyinin yüksek olması istenmektedir. Gerçeklik düzeyinin yüksek olması eğitim etkinliğini olumlu yönde arttırmakla beraber yüksek gerçeklik düzeyini yakalamanın oldukça maliyetli olduğu ifade edilmektedir (Uzelli Yılmaz ve Akın Korhan, 2017).

Veltri ve diğ. (2016), similasyon eğitimi sonrası doğum sonu yenidoğan bakımına yönelik performansın değerlendirildiği çalışmasında, öğrenim düzeyinin ve performansın geleneksel yöntemlerden daha etkili olduğu saptanmıştır (Veltri ve diğ., 2016). Flood ve Higbie (2016) ise simülasyon eğitimi ile kan transfüzyonu ve izlemi becerisinin simülasyon

eğitimi alanlarda daha yüksek olduğunu saptamıştır (Flood ve Higbie, 2016). Park ve diğ. (2016), bu eğitim yöntemi ile eğitim almış olan öğrencilerinin not ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Park ve diğ., 2016). Bununla birlikte, Omer (2016)'in çalışmasında, simülasyon deneyimi yaşayanların becerilerinde ve özgüvenlerinde bir artış olduğu, stres düzeylerinde ise bir azalma olduğu görülmüştür (Omer, 2016). Evans ve Mixon (2015) da, similasyon yöntemi ile postoperatif ağrı yönetimi eğitimi alanların becerilerinin arttığını ve klinikte gerçek hastalarda daha etkin bir postoperatif ağrı yönetimi yaptıklarını saptamıştır (Evans ve Mixon, 2015). Yapılan çalışmalar, bu yöntemin etkili olduğunu ortaya koyarken, kurumlarda alt yapı yetersizlikleri ve maliyetler nedeniyle kullanım oranının düşük olduğu da belirtilmektedir (Ulrich ve Mancini, 2013; Ignacio ve diğ., 2015).

2.5.3. Rol Play (Rol Yaparak Öğrenme) Yöntemi

Kişinin, gerçek rolünden ve hislerinden arınıp kendini başkasının yerine koyduğu veya belli bir durumda ne yapacağını ve ne hissedeceğini hareketlerle gösterdiği bir eğitim yöntemidir. Rol yapan kişiler belli bir konu, olay ya da sorunu gerçekten yaşanan şekliyle canlandırırken, grubun diğer üyeleri durumu çözümler ve değerlendirir (Karaca ve diğ., 2013). Rol play yöntemi, eğitimin yapıldığı konuda bir olay veya olgu ile alakalı, çözüm, sentez ve değerlendirme yaparak bilgi kazandıran bir yöntemdir. Bu yöntemin sağlık hizmetlerinde de kullanıldığı bildirilmektedir (Bramhall, 2014). Hizmet alanı insan olan ve 24 saat hastalar ile sürekli iletişim halinde olan hemşirelik mesleğinde de bu yöntemin kullanıldığı görülmektedir (Molu ve diğ., 2019). Bu yöntemin hizmet içi eğitimlerde kullanılmasının hemşirelerin mesleki becerilerinin gelişmesini, iletişim yeteneklerinin pekişmesini ve hemşirelerin eğitime aktif katılımını sağlayarak daha hızlı öğrenmelerini sağladığı, ayrıca eğitimin olumsuz yönlerini de azalttığı bildirilmektedir. Bununla beraber, hemşirelerde empati ve problem çözme yeteneğini geliştirmesi gibi bir çok olumlu yönünün olduğu ifade edilmektedir (Mullan ve Kothe, 2010).

Watters ve diğ. (2015), rol play yöntemi ile eğitim alan hemşirelerin iletişim becerisi, öz yeterlilikleri gibi yönlerini olumlu etkilediği saptamıştır (Watters ve diğ., 2015). Şahin ve diğ. (2015), rol play eğitiminin hemşirelerde empatik eğilimi arttırdığını; ancak beceri pekiştirmede ve geliştirmede etkisinin az olduğunu saptamıştır (Şahin ve Özdemir, 2015). Levett-Jones ve diğ. (2019) de, benzer şekilde, bu eğitim yönteminin hemşirelerde etkisinin düşük düzeyde olduğunu belirlemiştir (Levett-Jones ve diğ., 2019). Hemşire örnekleminde yapılan çalışmalar benzer sonuçlar gösterse de, bu eğitim yönteminin uzun süreli bir ön

hazırlık gerektirmesi, fiziki alt yapının yeterli olmasının gerekmesi ve tek kişi ile değil bir grup tarafından veriliyor olması, bu eğitim yönteminin zaman, para ve insan kaynağı gibi birçok boyutta maliyetli olmasına neden olmaktadır (Mullan ve Kothe, 2010; Omura ve diğ., 2019; Çınar ve diğ., 2019).

2.5.4. Tartışma Yöntemi

Tartışma, belli bir konunun kavranması için bireyleri düşünmeye yöneltmek, karşılıklı görüşler, fikirler ve eleştiriler üreterek o konuyu kapsamlı ve detaylı olarak ele almak, önemli noktaları açıklamak ve verilen bilgileri pekiştirmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Tartışma yöntemi, büyük grup tartışması, küçük grup tartışması, münazara, forum, sempozyum ve panel gibi çeşitli modellerde uygulanabilmektedir (Dağlı, 2010). Tartışma yöntemi, amaçlara uygun bilgi kazandırmak üzere, öğrenim amacı bulunan grubun katılımı ile konuların açıklanması ve tartışılmasıdır. Bu yöntem, öğrenim amacı bulunan grubun konu hakkında gruba yönelttiği soruların yazılı olmayan bir yöntem ile grup tarafından cevaplandırılmasını ve onların görüş ve fikirlerinin ortaya konulmasını sağlar (Göriş ve diğ., 2014). Öğretim sırasında katılımcıların da etkili olması nedeniyle bu yöntem; aktif metot, tartışmalı öğretim yöntemi veya soru-cevap yöntemi olarak da adlandırılmaktadır (Özdemir, 2009). Katılımcıların bir yere toplanarak yapıldığı bu eğitim yöntemi, zaman açısından oldukça pahalı bir yöntemdir. Sağlık alanında öğrenci eğitiminde kullanılan bu yöntemin özellikle hemşirelikte hizmet içi eğitimlerde de kullanıldığı bilinmektedir (Amiri ve diğ., 2018). Sağlık alanında, bu yöntem ile eğitim verilme oranının %1 ile %9 arasında değiştiği belirtilmektedir (Atay ve diğ., 2009).

Yapılan çalışmalarda tartışma yönteminin, örnek olgu/vaka tartışmaları ile hemşirelerde problem çözme becerilerini arttırdığı ve teorik bilgilerinde pekişme sağlandığı ve analitik düşünme yeteneklerini geliştirdiği saptanmıştır (Majeed, 2014; Amiri ve diğ., 2018). Admi ve diğ. (2018), bu yöntem ile eğitim alanların klinik becerilerinin olumlu yönde etkilendiğini belirlemiştir. Ayrıca yöntemin hemşirelikte klinik karar verme becerisini de pozitif yönde etkilediği bildirilmektedir (Larue ve diğ., 2015). Tartışma yönteminin, hemşirelerde profesyonel bilgi paylaşımını arttırdığı, fakat zaman yönetimi nedeniyle pahalı bir yöntem olduğu vurgulanmıştır (Lemes ve diğ., 2021). Li ve diğ. (2019), kişilerin toplu olarak bir salonda gruplara bölünerek bu yöntem ile eğitim görmelerinin yararlı olabileceğini fakat kişilerin toplu olarak katıldıkları eğitim yöntemlerinin öğrenme motivasyonunu olumsuz yönde etkileyeceğini savunmaktadır. Bulut ve diğ. (2021) de, vaka tartışması yönteminin

etkililiğini inceleyen çalışmasında, katılımcıların %92,7' sinin bu yöntemi yararlı bulduğunu saptamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Englund, 2020; Terzioğlu ve diğ., 2016; Temel ve Şişman, 2017). Her ne kadar tartışma yönteminin etkili olduğu saptanmış olsa da zaman, insan kaynağı, eğiticilerin niteliksel yetersizliği ve fiziksel alt yapı gibi maliyetler nedeni ile sağlık kurumlarında hizmet içi eğitimlerde kullanımın nadir olduğu belirtilmektedir (Horntvedt ve diğ., 2018).

2.5.5. İş Başı (Toolbox) Eğitimleri

İş başı eğitimleri (toolbox), iş başı konuşmaları (toolbox talks) veya iş başı toplantıları (toolbox meeting), kısa, öz ve karmaşık olmadan, iş başında konunun özüne inerek 10-15 dakikada yapılması gereken ve dikkat edilmesi gereken uygulamalar hakkında verilen kısa eğitimlerdir (Babu ve Devi, 2020). İş başı (toolbox) eğitimi; işi tarif eden, nasıl yapacaklarını anlatan, mesleki tanımlar üzerine bir konferans değil, hem çalışanın hem yapılacak işin ve dolayısıyla işverenin ve işyerinin düzenini koruyan, sürekliliğini sağlayacak temel unsurların anlatıldığı bir ayaküstü etkili bir konuşma ve bilgilendirmeden ibarettir (Gümüş, 2017). Genelde iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinde kullanılan bu eğitim yönteminde çalışanlar, çalışma sahalarında eğitimcinin eğitim turları atarak ya da çalışanları ziyaret ederek, çalışanları herhangi bir salona toplamadan çalışma veya uygulama alanında yüz yüze verilen tekil bir eğitim yöntemidir (Cavazza ve Serpe, 2010). İş başı eğitimlerinin zaman problemi olan meslek gruplarında kullanılmasının yararlı olabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte çalışanları bir salona toplamadan veriliyor olmasının zaman tasarrufu sağladığı ileri sürülmektedir (Schwatka ve diğ., 2019). Harward Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, bu eğitim yönteminin iş kazalarını önlemekte etkili bir eğitim yöntemi olduğunu ifade etmektedir (Sparer ve Dennerlein, 2014). Bununla birlikte, eğitim alanların bilgi düzeylerinin diğer eğitim yöntemlerine göre daha çok artacağı ve eğitim alanların eğitime daha istekli olacağı ileri sürülmektedir (Grant, 2016). Çalışanların dikkatlerinin dağılmasına fırsat vermeden kısa sürede öz, net ve çalışanların uygulamaya yönelik dikkat etmeleri gereken bilgilerin verilmesi çalışanların hem teorik olarak hem de uygulamada daha kalıcı ve kullanacağı daha etkili bilgiler elde etmesini sağlamaktadır (Al-Shabbani ve diğ., 2020). Ayrıca bu eğitim yönteminin çalışana birebir verilmesi, eğitimin etkililiğini arttıran ve çalışanların gelişimini sağlayan faktörlerden biridir. Eğitimin etkililiğini arttıran diğer faktörlerden biri de çalışanların kısa sürede tek sayfalık materyaller ile eğitim almaları ve

eğitim materyallerinin açık net ve konunun özüne yönelik hazırlanmış olmasıdır (Babu ve Devi, 2020).

İnşaat ve endüstri sektörlerinde etkili olduğu ileri sürülen ve yaygın olarak kullanılan bu yöntemin, sağlık sektöründe kullanımının olmadığı görülmekle beraber bu yöntemin sağlık, eğitim, turizm gibi sektörlerde de kullanımı önerilmekte ve bu alanlarlarda etkin olacağı düşünülmektedir. Olson ve diğ. (2016), inşaat işçileri ile yaptıkları çalışmada, tartışma, soru cevap yöntemi ile toolbox eğitimlerini karşılaştırmış ve toolbox eğitimleri alan işçilerin %70'nde davranış değişikliği olduğu görülmüştür (Olson ve diğ., 2016). Eggerth ve diğ. (2018) ise toolbox eğitimi alanların almayanlara göre, son test puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada, eğitim alanların daha güvenli bir iş ortamında çalıştıkları ve %60'ının iş başı eğitimlerini etkili ve olumlu buldukları belirlenmiştir (Eggerth ve diğ., 2018). Yapılan başka bir çalışmada, toolbox eğitimi alanlarda güvenlik kültürünün daha çok geliştiği ve iş güvenliği performansının daha çok arttığı bulunmuştur (Hinze ve diğ., 2013). İnşaat şirketlerinin iş sağlığı ve güvenliğini inceleyen bir çalışmada, çalışmaya katılan şirketlerde işçilerinin %63,9'una iş başı eğitimleri verilmiş ve verilen eğitim sonucunda şantiye alanlarında güvenlik uygulamalarının arttığı görülmüştür (Broderick ve Murphy, 2001). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçların olduğu görülmekte ve bu eğitim yönteminin etkili olduğu ileri sürülmektedir (Burke ve diğ., 2006; Olson ve diğ., 2016).

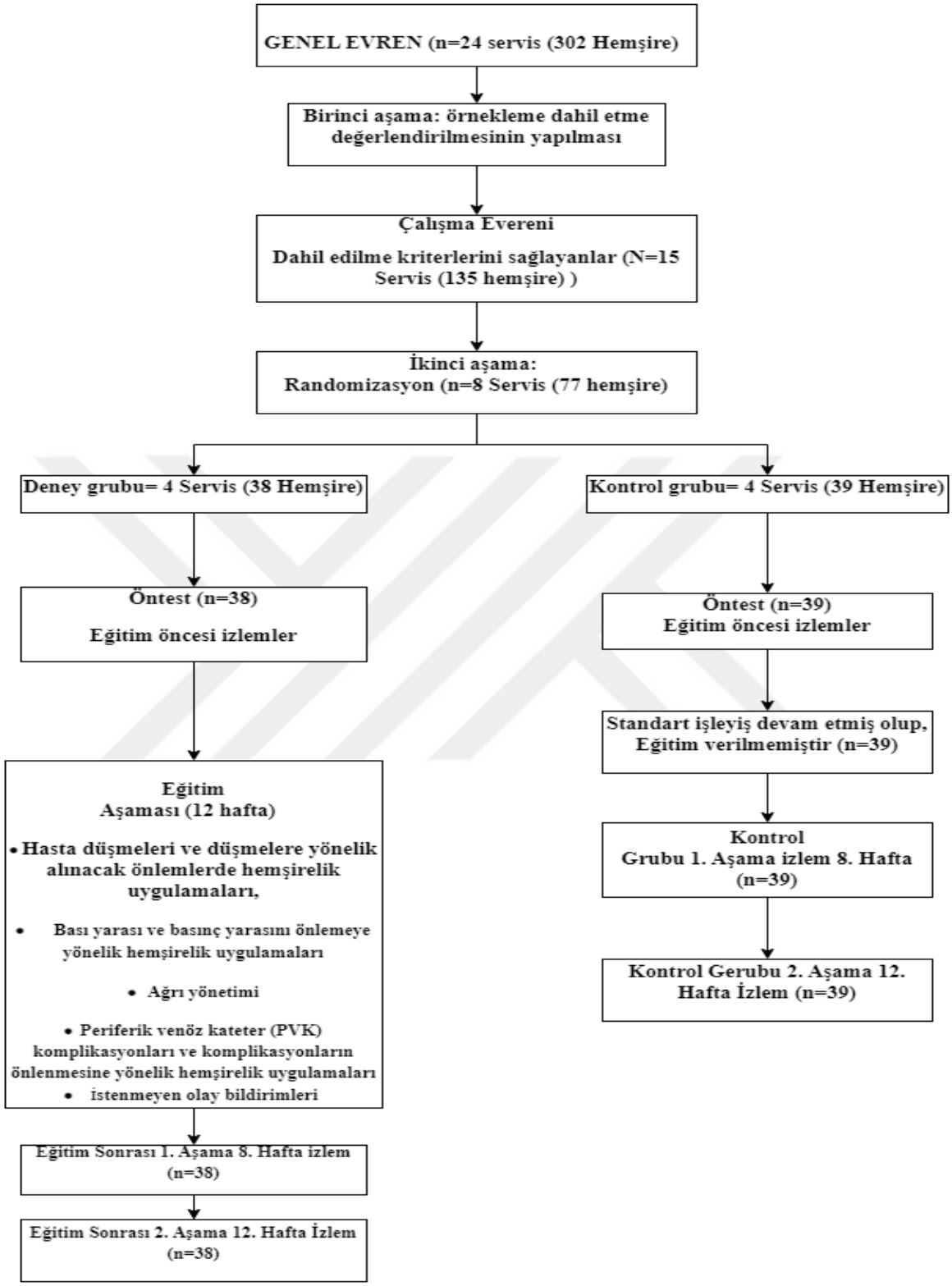
İş başı eğitimlerinin özellikle iş yükü fazla olan meslek ve sektörlerde kullanılması belirtilmektedir (Bizzell, 2008). İş başı eğitimlerine yönelik literatür incelendiğinde, sağlık sektöründe kullanıldığına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat hemşirelikte formal olmayan bir yöntem olarak kullanıldığı görülmektedir (Ay, 2007). Özellikle yönetici/süpervizör vizitlerinde, yapılan hatalara yönelik olan konuşmalar, bu eğitim yöntemine benzer bir yöntem gibi görülebilir fakat herhangi bir materyal ve değerlendirme içermediği için bir eğitim olarak değerlendirilemez. İş yükü fazla zaman problemi yaşayan, dinleyici dikkatinin çabuk dağıldığı hemşirelikte, iş başında eğitim, kısa eğitim, tartışma eğitimi gibi farklı eğitim stratejilerinin geliştirilmesi gerektiği önerilmektedir (Xu, 2016).

3. YÖNTEM

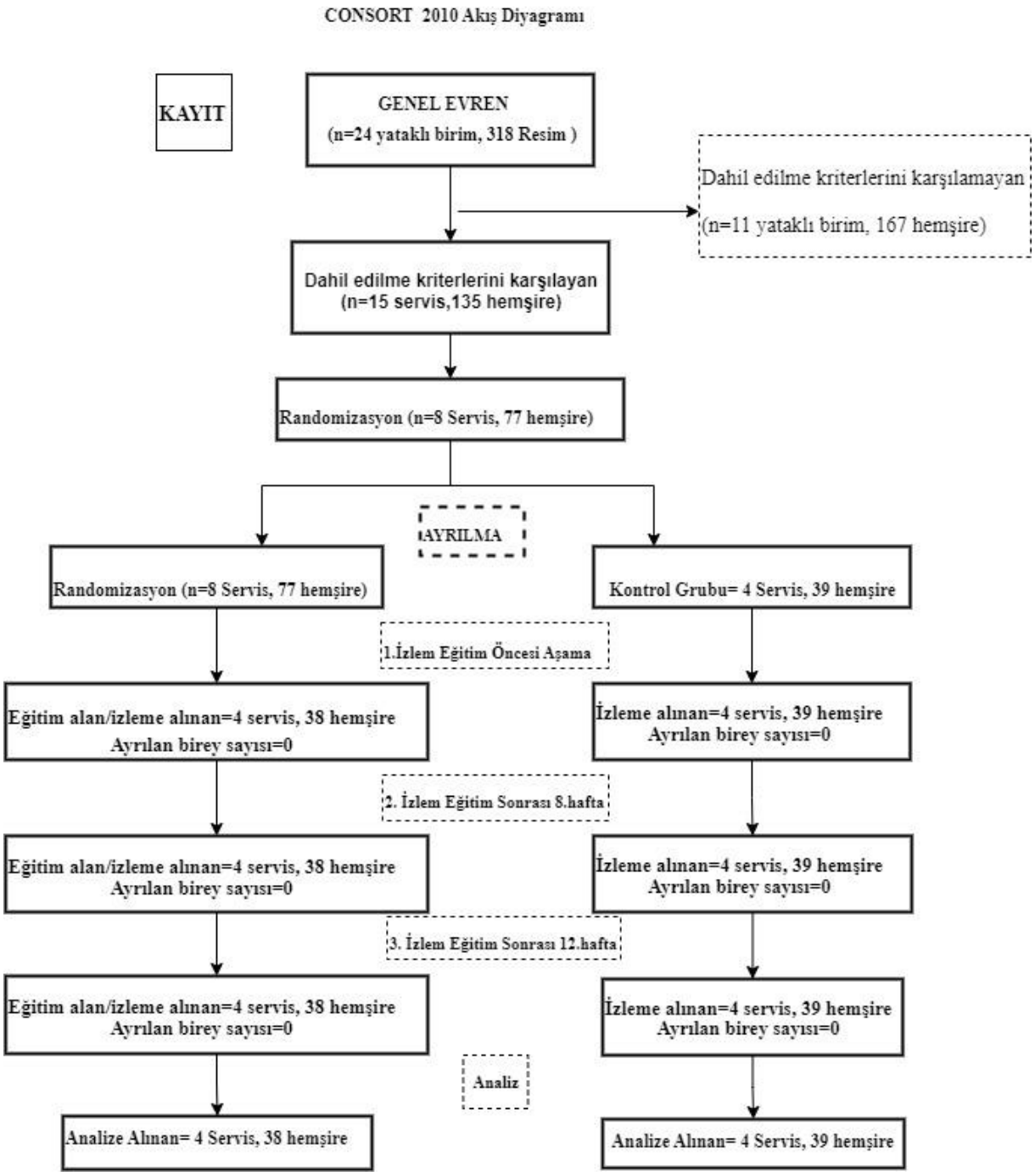
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI TÜRÜ VE TASARIMI

Randomize kontrollü, ön test, son test ve kontrol gruplu tasarımdaki bu çalışmanın amacı, hemşirelere verilen iş başı (toolbox) eğitimlerinin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri (ağrı yönetimi, bası yarası, hasta düşmesi, PVK komplikasyonu ve istenmeyen olay bildirimi) üzerine etkisinin belirlenmesidir.

Araştırmanın planlanmasında Konsolide Raporlama Denemeleri Standartları (CONSORT) şablonu kullanıldı. Çalışma klinik çalışmalar kayıt sistemi www.clinicaltrials.gov.tr'ye kaydedildi. Araştırma tasarımı Şekil 3.1'de gösterildi. Çalışmanın CONSORT rehberine göre akış diyagramı ise Şekil 3.2'de gösterildi.



Şekil 3. 1: Araştırma tasarımı



Şekil 3. 2: CONSORT rehberine göre akış diyagramı.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma hipotezleri şu şekilde geliştirildi:

Hipotez 1 (H1): Hemşirelere verilen iş başı (toolbox) eğitimleri, hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine ((a) ağrı yönetimi, (b) bası yarası, (c) hasta düşmesi, (d) PVK komplikasyonu ve (e) istenmeyen olay bildirimi) ilişkin bilgi düzeylerini etkiler.

Hipotez 2 (H2): Hemşirelere verilen iş başı (toolbox) eğitimleri, hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine ((a) ağrı yönetimi, (b) bası yarası, (c) hasta düşmesi, (d) PVK komplikasyonu ve (e) istenmeyen olay bildirimi) ilişkin uygulamalarını etkiler.

Hipotez 3 (H3): Hemşirelere verilen iş başı (toolbox) eğitimleri, birim kalite göstergelerini ((a)hasta düşme oranları, (b) ağrı yönetimi doğru yapılan hasta oranı, (c) bası yarası oranları, (d) PVK komplikasyonu gelişme oranları, (d) istenmeyen olay bildirim oranları ve (e) ortalama yatış gün sayısı) etkiler.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ekim 2021 ve Nisan 2022 arasında Hatay'daki bir üniversite hastanesinde yürütüldü. Çalışmanın yürütüldüğü hastane 608 yatak kapasiteli bir hastane olup yatan hasta servisleri yatak sayısı 520'dir. Bununla birlikte hastane 3. basamak sağlık hizmeti sunan ileri tetkik tedavi ve bakım gerektiren hastalara hizmet veren bir hastanedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin yataklı tedavi servislerinde (yoğun bakım üniteleri hariç) çalışan hemşireler oluşturdu. Araştırmanın yürütüldüğü zaman aralığında hastanede yer alan toplam 17 yataklı tedavi servislerinde (yoğun bakım üniteleri hariç) çalışan toplam hemşire sayısı 151'dir. Bu servislerden 8'i dahili servisi, 9'u cerrahi servisi olarak hizmet vermektedir. Cerrahi servislerde çalışan toplam hemşire sayısı 73 iken dahili servislerde çalışan hemşire sayısı ise toplam 78'dir. Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele (randomize kontrollü) örnekleme yöntemi kullanılarak belirlendi. Bir dış uzman yardımı alınarak örnekleme dâhil olma kriterlerini karşılayan hemşirelerin çalıştıkları servisler arasında kura ile toplamda 4 dâhili ve 4 cerrahi servisin deney ve kontrol gruplarına atanması gerçekleştirildi. Kuraya yoğun bakım üniteleri hariç yataklı servislerde çalışan hemşireler dâhil edilmiş olup, dâhil

edilen servislerin yatak ve hemşire sayıları Tablo 3.1'de belirtildi. Kura sonucunda deney ve kontrol gruplarına atanan servisler ve hemşire sayıları Tablo 3.2'de belirtildi. Kura sonucuna göre, deney ve kontrol gruplarında toplamda 77 hemşire olarak planlandı ve bu sayının 38'ini deney 39'unu kontrol grubunu oluşturdu (Tablo 3.2).

Tablo 3 1: Kuraya dahil edilen servisler ve hemşire sayısı.

Dahili Servisler	**Yatak Sayısı**	**Hemşire Sayısı**	**Cerrahi Servisler**	**Yatak Sayısı**	**Hemşire Sayısı**
Dahili 1	24	7	Cerrahi 1	24	8
Dahili 2	24	7	Cerrahi 2	50	15
Dahili 3	24	16	Cerrahi 3	22	7
Dahili 4	21	8	Cerrahi 4	26	8
Dahili 5	24	8	Cerrahi 5	19	8
Dahili 6	21	8	Cerrahi 6	25	11
Dahili 7	14	7	Cerrahi 7	24	7
Toplam	**152**	**61**	Cerrahi 8	22	10
			Toplam	**212**	**74**

Tablo 3 2: Kura sonucunda belirlenen servisler ve hemşire sayısı.

Deney Grubu (Servis)	**Hemşire Sayısı**	**Kontrol Grubu (Servis)**	**Hemşire Sayısı**
Dahili 1	7	Dahili 3	16
Dahili 4	8	Dahili 5	8
Dahili Toplam	**15**	**Dahili Toplam**	**24**
Cerrahi 2	15	Cerrahi 1	8
Cerrahi 4	8	Cerrahi 3	7
Cerrahi Toplam	23	**Cerrahi Toplam**	**15**
Toplam	**38**	**Toplam**	**39**

Deney ve kontrol grubuna dahil etme kriterleri şu şekilde belirlendi:

- Hastanenin dahili veya cerrahi servislerinden birinde çalışıyor olmak
- Geçmiş iş deneyimi dışında şu an da bulunduğu serviste en az 6 aydır çalışıyor olmak
- Hastaneye oryantasyon sürecini tamamlamış ve hasta bakımı sorumluluğu almak
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

3.5. ÇALIŞMANIN POST-HOC GÜÇ ANALİZİ

G*Power (v3.1.9) programı kullanılarak (Faul ve diğ., 2009) çalışma sonrası yapılan post-hoc güç analizinde, grup*zaman etkileşimi etkisine ait kısmi η^2 değeri 0.664 ve bu değerlere karşılık etki genişliği 1,405 bulundu. Bağımsız grup faktörü (2 düzey) ve tekrarlı ölçüm faktörünün (2 düzey) bulunduğu 2x2'lik karma tasarımda grup*zaman etkileşimi etkisine ait f=1,405 alınarak F test

ailesinden “ANOVA: Repeated Measures, within-between interaction seçildiğinde” 0,05’lik Tip 1 hata ve 77 örneklem ile yapıldığında çalışma sonrası Güç (1-β) 0,99 olarak elde edildi.

3.6. ARAŞTIRMA SÜRECİ

Araştırma süreci, Tablo 3.3'de belirtilen Tez Çalışma Planı doğrultusunda gerçekleştirildi.

Tablo 3 3: Tez çalışma planı

No	Faaliyetler	2020			2021												2022												2023
		10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
1	Literatür Tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Tez Öneri Formunun Hazırlanması				X	X	X																						
3	Tez Proje Önerisinin Tez İzlem Üyelerine Sunumu ve Tez Savunma Sınavı							X																					
4	Tez Projesinin Onayı							X																					
5	Eğitim Materyallerinin Hazırlanması Veri Toplama Araçları İçin Uzman Görüşü Alınması							X	X	X	X	X	X																
6	Etik Kurul ve Kurum İzinleri Başvurusu							X	X																				
7	Eğitim Öncesi Verilerin Toplanması Eğitimlerin Verilmesi Eğitim Sonrası 1. İzlemin Yapılması													X	X														
8	Birinci Ara Rapor															X													
9	Eğitim Sonrası 2. İzlemlerin Yapılması																	X											
10	Eğitim Sonrası 3. İzlemin Yapılması																			X									
11	İkinci Ara Rapor																					X							
12	Veri Analizi																						X	X					
13	Bulguların Raporlandırılması ve Tartışmasının Yazılması																								X	X	X		
14	Üçüncü Ara Rapor																											X	
15	Tezin Sonlandırılması ve İntihal Raporunun alınması																												X

3.6.1. Eğitim Öncesi Aşama

Araştırmanın ilk aşaması olan eğitim öncesi aşamada, örnekleme dahil olma kriterini karşılayan hemşirelerin demografik ve çalışma bilgilerinin elde edilmesi için **"Hemşire Bilgi Formu"** uygulandı. Eğitim öncesinde, deney ve kontrol grubu olarak belirlenen servislerde, hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine ilişkin verilerin elde edilmesi için hastane ve birim yöneticilerinden izin alındı. Bununla birlikte, araştırmacı tarafından **"Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri"** ile birimlerdeki uygulamalar gözlem yoluyla değerlendirildi. Ayrıca deney ve kontrol grubunda olan hemşirelere **"Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Bilgi Formu"** verilerek ve bu formda yer alan çoktan seçmeli soruları yanıtlamaları istendi. Bu formda yer alan soruların yanıtlanma süresi ortalama 20 dakika sürdü.

3.6.2. Eğitim Aşaması

Eğitim öncesi veriler toplandıktan sonra eğitim aşamasına geçildi ve deney grubundaki bütün hemşirelere, 08-16 ve 16-08 vardiyasında serviste çalışırken araştırmaya konu olan yöntem olarak iş başında bire bir, yüzyüze, en az bir kez araştırmacı tarafından eğitim verildi. Bir serviste gündüz ve gece vardiyalarında çalışan tüm hemşirelere ulaşabilmek için en az üç, en fazla dört kez gidilerek eğitim verildi. Böylece deney grubu servislerinde çalışan bütün hemşirelere ulaşıldı. Bu uygulama her servis için ayrı ayrı uygulandı. Her serviste bir gösterge eğitimi tamamlandıktan sonra diğer göstergenin eğitimine geçildi. İş başı eğitimi yönteminin süresi literatürde önerildiği gibi ortalama 10-15 dakika olarak planlandı. Verilen iş başı eğitimleri en az 9 dakika, en fazla 13 dakika sürdü (Harward, 2020).

Verilen eğitimlerin başlıkları ve verilme sırası aşağıda belirtildi:

Eğitimler

- Hasta düşmeleri ve düşmelere yönelik alınacak önlemlerde hemşirelik uygulamaları
- Bası yarası ve bası yarasını önlemeye yönelik hemşirelik uygulamaları
- Ağrı yönetimi
- Periferik venöz kateter (PVK) komplikasyonları ve komplikasyonların önlenmesine yönelik hemşirelik uygulamaları
- İstenmeyen olay bildirimleri

Eğitimlerde kullanılacak olan materyaller literatür doğrultusunda (Sağlık Bakanlığı TKHK, 2014; Alcan ve diğ., 2011; SKS-Hastane V6, 2020) araştırmacı tarafından geliştirildi**.**

3.6.3. Eğitim Sonrası Sonuçların İzlenmesi

Tüm eğitimler tamamlandığında, hemşirelerin bilgi düzeylerindeki değişimi belirlemek amacıyla "**Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Bilgi Formu"** yeniden uygulandı. Verilen eğitimlerin uygulamaya etkisini belirlemek ve hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerindeki değişimi izlemek amacıyla da, tüm eğitimler bittikten 8 hafta sonra araştırmacı ve bu eğitimi almış deneyimli bir hemşire olan bir dış gözlemci tarafından servis ziyaretlerinde bulunularak uygulamalar **"Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri"** ve "**Birim Kalite Göstergeleri İzlem Formu**" ile değerlendirildi. Eğitim almış olan hemşirelerin eğitimi değerlendirmeleri **"İş Başı (Toolbox) Eğitimlerini Değerlendirme Formu"** ile yapıldı ve son olarak eğitim sonrası 8. hafta izleminden 4 hafta sonra **"Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri"** ve "**Birim Kalite Göstergeleri İzlem Formu**" ile yeniden değerlendirme yapılarak veri toplama aşaması sonlandırıldı.

3.7. VERİLERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, aşağıda belirtilen veri toplama araçları ile toplandı:

- Hemşire Bilgi Formu (Ek-3.2)
- Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Bilgi Formu (Ön test- Son test) (Ek-3.3)
- Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri (Ek-3.4)
- Birim Kalite Göstergeleri İzlem Formu (Ek-3.5)
- İş Başı (Toolbox) Eğitimlerini Değerlendirme Formu (Ek-3.6)

3.7.1. Hemşire Bilgi Formu

Bu form, araştırmaya katılan hemşirelerin demografik (5 soru; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yüksek lisans eğitimi), çalışma özelliklerini (5 soru; haftalık çalışma saati, meslekte çalışma yılı, çalışma şekli, çalışılan birim, kurum dışında alınan eğitim) belirlemeye yönelik toplamda 10 soru yer almaktadır. (Ek-3.2).

Birimdeki Bakım Kalitesini Değerlendirme Sorusu

Bu araştırmada, Aiken ve ark. (2002) tarafından geliştirilen 4 sorudan oluşan ölçeğin hemşirelerin çalıştıkları birimdeki bakım kalitesini değerlendirmesini içeren ilk maddesi kullanıldı. Bu soru, 4'lü Likert olarak "1=Zayıf, 2= Orta, 3= İyi, 4=Mükemmel" şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması İspir (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçekteki bu sorunun tekrar test sonuçları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuş ve iç tutarlılık kat sayısı 0,691 olarak saptanmıştır. Bulunan bu sonuca göre bu soru uyumlu olarak değerlendirilmiştir (İspir, 2020). (Ek-3.2).

3.7.2. Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Bilgi Formu (Ön Test-Son Test)

Bu form, deney grubuna verilecek iş başı eğitimi öncesinde ve tüm eğitimler tamamlandıktan sonra ise her iki grubu uygulandı. Deney ve kontrol grubunda olan hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve deney grubuna iş başında verilen eğitimin etkililiğini değerlendirmek amacıyla, ilgili literatür (Alcan ve diğ., 2011) ve güncel kalite rehberleri ışığında (Sağlık Bakanlığı TKHK, 2014; SKS-Hastane V6, 2020) araştırmacı tarafından geliştirildi. Geliştirilen formun yüzey geçerliğinin yapılması amacıyla form çalışmanın yapılacağı hastane dışında çalışan örneklem grubu ile benzer 20 hemşireye gönderildi ve soruları yanıtlamaları istendi. Hemşirelerin önerileri doğrultusunda düzeltmeler yapıldı. Bu form, çoktan seçmeli olarak yanıtlanan toplam 20 sorudan oluşmaktadır**.** (Ek-3.3)

3.7.3. Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Alcan ve diğ., 2011; Sağlık Bakanlığı TKHK, 2014; SKS-Hastane V6, 2020) geliştirilen taslak kontrol listeleri, birimdeki ağrı yönetimi, bası yarası, düşme riski, PVK komplikasyonu ve istenmeyen olay bildirimine yönelik izlem için geliştirilmiş olup beş bölümden oluşmaktadır (Ek-3.4). Her bir göstergenin uygulama kontrol maddelerini içeren bu formda sırasıyla ağrı yönetimine yönelik 8 madde, bası yarasını önlemeye yönelik uygulamaları içeren 9 madde, düşme riskini önlemeye yönelik 7 madde, istenmeyen olay bildirimine yönelik uygulamalar için 5 madde, PVK ile ilişkili komplikasyonu önlemeye yönelik uygulamaları içeren 7 madde mevcuttur. Her bir madde yapıldı (+) ve yapılmadı (-) olarak değerlendirilmektedir. Yapıldı (+) seçeneğinin araştırmacı tarafından işaretlenmesi hemşirenin o uygulamayı eksiksiz bir şekilde yaptığı anlamına gelmektedir. Geliştirilen kontrol listeleri araştırmacı ve danışman tarafından onaylandıktan

sonra, kapsam geçerliği için kontrol listeleri 4'ü akademisyen hemşire ve 3'ü uzman hemşire olmak üzere toplam 7 uzmana gönderildi. Kontrol listelerinde yer alan ifadelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini ve anlaşıla bilirliğini belirlemek amacıyla yapılan kapsam geçerliğinde Davis Tekniği kullanıldı. Davis Tekniği'nde uzmanlar her bir maddeyi 4'lü Likert olarak derecelendirmektedir (1-uygun değil, 4-çok uygun). Her bir maddeyi 3 veya 4 olarak değerlendiren uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlik indeksi hesaplanmaktadır. Kapsam geçerlik oranının kabul edilebilirliği için 0,80 üzerinde olması gerekmektedir (Davis, 1992). Uzmanların ifadelerin anlaşıla bilirliği açısından önerileri doğrultusunda İstenmeyen Olay Bildirimi Kontrol Listesi'nden bir madde çıkarıldı. Uzmanların kontrol listelerinin kapsam geçerliğine ilişkin değerlendirmeleri ve hesaplanan kapsam geçerliği indeksi puanları Tablo 3.4'te sunuldu.

Tablo 3.4: Hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri uygulama kontrol listelerine ilişkin uzman değerlendirmeleri ve kapsam geçerliği indeksi puanları.

AĞRI YÖNETİMİ	**DEĞERLENDİREN UZMANLAR**								
MADDE NUMARALARI	**U 1**	**U 2**	**U 3**	**U 4**	**U 5**	**U 6**	**U 7**	**TOPLAM PUAN**	**KGİ**
1	1	1	1	1	1	1	1	7	1
2	1	1	1	1	1	1	1	7	1
3	1	1	1	1	1	1	1	7	1
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1
5	1	1	1	1	1	1	1	7	1
6	1	1	1	1	1	1	1	7	1
7	1	1	1	1	1	1	1	7	1
8	1	1	1	0	1	1	1	6	0,86
								55	0,98
BASI YARASI	**DEĞERLENDİREN UZMANLAR**								
MADDE NUMARALARI	**U 1**	**U 2**	**U 3**	**U 4**	**U 5**	**U 6**	**U 7**	**TOPLAM PUAN**	**KGİ**
1	1	1	1	1	1	1	1	7	1
2	1	1	1	1	1	0	1	6	0,86
3	1	1	1	0	1	1	1	6	0,86
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1
5	1	1	0	1	1	1	1	6	0,86
6	1	1	1	1	1	1	1	7	1
7	1	1	1	1	1	1	1	7	1
8	1	1	1	1	1	1	1	7	1
9	1	1	1	1	1	1	1	7	1
								60	0,95
DÜŞME RİSKİ	**DEĞERLENDİREN UZMANLAR**								
MADDE NUMARALARI	**U 1**	**U 2**	**U 3**	**U 4**	**U 5**	**U 6**	**U 7**	**TOPLAM PUAN**	**KGİ**
1	1	1	0	1	1	1	1	6	0,86
2	1	1	1	1	1	1	1	7	1
3	1	1	1	1	1	1	1	7	1
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1
5	1	1	1	1	1	1	1	7	1
6	1	1	1	1	1	1	1	7	1
7	1	1	1	1	1	1	1	7	1
								48	0,98

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ	DEĞERLENDİREN UZMANLAR								
MADDE NUMARALARI	**U 1**	**U 2**	**U 3**	**U 4**	**U 5**	**U 6**	**U 7**	**TOPLAM PUAN**	**KGİ**
1	1	1	1	1	1	1	1	7	1
2	1	1	1	1	1	1	1	7	1
3	1	1	1	1	1	1	1	7	1
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1
5	1	1	1	1	1	1	1	7	1
								35	1,00

PVK KOMPLİKASYONU	DEĞERLENDİREN UZMANLAR								
MADDE NUMARALARI	**U 1**	**U 2**	**U 3**	**U 4**	**U 5**	**U 6**	**U 7**	**TOPLAM PUAN**	**KGİ**
1	1	1	1	1	1	1	1	7	1
2	1	1	1	1	1	1	1	7	1
3	1	1	1	1	1	1	1	7	1
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1
5	1	1	1	1	1	1	1	7	1
6	1	1	1	1	1	1	1	7	1
7	1	1	1	1	1	1	1	7	1
								49	1,00

U: Uzman, KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

Puanlama ve uzmanların ifadelerin anlaşıla bilirliğine yönelik geri bildirim süreçleri tamamlandığında kontrol listelerine son hali verildi ve veri toplama aşamasına hazır hale getirildi. Kapsam geçerliği yapılan kontrol listeleri, uygulamaların ne yönde değiştiğini belirlemek amacıyla **iş başı eğitimi öncesinde, eğitim sonrası izlem sürecinde ve sonrasında belirli periyotlarla (araştırmaya dâhil olan servislere 3 kez)** birisi araştırmacı birisi dış uzman olmak üzere iki bağımsız gözlemci tarafından uygulandı. Gözlemciler arası uyumu belirlemek üzere gözlemcilerin izlem puanları karşılaştırıldı ve gözlemciler arası uyum katsayısı hesaplandı. Analiz sonuçları Tablo 3.5 ve Tablo 3.6'te verildi.

Tablo 3.5:Gözlemcilerin izlem değerlerinin karşılaştırılması

	1.Gözlemci	**2.Gözlemci**	**Test İstatistiği**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	**p**
Ağrı Yönetimi 1.izlem	3,99±0,64	3,99±0,68	t=0,001	0,998
Ağrı Yönetimi 2.izlem	5,49±1,58	5,51±1,60	t=0,051	0,960
Ağrı Yönetimi 3.izlem	5,04±1,21	5,04±1,15	t=0,001	0,992
Bası Yarası 1.izlem	4,43±1,30	4,34±1,23	t=0,445	0,669
Bası Yarası 2.izlem	6,59±1,66	6,52±1,72	t=0,286	0,781
Bası Yarası 3.izlem	5,88±1,59	5,89±1,58	t=0,051	0,924
Düşme 1.izlem	4,43±0,82	4,56±0,94	t=0,915	0,141
Düşme 2.izlem	5,77±1,05	5,83±1,02	t=0,390	0,719
Düşme 3.izlem	5,10±0,99	5,15±0,92	t=0,337	0,823
Olay Bildirim 1.izlem	2,14±0,84	2,18±0,89	t=0,278	0,808
Olay Bildirim 2.izlem	3,51±1,23	3,59±1,22	t=0,461	0,627

Tablo 3.5:Gözlemcilerin izlem değerlerinin karşılaştırılması (Devam)

Olay Bildirim 3.izlem	3,10±0,97	3,17±0,96	t=0,417	0,642
PVK 1.izlem	3,92±0,87	3,84±1,03	t=0,508	0,626
PVK 2.izlem	5,18±1,08	5,14±1,18	t=0,213	0,962
PVK 3.izlem	4,71±1,12	4,79±1,10	t=0,434	0,663

t:Bağımsız örneklem t testi

Tablo 3.6: Sınıf içi korelasyon katsayısı değerleri

	Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient)	**p**
Tüm Değerler	0,926	**<0,001**
Ağrı Yönetimi	0,848	**<0,001**
Bası Yarası	0,804	**<0,001**
Düşme	0,604	**<0,001**
Olay Bildirim	0,779	**<0,001**
PVK	0,756	**<0,001**

r:Pearson kolerasyon testi

Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin izlemlerinde kullanılan ağrı yönetimi, bası yarası, düşme, istenmeyen olay bildirimi, PVK ve tüm izlem puanları için two-way mixed modeli ile sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplandı. Two-way mixed pearson model iki farklı gözlemci tarafından 3 farklı zamanda ölçüm yapıldığında kullanılan bir modeldir. Gözlemcilere göre tüm izlem değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3.5). Gözlemcilerin sınıf içi korelasyon katsayılarında tutarlılık (consistency) değerleri incelendi. Tüm değerler için sınıf içi korelasyon katsayısı 0,926 olarak bulundu ($p<0,001$) (Tablo 3.6). Sınıf içi korelasyon katsayısı, ağrı yönetimi için 0,848, bası yarası için 0,804, düşme için 0,604, istenmeyen olay bildirim için 0,779, PVK için ise 0,756 olarak belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 3.6). Bu sonuçlara göre iki gözlemci arasında tutarlılık olduğu görüldü.

3.7.4. Birim Kalite Göstergeleri İzlem Formu

İş başı eğitimleri verilmeden önce ve sonra araştırmacı tarafından kullanılan bu form, literatür ışığında araştırmacı tarafından geliştirildi (Alcan ve diğ., 2011; Sağlık Bakanlığı TKHK, 2014; SKS-Hastane V6, 2020). Bu formda (Ek-3.5), eğitim öncesi ve sonrasında takip edilen 5 adet hemşireliğe duyarlı kalite göstergesi (düşme oranları, ağrı yönetimi doğru yapılan hasta oranı, bası yarası oranları, PVK komplikasyonu ve istenmeyen olay bildirim oranları) ve ortalama hasta yatış gün sayısına ilişkin veriler yer almaktadır.

3.7.5. İş Başı (Toolbox) Eğitimlerini Değerlendirme Formu

İş Başı (Toolbox) Eğitimlerini Değerlendirme Formu (Ek-3.6), araştırmaya katılan hemşirelerin eğitimler sonrasında iş başı eğitim yöntemini değerlendirmeleri amacıyla araştırmacı tarafından literatür ışığında (Eviren, 2018; Özdemir, 2009) geliştirildi. Değerlendirme formunda evet ve hayır seçeneği ile değerlendirilen toplam 11 madde ve bir açık uçlu soru olmak üzere toplamda 12 sorudan oluşmaktadır.

3.8. VERİ ANALİZİ

Araştırmanın verileri, bilgisayar ortamında IBM SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normallik analizinde Kolmogorov-Smirnov ve grafik testleri kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler kullanıldı. Cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışılan birim gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan ön test, son test puanları (Ağrı puanı, Düşme puanı, İstenmeyen Olay Bildirim puanı, Bası yarası puanı, PVK puanı, Toplam puan), izlem değerleri ve birim kalite göstergeleri değerleri gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu incelendi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uydukları belirlendi bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortalama±standart sapma değerleri kullanıldı. Deney ve kontrol gruplamasına göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare (χ^2) test istatistiği verildi. Ayrıca gözlemciler arası uyumun belirlenmesi amacıyla sınıf içi kolerasyon testi yapıldı ve sınıf içi kolerasyon katsayısı değeri verildi. Sınıf içi kolerasyon sayısın belirlenmesi için Two-way mixed pearson model kullanıldı.

Deney ve kontrol gruplarına göre ön test, son test puanları (Ağrı puanı, Düşme puanı, İstenmeyen Olay Bildirim puanı, Bası yarası puanı, PVK puanı, Toplam puan), izlem değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Gruplara göre son test ağrı puanlarının karşılaştırılmasında ön test ağrı puanlarının ortak değişken olarak kontrol edildiği Kovaryans Analizi (ANCOVA) yapıldı.

Grupların ön ve son test puanlarının kendi içinde karşılaştırılmasında bağımlı örneklem t testi kullanıldı. İzlem değerlerinin (1.izlem, 2.izlem, 3.izlem) kendi içinde

karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (repeated measures ANOVA) sonuçları kullanıldı.

İki grubun (deney ve kontrol) için ağrı, düşme, istenmeyen olay bildirim, bası yarası, PVK, toplam puanlarının ölçüm zamanlarında (ön test, son test) farklılık gösterip göstermediğini incelemek için iki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA) sonuçları kullanıldı. İlgili analizlerde küresellik varsayımına yönelik Greenhouse-Geisser düzeltmesi sonuçları verildi. Ayrıca iki grubun (deney ve kontrol) için izlem değerlerinin ölçüm zamanlarında (1.izlem, 2.izlem, 3.izlem) farklılık gösterip göstermediğini incelemek için iki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA) sonuçları kullanıldı.

Aynı şekilde ön ve son test puanları ile izlem değerleri, kalite göstergeleri arasında yapılan korelasyon analizinde ise Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.9. ETİK KONULAR

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığına başvurularak etik kurul izni alındı (Tarih: 06.05.2021, Karar No:14) (Ek-3.7.). Bununla birlikte, çalışmanın yapılacağı hastane yönetiminden yazılı izin alındı (Ek-3.8). Ayrıca araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılan hemşirelere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı (Ek-3.9), (Ek-3.10).

3.10. SINIRLILIKLAR

Araştırma, CONSORT kılavuzuna uygun olarak gerçekleştirilmesine karşın yalnızca bir hastanede gerçekleştirilmiş olması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Hemşirelerin konuyla ilgili aldıkları önceki eğitimlerin ve uygulamalara ilişkin deneyimlerinin sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, aşağıda belirtilen 6 ana başlıkta incelenmiştir.

4.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.2. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN ÖN TEST SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

4.3. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN SON TEST SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

4.4. GÖZLEMCİLERİN İZLEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.5. BİRİM KALİTE GÖSTERGELERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRMALARA İLİŞKİN BULGULAR

4.6. İŞ BAŞI EĞİTİMLERİ DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1: Deney ve kontrol gruplarında yer alan hemşirelerin özellikleri (N=77)

	Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**	**Test istatistiği**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	**p**
Yaş	31,81±6,33	30,77±5,69	t=0,763	0,448
Haftalık çalışma süresi	41,97±3,19	41,79±3,01	t=0,253	0,801
	n (%)	**n (%)**	**^{2}**	**p**
Cinsiyet				
Kadın	31 (81,6)	30 (76,9)	0,253	0,615
Erkek	7 (18,4)	9 (23,1)		
Öğrenim Düzeyi				
Sağlık meslek lisesi	9 (23,7)	3 (7,7)		
Lisans	28 (73,7)	34 (87,2)	*	*
Lisansüstü	1 (2,6)	2 (5,1)		
Medeni Durum				
Evli	29 (76,3)	25 (64,1)	1,370	0,242
Bekar	9 (23,7)	14 (35,9)		

Tablo 4.1:Deney ve kontrol gruplarında yer alan hemşirelerin özellikleri (N=77) (Devamı)

Meslekteki Çalışma Süresi				
1-5 yıl	8 (21,1)	16 (41,0)		
Tablo 4.1: Deney ve kontrol gruplarında yer alan hemşirelerin özellikleri (devam)				
6-10 yıl	18 (47,4)	10 (25,6)	*	*
11-15 yıl	6 (15,8)	11 (28,2)		
16-20 yıl	2 (5,3)	1(2,6)		
21 yıl ve üzeri	4 (10,5)	1 (2,6)		
Çalışma Şekli				
Sürekli gündüz	12 (31,6)	8 (20,5)		
Sürekli gece	1 (2,6)	7 (17,9)	*	*
Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)	25 (65,8)	24 (61,5)		

Tablo 4.2: Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin eğitim alma durumları

	Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**	**Test istatistiği**	
	n (%)	**n (%)**	**^{2}**	**p**
Daha Önce Kalite Eğitimi Alma Durumu				
Evet	19 (50,0)	18 (46,2)	0,114	0,736
Hayır	19 (50,0)	21 (53,8)		
Aldıkları Eğitimler				
Hasta düşmeleri	9 (47,4)	4 (22,2)		
Bası yarası ve bası yarası önleme	4 (21,1)	4 (22,2)		
Ağrı yönetimi	3 (15,8)	6 (33,3)		
Periferik venöz katater enfeksiyonları	1 (5,3)	4 (22,2)	*	*
İstenmeyen olay bildirimleri	1 (5,3)	0 (0,0)		
Hasta düşmeleri+ Bası yarası ve bası yarası önleme	1 (5,3)	0 (0,0)		
Birimde Sunulan Hemşirelik Bakım Kalitesi Değerlendirmesi				
Mükemmel	8 (21,1)	1 (2,6)		
İyi	14 (36,8)	20 (51,3)	*	*
Orta	16 (42,1)	16 (41,0)		
Zayıf	0 (0,0)	2 (5,1)		

*t:Bağımsız örneklem t testi, ^{2}:Ki kare test istatistiği *Denek sayısı yetersiz olduğundan analiz yapılamadı.*

Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin özelliklerine Tablo 4.1'de yer verildi. Deney grubunda yer alan hemşirelerin (n=38) özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin yaş ortalamasının 31,81± 6,33 (en az 27, en fazla 47) olduğu, %81,6'sının (n=31) kadın, %73,7'sinin (n=28) lisans mezunu olduğu, %76,3'ünün evli olduğu, %47,4'ünün (n=18) 6-10 yıl mesleki deneyimi olduğu, %65,8'inin (n=25) vardiyalı (gece-gündüz dönüşümlü) olarak

çalıştığı ve haftalık çalışma saati ortalamasının 41,97±3,19 (en az 40, en fazla 50) olduğu belirlendi.

Hemşirelerin %50'sinin daha önce kalite eğitimi aldığı, eğitim alanlardan %47,4'ünün (n=9) hasta düşmeleri, %21,1'inin (n=4) bası yarası ve bası yarası önleme konusunda eğitim aldığı belirlendi. Deney grubundaki hemşirelerin %42,1'i (n=16) birimde sunulan hemşirelik bakım kalitesini orta, %36,8'i (n=14) ise iyi olarak değerlendirdi (Tablo 4.2).

Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin (n=39) özellikleri incelendiğinde ise hemşirelerin yaş ortalamasının 30,77± 5,69 (en az 23, en fazla 46) olduğu, %76,9'unun kadın (n=30), %87,2'sinin (n=34) lisans mezunu, %64,1'inin evli (n=25), %41'nin (n=16) 1-5 mesleki deneyiminin olduğu, %61,5'inin (n=24) vardiyalı çalıştığı ve haftalık ortalama çalışma saatinin 41,79±3,01 (en az 40, en fazla 50) olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki hemşirelerin %51,3'ü (n=20) birimlerinde sunulan hemşirelik bakım kalitesini iyi, %41' i (n=16) ise orta olarak değerlendirdi.(Tablo 4.1)

Deney grubu ile kontrol grubu arasında yaş, haftalık çalışma süresi, cinsiyet, medeni durum ve daha önce kalite eğitimi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi (p>0,05). Diğer özelikler açısından karşılaştırma testi yapılamadı.

Bireylerin yaş ortalaması 31,28±6,00 yıl (minimum 27, maksimum 47) olarak saptandı. Ayrıca bireylerin haftalık çalışma süresi ortalama 41,88±3,08'dir. Maksimum haftalık çalışma süresi 50.0 saat, minimum haftalık çalışma süresi 40,0 saattir (Tablo 4.1).

4.2. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN ÖN TEST SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3: Deney ve kontrol gruplarının ön test sonuçları (N=77)

Ön Test	**Deney**	**Kontrol**	**Test İstatistiği**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	**p**
Ön test düşme puanı	12,10±3,61	12,43±3,78	t=0,392	0,696
Ön test bası yarası puanı	14,60±3,92	15,26±4,28	t=0,695	0,489
Ön test ağrı yönetimi puanı	13,55±4,01	15,51±3,59	t=2,261	**0,027**
Ön test PVK puanı	12,24±4,30	13,46±4,46	t=1,225	0,224
Ön test istenmeyen olay puanı	10,66±2,64	10,89±3,60	t=0,332	0,741
Ön test toplam puanı	63,55±9,15	67,69±10,05	t=1,888	0,063

t:Bağımsız Örneklem t Testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine ilişkin bilgiyi ölçen ön test sonuçlarına ilişkin bulgulara Tablo 4.3'de yer verildi. Deney ve kontrol gruplarının ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=2,261, p=0,027, p<0,05). Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ağrı puan ortalaması, deney grubuna göre daha yüksek bulundu (p<0,05). Deney ve kontrol gruplarının ağrı dışında düşme, istenmeyen olay, bası yarası, PVK ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (p>0,05).

4.3. DENEY VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN HEMŞİRELERİN SON TEST SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.4: Deney ve kontrol gruplarının son test sonuçları

Son Test	**Deney**	**Kontrol**	**Test İstatistiği**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	**p**
Son test düşme puanı	17.50±3.24	13.20±3.14	t=5.912	**<0.001**
Son test bası yarası puanı	19.74±1.13	12.82±4.56	t=9.082	**<0.001**
*Son test ağrı yönetimi puanı	19,34±1,71	14,61±2,89	**F=91,612**	**<0,001**
Son test PVK puanı	18.68±2.23	13.33±5.17	t=5.867	**<0.001**
Son test istenmeyen olay puanı	15.00±2.59	10.51±3.20	t=6.740	**<0.001**
Son test toplam puanı	90.26±4.64	65.13±6.83	t=18.831	**<0.001**

*t:Bağımsız Örneklem t Testi *F: Öntest sonuçlarının anlamlı çıkması sonucunda (Tablo4.3) ANCOVA testi yapılmış ve F değeri verilmiştir*

Deney ve kontrol gruplarında yer alan hemşirelerin son test sonuçlarına ilişkin bulgulara Tablo 4.3'de yer verildi. Gruplara göre son test ağrı puanlarının karşılaştırılmasında Kovaryans Analizi (ANCOVA) yapılarak ön test ağrı puanları ortak değişken (kovaryans) olarak kontrol edildi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (p<0,05). Bununla birlikte, her iki grupta son test düşme, bası yarası, PVK, istenmeyen olay ve son test toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,05) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test puanlarının puan türlerine göre karşılaştırılması

	Deney Grubu (n=38)				**Kontrol Grubu (n=39)**			
	Ön test	**Son test**	**Test İstatistiği**		**Ön test**	**Son test**	**Test İstatistiği**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	**p**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**t**	**p**
Düşme Test Puanı	12,10±3,61	17,50±3,24	7,294	**<0,001**	12,43±3,78	13,20±3,14	1,062	0,295
Bası Yarası Test puanı	14,60±3,92	19,74±1,13	7,701	**<0,001**	15,26±4,28	12,82±4,56	2,903	**0,006**
Ağrı Yönetimi Test Puanı	13,55±4,01	19,34±1,71	9,463	**<0,001**	15,51±3,59	14,61±2,89	1,482	0,147
PVK Test Puanı	12,24±4,30	18,68±2,23	9,168	**<0,001**	13,46±4,46	13,33±5,17	0,110	0,913
İstenmeyen Olay Bildirimi Test Puanı	10,66±2,64	15,00±2,59	8,055	**<0,001**	10,89±3,60	10,51±3,20	0,502	0,618
Toplam puan	63,55±9,15	90,26±4,64	15,615	**<0,001**	67,69±10,05	65,13±6,83	1,515	0,138

t:Bağımlı örneklem t testi

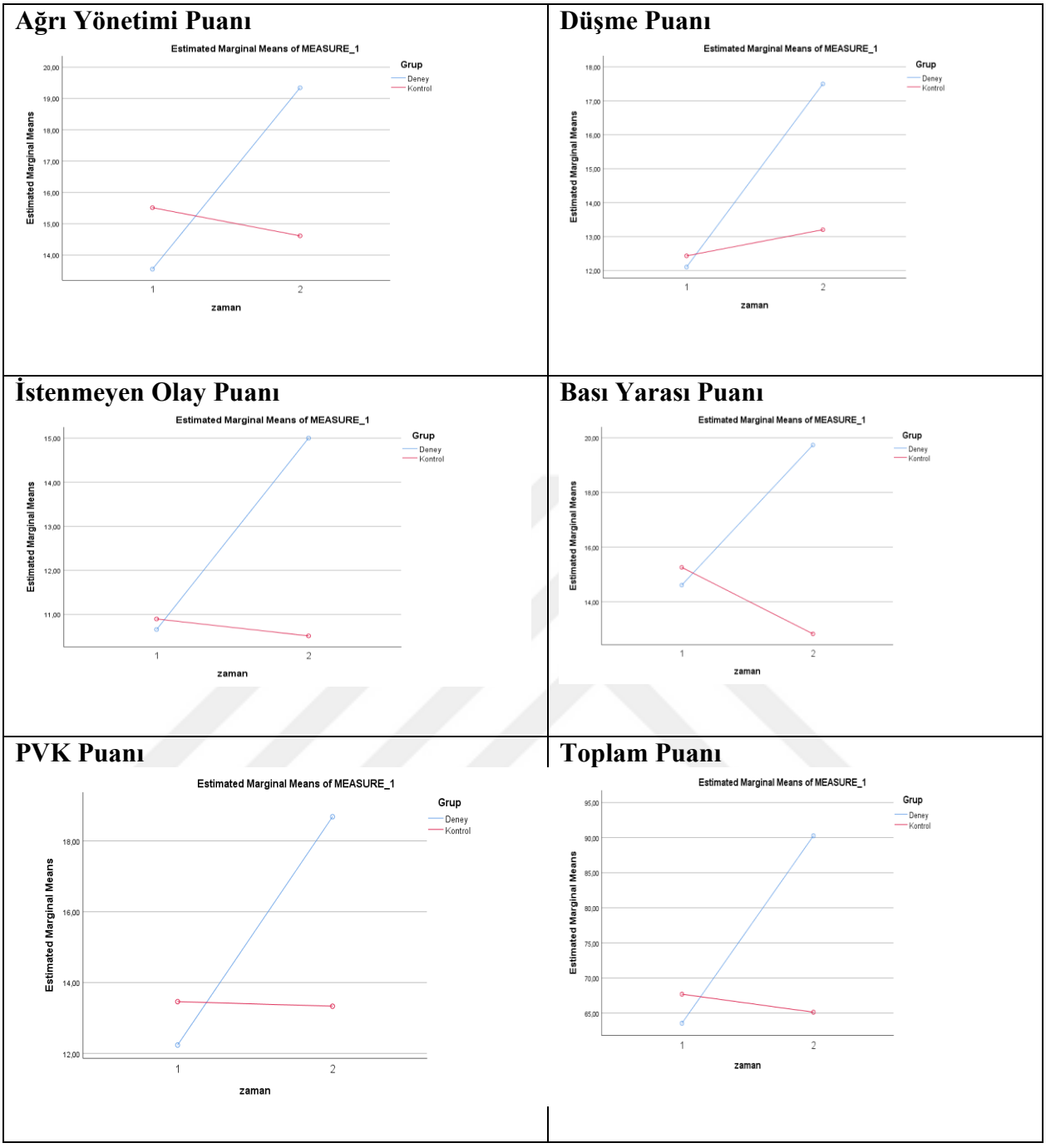
Deney grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test ağrı, düşme, istenmeyen olay, bası yarası, PVK ve toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (p<0,001). Deney grubunda yer alan hemşirelerin son test puanlarının ön test puanlarına göre anlamlı olarak arttığı saptandı (Tablo 4.5). Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında, yalnızca bası yarası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi (t=2,903 p=0,006). Bası yarası son test puan ortalamasının (12,82±4,56), ön test puanı ortalamasına göre (15,26±4,28) azaldığı belirlendi. Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test ağrı yönetimi, düşme, istenmeyen olay bildirimi, PVK ve toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Tekrarlı ölçümlerde mix ANOVA sonuçları

		Deney Grubu (n=38)	Kontrol Grubu (n=39)	Test İstatistiği	
		Ort±SS	**Ort±SS**	**F**	**p**
Düşme Test Puanı	Ön test	12,10±3,61	12,43±3,78	F^1=11,186	p^1=**0,001**
	Son test	17,50±3,24	13,20±3,14	F^2=35,476	p^2<**0,001**
				F^3=19,977	p^3<**0,001**
Bası Yarası Test Puanı	Ön test	14,60±3,92	15,26±4,28	F^1=22,314	p^1<**0,001**
	Son test	19,74±1,13	12,82±4,56	F^2=6,289	p^2<**0,014**
				F^3=49,561	p^3<**0,001**
Ağrı Yönetimi Test Puanı	Ön test	13,55±4,01	15,51±3,59	F^1=5,649	p^1=**0,020**
	Son test	19,34±1,71	14,61±2,89	F^2=32,289	p^2<**0,001**
				F^3=60,329	p^3<**0,001**
PVK Test Puanı	Ön test	12,24±4,30	13,46±4,46	F^1=9,573	p^1=**0,003**
	Son test	18,68±2,23	13,33±5,17	F^2=21,194	p^2<**0,001**
				F^3=22,949	p^3<**0,001**
İstenmeyen Olay Bildirimi Test Puanı	Ön test	10,66±2,64	10,89±3,60	F^1=17,294	p^1<**0,001**
	Son test	15,00±2,59	10,51±3,20	F^2=17,693	p^2<**0,001**
				F^3=25,240	p^3<**0,001**
Toplam Test Puanı	Ön test	63,55±9,15	67,69±10,05	F^1=59,682	p^1<**0,001**
	Son test	90,26±4,64	65,13±6,83	F^2=100,705	p^2<**0,001**
				F^3=148,023	p^3<**0,001**

*F:İki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA testi), F^1=Gruplar arası, F^2= zamana bağlı ölçümler arası, F^3=grup*zaman.*

Ön test ve son test olarak tekrarlı ölçümlerde puanlar arasındaki mix ANOVA sonuçlarına Tablo 4.6'te yer verildi. Buna göre, tüm puanlarda deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (p<0,001). Aynı şekilde tüm puanlarda zamana bağlı anlamlı farklılık belirlendi. Buna ek olarak grup*zaman etkileşimi de değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (p<0,001) (Tablo 4.6). Zamana bağlı puan değişimi değerlendirildiğinde, deney grubunda yer alan hemşirelerin puanlarında bir yükselme görülürken kontrol gruplarında yer alan bazı hemşirelerin puanlarında düşüş gözlemlendi. Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin bir kısmında ise puan değişimi gözlenmedi. Elde edilen bulgulara göre H1 hipotezi doğrulandı. Zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubundaki puanların değişimi Şekil 4.1'de gösterildi (Şekil 4.1).



Şekil 4.1: Zamana bağlı olarak deney ve kontrol gruplarındaki puanların değişimi

4.4.GÖZLEMCİLERİN İZLEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.4.1. Gözlemcilerin Deney ve Kontrol Grubu İzlemlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7: Gözlemcilerin deney ve kontrol grupları izlem sonuçlarının karşılaştırılması

		1. Gözlemci		2. Gözlemci	
		Deney	**Kontrol**	**Deney**	**Kontrol**
Düşme 1.izlem	**Ort±SS**	4,05±0,84	4,79±0,61	4,10±1,03	5,00±0,56
	Test /p	t=4,445	**p<0,001**	t=4,733	**p<0,001**
Düşme 2.izlem	**Ort±SS**	6,68±0,47	4,87±0,57	6,71±0,51	4,97±0,54
	Test /p	t=15,183	**p<0,001**	t=14,467	**p<0,001**
Düşme 3.izlem	**Ort±SS**	5,84±0,55	4,38±0,78	5,79±0,58	4,54±0,75
	Test /p	t=9,457	**p<0,001**	t=8,150	**p<0,001**
Bası Yarası 1.izlem	**Ort±SS**	3,71±1,14	5,13±1,05	3,68±1,16	4,97±0,93
	Test /p	t=5,672	**p<0,001**	t=5,374	**p<0,001**
Bası Yarası 2.izlem	**Ort±SS**	8,13±0,41	5,10±0,82	8,08±0,49	5,00±0,94
	Test p	t=20,366	**p<0,001**	t=17,889	**p<0,001**
Bası Yarası 3.izlem	**Ort±SS**	7,24±0,71	4,56±0,99	7,26±0,64	4,56±0,97
	Test /p	t=13,515	**p<0,001**	t=14,365	**p<0,001**
Ağrı Yönetimi 1.izlem	**Ort±SS**	3,84±0,44	4,13±0,77	3,79±0,47	4,18±0,79
	Test /p	t=2,004	**p=0,049**	t=2,617	**p=0,011**
Ağrı Yönetimi 2.izlem	**Ort±SS**	6,95±0,65	4,08±0,66	6,95±0,73	4,10±0,72
	Test /p	t=19,082	**p<0,001**	t=17,201	**p<0,001**
Ağrı Yönetimi 3.izlem	**Ort±SS**	6,10±0,51	4,00±0,65	6,05±0,46	4,05±0,65
	Test /p	t=15,815	**p<0,001**	t=15,589	**p<0,001**
PVK 1.izlem	**Ort±SS**	3,53±0,76	4,31±0,79	3,39±0,64	4,28±1,14
	Test /p	t=4,388	**p<0,001**	t=4,182	**p<0,001**
PVK 2.izlem	**Ort±SS**	6,08±0,36	4,31±0,79	6,10±0,31	4,20±0,92
	Test /p	t=12,481	**p<0,001**	t=12,043	**p<0,001**
PVK 3.izlem	**Ort±SS**	5,55±0,60	3,89±0,88	5,63±0,49	3,97±0,90
	Test /p	t=9,592	**p<0,001**	t=9,978	**p<0,001**
İstenmeyen Olay Bildirim 1.izlem	**Ort±SS**	1,81±0,83	2,46±0,72	1,74±0,79	2,61±0,78
	Test /p	t=3,641	**p=0,001**	t=4,890	**p<0,001**
İstenmeyen Olay Bildirim 2.izlem	**Ort±SS**	4,58±0,55	2,46±0,68	4,60±0,55	2,61±0,81
	Test /p	t=14,950	**p<0,001**	t=12,547	**p<0,001**
İstenmeyen Olay Bildirim 3.izlem	**Ort±SS**	3,92±0,43	2,31±0,61	3,87±0,41	2,49±0,85
	Test /p	t=13,354	**p<0,001**	t=8,989	**p<0,001**

t:Bağımsız örneklem t testi

Birinci ve ikinci gözlemcinin izlem sonuçları deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılarak Tablo 4.8'de sunuldu. Birinci gözlemcinin deney ve kontrol gruplarına göre tüm izlem puanları arasında anlamlı bir farklılık belirlendi (p<0,05). Deney grubundaki hemşirelerin ağrı yönetimi, 2. izlem, ağrı yönetimi, 3. izlem, bası yarası 2. izlem, bası yarası 3. izlem, düşme 2. izlem, düşme 3. izlem, istenmeyen olay bildirim 2. izlem, istenmeyen olay bildirim 3. izlem, PVK 2. izlem, PVK 3. izlem puan ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ancak deney grubundaki hemşirelerin bası yarası 1. izlem, düşme 1. izlem, istenmeyen olay bildirim 1. izlem, PVK 1. izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük belirlendi (Tablo 4.7).

İkinci gözlemcinin deney ve kontrol gruplarına göre tüm izlem puanları arasında anlamlı bir farklılık belirlendi (p<0,05). Deney grubundaki bireylerin ağrı 2. izlem, ağrı yönetimi 3. izlem, bası yarası 2. izlem bası yarası 3. izlem, düşme 2. izlem, düşme 3. izlem, istenmeyen olay bildirimi 2. izlem, istenmeyen olay bildirimi 3. izlem, PVK 2. izlem, PVK 3. izlem puan ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca deney grubundaki bireylerin ağrı yönetimi 1. izlem, bası yarası 1. izlem, düşme 1. izlem, istenmeyen olay bildirimi 1. izlem, PVK 1. izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük belirlendi (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Birinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının karşılaştırılması

		Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**
		Ort±SS	**Ort±SS**
Ağrı Yönetimi İzlem Puanı	**1.izlem**	3,84±0,44[a]	4,13±0,77[a]
	2.izlem	6,95±0,65[b]	4,08±0,66[b]
	3.izlem	6,10±0,51[c]	4,00±0,65[c]
	Test istatistiği	F=310,800	1,946
	p	**<0,001****	0,162
Bası Yarası İzlem Puanı	**1.izlem**	3,71±1,14[a]	5,13±1,05[a]
	2.izlem	8,13±0,41[b]	5,10±0,82[b]
	3.izlem	7,24±0,71[c]	4,56±0,99[c]
	Test istatistiği	F=488,681	13,219
	p	**<0,001****	**<0,001****
Düşme İzlem Puanı	**1.izlem**	4,05±0,84[a]	4,79±0,61[a]
	2.izlem	6,68±0,47[b]	4,87±0,57[b]
	3.izlem	5,84±0,55[c]	4,38±0,78[c]
	Test istatistiği	F=155,138	13,275
	p	**<0,001****	**<0,001****

Tablo 4.8 (devamı): Birinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının karşılaştırılması

İstenmeyen Olay Bildirim İzlem Puanı	**1.izlem**	1,81±0,83[a]	2,46±0,72[a]
	2.izlem	4,58±0,55[b]	2,46±0,68[b]
	3.izlem	3,92±0,43[c]	2,31±0,61[c]
	Test istatistiği	F=344,608	3,864
	p	**<0,001****	**0,043***
PVK İzlem puanı	**1.izlem**	3,53±0,76	4,31±0,79
	2.izlem	6,08±0,36	4,31±0,79
	3.izlem	5,55±0,60	3,89±0,88
	Test istatistiği	F=219,407	12,206
	p	**<0,001****	**<0,001****

*F: Tekrarlı ölçümlerde ANOVA test istatistiği,*p<0,05,**p<0,01, a-c: Aynı harfle gösterilen izlemler arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.*

Birinci gözlemcinin deney ve kontrol grubunun 1., 2. ve 3. izlemlerine ilişkin puanlar karşılaştırıldığında, deney grubundaki ağrı yönetimi, bası yarası, düşme, istenmeyen olay bildirimi, PVK izlem puanları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi (p<0,01) (Tablo 4.8). Kontrol grubunun 1., 2. ve 3. izlemleri arasında ise yalnızca ağrı yönetimi puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0,05). Kontrol grubundaki bası yarası, düşme, istenmeyen olay bildirimi, PVK izlem puanları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Birinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının ikili karşılaştırılması

	Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**
Düşme Puanı		
Düşme 1.izlem* Düşme 3.izlem	**<0,001**	**0,010**
Düşme 1.izlem* Düşme 2.izlem	**<0,001**	0,971
Düşme 3.izlem* Düşme 2.izlem	**<0,001**	**<0,001**
Bası Yarası Puanı		
Bası Yarası 1.izlem* Bası Yarası 3.izlem	**<0,001**	**0,002**
Bası Yarası 1.izlem* Bası Yarası 2.izlem	**<0,001**	1,000
Bası Yarası 3.izlem* Bası Yarası 2.izlem	**<0,001**	**<0,001**
Ağrı Puanı	p	p
Ağrı Yönetimi 1.izlem*Ağrı Yönetimi 3.izlem	**<0,001**	**d**
Ağrı Yönetimi 1.izlem*Ağrı Yönetimi 2.izlem	**<0,001**	**d**

Tablo 4.9 (devamı): Birinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının ikili karşılaştırılması

Ağrı Yönetimi 3.izlem*Ağrı Yönetimi 2.izlem	**<0,001**	**d**
PVK Puanı		
PVK 1.izlem* PVK 3.izlem	**<0,001**	**0,003**
PVK 1.izlem* PVK 2.izlem	**<0,001**	1,000
PVK 3.izlem* PVK 2.izlem	**<0,001**	**0,001**
İstenmeyen Olay Bildirim Puanı		
İstenmeyen Olay bildirim 1.izlem* İstenmeyen Olay bildirim 3.izlem	**<0,001**	0,170
İstenmeyen Olay bildirim 1.izlem* İstenmeyen Olay bildirim 2.izlem	**<0,001**	1,000
İstenmeyen Olay bildirim 3.izlem* İstenmeyen Olay bildirim 2.izlem	**<0,001**	**0,034**

İki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA).

***d:** Kontrol Grubunda yer alan hemşirelerin 1., 2. ve 3. izlemleri arasında anlamlılık saptanmadığı (Tablo 4.8 bkz.) için ikili karşılaştırma testi two way anova yapılmadı.*

Birinci gözlemcinin ağrı, bası yarası, düşme, istenmeyen olay bildirimi ve PVK izlemlerine ilişkin elde edilen puanların ikili karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.8'da verildi. Deney grubunda tüm izlemlerin ikili karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,001). Kontrol grubunda ise bası yarası 1. İzlem ile 3. İzlemler ve 3. İzlem ile 2. İzlem arasında anlamlılık saptandı (p<0,005). Düşme riski izlem puanları karşılaşmalarında 1. İzlem ile 3. İzlem arasında (p=0.010**)** ve 3. İzlem ile 2. İzlem arasında anlamlı farklılıklar saptandı (p<0,001). İstenmeyen olay bildirim izlem puanı bakımından ikili karşılaştırmalarda istenmeyen olay bildirim 3.izlem ile istenmeyen olay bildirim 2.izlem arasında anlamlı farlılıklar tespit edildi (p=0.034). Ayrıca PVK izlem puanı bakımından ikili karşılaştırmalarda PVK 1.izlem ile PVK 3.izlem, PVK 3.izlem ile PVK 2.izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p=0.003, p=0.001) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Birinci gözlemcinin tekrarlı izlemlerine ilişkin mix ANOVA sonuçları

		Deney	**Kontrol**	**Test İstatistiği**	
		Ort±SS	**Ort±SS**	**F**	**p**
Düşme İzlem Puanı	**1.izlem**	4,05±0,84	4,79±0,61	F^1=65,335	p^1<**0,001**
	2.izlem	6,68±0,47	4,87±0,57	F^2=110,198	p^2<**0,001**
	3.izlem	5,84±0,55	4,38±0,78	F^3=115,063	p^3<**0,001**
Bası Yarası İzlem Puanı	**1.izlem**	3,71±1,14	5,13±1,05	F^1=71,004	p^1<**0,001**
	2.izlem	8,13±0,41	5,10±0,82	F^2=267,693	p^2<**0,001**
	3.izlem	7,24±0,71	4,56±0,99	F^3=325,258	p^3<**0,001**

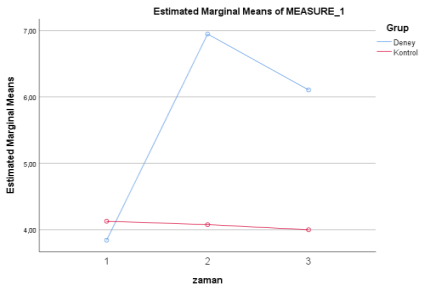
Tablo 4.10 (devam): Birinci gözlemcinin tekrarlı izlemlerine ilişkin mix ANOVA sonuçları

Ağrı Yönetimi Puanı	**1.izlem**	3,84±0,44	4,13±0,77	F^1=182,515	p1<**0,001**
	2.izlem	6,95±0,65	4,08±0,66	F^2=238,830	p^2<**0,001**
	3.izlem	6,10±0,51	4,00±0,65	F^3=263,776	p^3<**0,001**
PVK İzlem Puanı	**1.izlem**	3,53±0,76	4,31±0,79	F^1=41,596	p^1<**0,001**
	2.izlem	6,08±0,36	4,31±0,79	F^2=130,444	p^2<**0,001**
	3.izlem	5,55±0,60	3,89±0,88	F^3=162,537	p^3<**0,001**
İstenmeyen Olay Bildirim İzlem Puanı	**1.izlem**	1,81±0,83	2,46±0,72	F^1=63,271	p^1<**0,001**
	2.izlem	4,58±0,55	2,46±0,68	F^2=252,615	p^2<**0,001**
	3.izlem	3,92±0,43	2,31±0,61	F^3=271,207	p^3<**0,001**

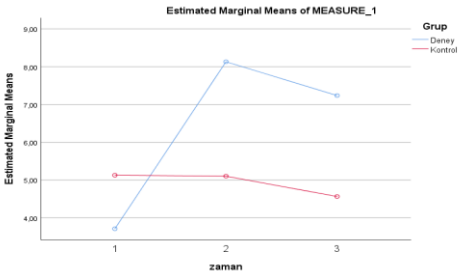
F:İki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA testi), F^1=Gruplar arası, F^2= zamana bağlı ölçümler arası, F^3= grup zaman.*

Birinci gözlemcinin tekrarlı izlemlerine ilişkin mix ANOVA sonuçlarına Tablo 4.12'de yer verildi. Buna göre, deney ve kontrol grubu arasında tüm izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (F^1 değerleri, p<0,001). Ayrıca tüm izlem puanlarının zamana bağlı olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (F^2 değerleri; p<0,001). Yine tüm izlem puanlarında Grup* Zaman etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F^3 değerleri, p<0,001) (Tablo 4.10) Birinci gözlemcinin zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubu izlem puanlarındaki değişim Şekil 4.2'de gösterildi (Şekil 4.2).

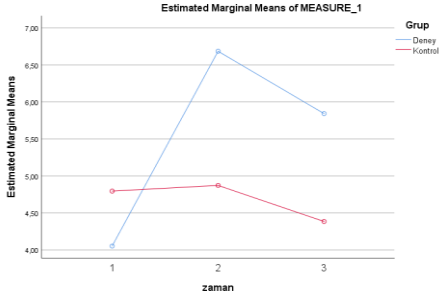
Ağrı Puanı



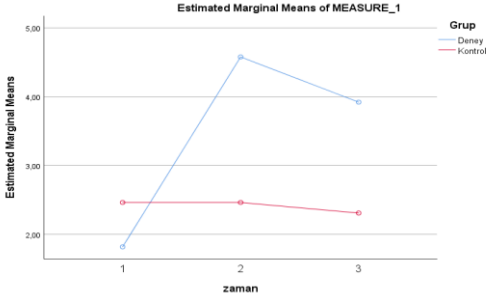
Bası Yarası

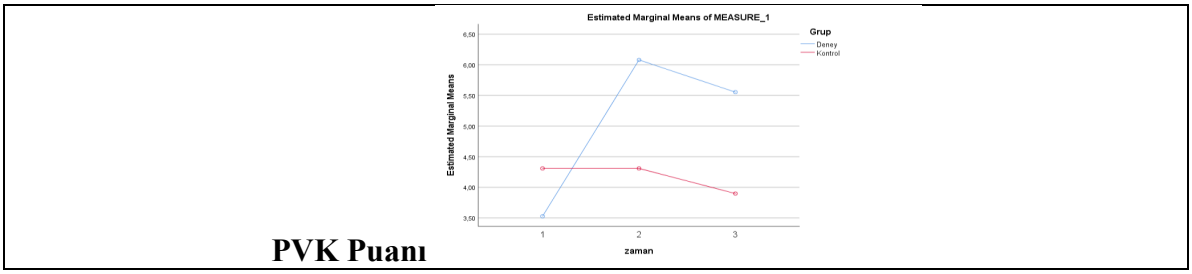


Düşme



Olay Bildirim





Şekil 4.2: Birinci gözlemcinin zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubu izlem puanlarındaki değişim

Tablo 4.11: İkinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının karşılaştırılması

		Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**
		Ort±SS	**Ort±SS**
Düşme İzlem Puanı	**1.izlem**	4,10±1,03	5,00±0,56
	2.izlem	6,71±0,51	4,97±0,54
	3.izlem	5,79±0,58	4,54±0,75
		114,984	12,933
		<0,001**	**<0,001****
Bası Yarası İzlem Puanı	**1.izlem**	3,68±1,16	4,97±0,93
	2.izlem	8,08±0,49	5,00±0,94
	3.izlem	7,26±0,64	4,56±0,97
	Test istatistiği	291,675	12,091
	p	**<0,001****	**<0,001****
Ağrı Yönetimi İzlem Puanı	**1.izlem**	3,79±0,47	4,18±0,79
	2.izlem	6,95±0,73	4,10±0,72
	3.izlem	6,05±0,46	4,05±0,65
	Test istatistiği	349,188	2,843
	p	**<0,001****	0,082
PVK İzlem puanı	**1.izlem**	3,39±0,64	4,28±1,14
	2.izlem	6,10±0,31	4,20±0,92
	3.izlem	5,63±0,49	3,97±0,90
	Test istatistiği	338,974	3,167
	p	**<0,001****	0,072
İstenmeyen Olay Bildirim İzlem Puanı	**1.izlem**	1,74±0,79	2,61±0,78
	2.izlem	4,60±0,55	2,61±0,81
	3.izlem	3,87±0,41	2,49±0,85
	Test istatistiği	445,158	2,351
	p	**<0,001****	0,116

F: Tekrarlı ölçümlerde ANOVA test istatistiği, p<0,01.

İkinci gözlemcinin deney ve kontrol grubunun 1., 2. ve 3. izlemlerine ilişkin puanlar karşılaştırıldığında, deney grubundaki ağrı yönetimi, bası yarası, düşme, istenmeyen olay bildirim, PVK izlem puanları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4.11). Kontrol grubunun 1., 2. ve 3. izlemleri arasında ise yalnızca bası yarası ve düşme puanları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Kontrol grubundaki ağrı yönetimi, istenmeyen olay bildirim, PVK izlem puanları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: İkinci gözlemcinin deney ve kontrol grubu izlem puanlarının ikili karşılaştırılması

	Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**
Düşme Puanı	**p**	**p**
Düşme 1.izlem* Düşme 3.izlem	**<0,001****	**0,002****
Düşme 1.izlem* Düşme 2.izlem	**<0,001****	1,000
Düşme 3.izlem* Düşme 2.izlem	**<0,001****	**<0,001****
Bası Yarası Puanı	**p**	**p**
Bası Yarası 1.izlem* Bası Yarası 3.izlem	**<0,001****	**0,002****
Bası Yarası 1.izlem* Bası Yarası 2.izlem	**<0,001****	1,000
Bası Yarası 3.izlem* Bası Yarası 2.izlem	**<0,001****	**<0,001****
Ağrı Puanı	**p**	**p**
Ağrı Yönetimi 1.izlem*Ağrı Yönetimi 3.izlem	**<0,001****	e
Ağrı Yönetimi 1.izlem*Ağrı Yönetimi 2.izlem	**<0,001****	e
Ağrı Yönetimi 3.izlem*Ağrı Yönetimi 2.izlem	**<0,001****	e
PVK Puanı	**p**	**p**
PVK 1.izlem* PVK 3.izlem	**<0,001****	e
PVK 1.izlem* PVK 2.izlem	**<0,001****	e
PVK 3.izlem* PVK 2.izlem	**<0,001****	e
Olay Bildirim Puanı	**p**	**p**
Olay bildirim 1.izlem* Olay bildirim 3.izlem	**<0,001****	e
Olay bildirim 1.izlem* Olay bildirim 2.izlem	**<0,001****	e
Olay bildirim 3.izlem* Olay bildirim 2.izlem	**<0,001****	e

*İki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA),**p<0,01*

***e:** Kontrol Grubunda yer alan hemşirelerin 1., 2. ve 3. izlemleri arasında anlamlılık saptanmadığı (tablo 4.11 bkz.) için ikili karşılaştırma testi two way anova yapılmadı.*

İkinci gözlemcinin ağrı yönetimi, bası yarası, düşme, istenmeyen olay bildirimi ve PVK izlemlerinden elde edilen puanların ikili karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.12'de verildi. Deney grubunda tüm izlemlerin ikili karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptandı

(p<0,001). Kontrol grubunda ise bası Yarası izlem puanı bakımından ikili karşılaştırmalarda Bası Yarası 3.izlem* Bası Yarası 2.izlem, Bası Yarası 1.izlem* Bası Yarası 3.izlem arasında anlamlı fark saptandı (p<0.001, p=0.002). Düşme izlem puanı bakımından ikili karşılaştırmalarda ise düşme 1.izlem ile düşme 3.izlem, düşme 3.izlem ile düşme 2.izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p=0.002, p<0.001) (Tablo 4.12).

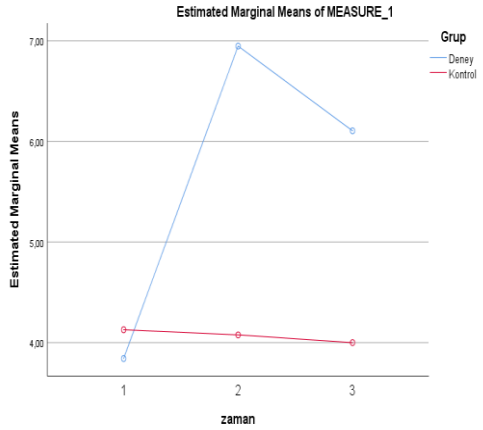
Tablo 4.13: İkinci gözlemcinin tekrarlı izlemlerine ilişkin mix ANOVA sonuçları

		Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**	**Test İstatistiği**	
		Ort±SS	**Ort±SS**	**F**	**p**
Düşme İzlem Puanı	1.izlem	4,10±1,03	5,00±0,56	F^1=43,640	p^1<**0,001**
	2.izlem	6,71±0,51	4,97±0,54	F^2=82,736	p^2<**0,001**
	3.izlem	5,79±0,58	4,54±0,75	F^3=97,399	p^3<**0,001**
Bası Yarası İzlem Puanı	1.izlem	3,68±1,16	4,97±0,93	F^1=88,459	p^1<**0,001**
	2.izlem	8,08±0,49	5,00±0,94	F^2=222,521	p^2<**0,001**
	3.izlem	7,26±0,64	4,56±0,97	F^3=251,098	p^3<**0,001**
Ağrı Yönetimi İzlem Puanı	1.izlem	3,79±0,47	4,18±0,79	F^1=137,160	p1<**0,001**
	2.izlem	6,95±0,73	4,10±0,72	F^2=280,085	p^2<**0,001**
	3.izlem	6,05±0,46	4,05±0,65	F^3=316,605	p^3<**0,001**
PVK izlem Puanı	1.izlem	3,39±0,64	4,28±1,14	F^1=34,529	p^1<**0,001**
	2.izlem	6,10±0,31	4,20±0,92	F^2=129,678	p^2<**0,001**
	3.izlem	5,63±0,49	3,97±0,90	F^3=166,298	p^3<**0,001**
İstenmeyen Olay Bildirim İzlem Puanı	1.izlem	1,74±0,79	2,61±0,78	F^1=31,117	p^1<**0,001**
	2.izlem	4,60±0,55	2,61±0,81	F^2=298,717	p^2<**0,001**
	3.izlem	3,87±0,41	2,49±0,85	F^3=315,165	p^3<**0,001**

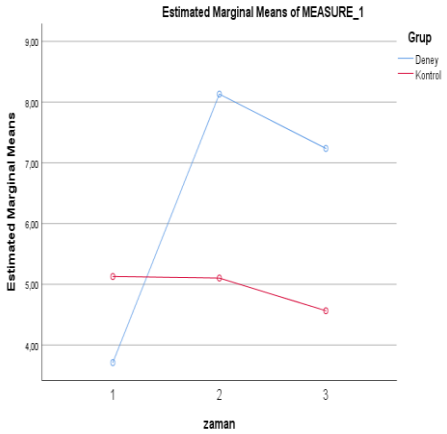
F:İki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA testi), F^1=Gruplar arası, F^2= zamana bağlı ölçümler arası, F^3= Grup zaman.*

İkinci gözlemcinin tekrarlı izlemlerine ilişkin mix ANOVA sonuçlarına Tablo 4.13'de yer verildi. Buna göre, deney ve kontrol grubu arasında tüm izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (F^1 değerleri, p<0,001). Ayrıca tüm izlem puanlarının zamana bağlı olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (F^2 değerleri; p<0,001). Yine tüm izlem puanlarında Grup* Zaman etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (F^3 değerleri, p<0,001) (Tablo 4.13). Elde edilen bulgulara göre H2 hipotezi doğrulandı. İkinci gözlemcinin zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubu izlem puanlarındaki değişim Şekil 4.3'de gösterildi (Şekil 4.3).

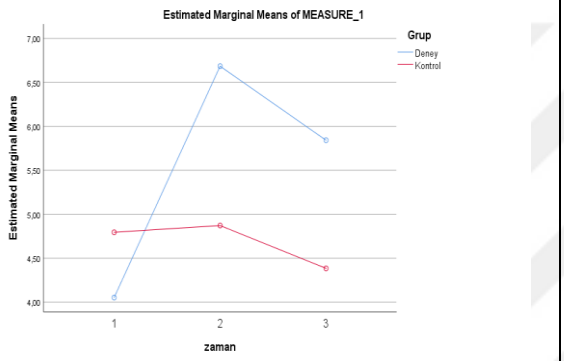
Ağrı Yönetimi Puanı



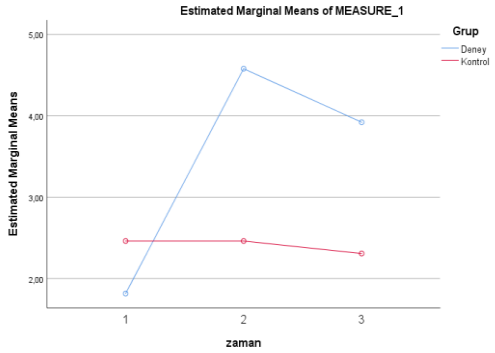
Bası Yarası Puanı



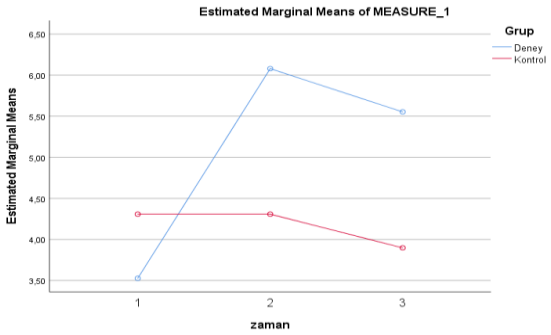
Düşme Puanı



Olay Bildirim Puanı



PVK Puanı



Şekil 4.3: İkinci gözlemcinin zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubu izlem puanları

4.5. BİRİM KALİTE GÖSTERGELERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRMALARA İLİŞKİN BULGULAR

Birim kalite göstergelerine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

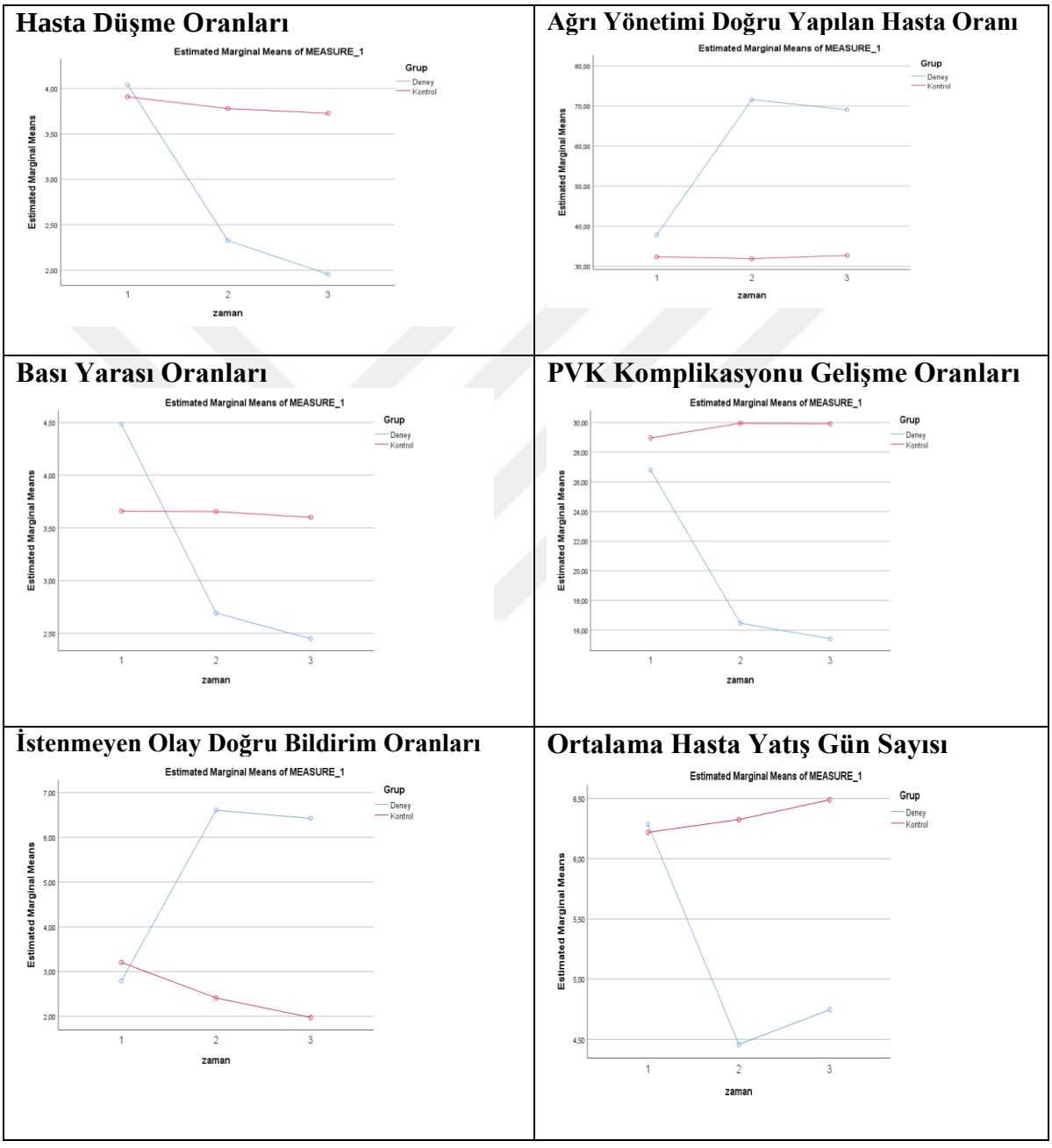
Tablo 4.14: Birim kalite göstergelerine göre deney ve kontrol grubunda tekrarlı ölçümlerde mix ANOVA sonuçları

		Deney Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=39)**	**Test İstatistiği**	
		Ort±SS	**Ort±SS**	**F**	**p**
Hasta düşme oranları	1.izlem	4,04±2,08	3,91±1,70	F^1=7,864	p^1=**0,006****
	2.izlem	2,32±1,97	3,78±1,62	F^2=109,972	p^2<**0,001****
	3.izlem	1,95±0,87	3,72±1,46	F^3=78,827	p^3<**0,001****
Bası yarası oranları	1.izlem	4,48±1,04	3,66±1,33	F^1=3,263	p^1=0,075
	2.izlem	2,69±0,66	3,65±1,33	F^2=289,187	p^2<**0,001****
	3.izlem	2,45±0,65	3,60±1,17	F^3=267,817	p^3<**0,001****
Ağrı yönetimi doğru yapılan hasta oranı	1.izlem	37,82±7,79	32,37±3,34	F^1=197,466	p^1<**0,001****
	2.izlem	71,61±13,53	31,91±2,71	F^2=672,636	p^2<**0,001****
	3.izlem	69,07±14,34	32,69±3,08	F^3=682,458	p^3<**0,001****
PVK komplikasyonu gelişme oranları	1.izlem	26,79±5,03	28,96±12,09	F^1=23,616	p^1<**0,001****
	2.izlem	16,46±3,81	29,45±12,33	F^2=246,571	p^2<**0,001****
	3.izlem	15,42±2,41	29,91±12,43	F^3=351,609	p^3<**0,001****
İstenmeyen olay bildirim doğru bildirim oranları	1.izlem	2,79±1,19	3,20±0,41	F^1=150,938	p^1<**0,001****
	2.izlem	6,60±1,19	2,41±0,82	F^2=111,845	p^2<**0,001****
	3.izlem	6,42±1,48	1,97±1,29	F^3=329,245	p^3<**0,001****
Ortalama hasta yatış gün sayısı	1.izlem	6,28±0,82	6,22±2,38	F^1=7,601	p^1=**0,007****
	2.izlem	4,46±0,48	6,32±2,69	F^2=174,352	p^2<**0,001****
	3.izlem	4,75±0,62	6,49±2,67	F^3=256,494	p^3<**0,001****

F:İki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA testi), F^1=Gruplar arası, F^2= zamana bağlı ölçümler arası, F^3= Grup zaman, **p<0,01.*

Deney ve kontrol grubunda yer alan servislerdeki birim kalite göstergeleri olarak belirlenen hasta düşme oranları, ağrı yönetimi doğru yapılan hasta oranı, bası yarası oranları, PVK komplikasyonu gelişme oranları, istenmeyen olay bildirim oranları ve ortalama yatış gün gün sayısı karşılaştırıldığında, bası yarasında 1. izlem dışında (p=0,075, p>0.05) diğer tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (F^1 değerleri, p<0,001). Deney grubunda, hasta düşme oranları, bası yarası oranları, PVK komplikasyonu gelişme oranları ve ortalama yatış gün sayısında azalma (ortalama gün sayısı 2. ve 3. İzlem hariç) belirlendi. Bununla birlikte, ağrı yönetimi doğru yapılan hasta oranı 1. İzleme göre 2.izlem artış gösterirken 3. izlemde ise bir düşüş görüldü. İstenmeyen olay bildirim oranlarında ise 1. İzleme göre 2. izlem ve 3. izlemlerde artış görüldü. Tüm göstergelerde zamana bağlı anlamlı farklılık belirlendi (F^2 değerleri, p<0,001). Ayrıca tüm göstergelerde grup* zaman etkileşimi

değerlendirildiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (F^3 değerleri, p<0,001). (Tablo 4.14). Bu bulgular doğrultusunda H3 hipotezi doğrulandı. Zamana bağlı olarak deney ve kontrol grubundaki birim kalite göstergelerinin değişimi Şekil 4.4'de gösterildi (Şekil 4.4).



Şekil 4.4: Zamana bağlı olarak gruplardaki kalite gösterge değerlerinin değişim grafikleri

4.6. İŞ BAŞI EĞİTİMLERİ DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.15: İş başı eğitimi değerlendirme maddelerine ilişkin bulgular

Değerlendirme ölçütleri	Evet n (%)	Hayır n (%)
Eğitim içeriğinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	38 (100.0)	0 (0.0)
Eğitimin amacı yeterince açıklandı.	38 (100.0)	0 (0.0)
Eğitimin içeriği amaca uygun hazırlanmıştı.	38 (100.0)	0 (0.0)
Eğitim içeriği uygulama alanına uygun hazırlanmıştı.	38 (100.0)	0 (0.0)
Eğitim konuları gereksinimlerime uygun hazırlanmıştı.	38 (100.0)	0 (0.0)
Eğitim diğer eğitim yöntemlerine göre daha anlaşılırdı.	38 (100.0)	0 (0.0)
Bu eğitim yöntemi toplu eğitim yöntemlerine göre daha yararlıydı.	38 (100.0)	0 (0.0)
Eğitim süresi yeterliydi.	38 (100.0)	0 (0.0)
Eğitim sırasında edindiğim bilgileri kolayca uygulamaya aktarabilirim ve işimde kullanabilirim.	38 (100.0)	0 (0.0)
Bu eğitim yöntemi klasik eğitim yöntemlerinden daha etkilidir.	38 (100.0)	0 (0.0)
Bu eğitim yönteminin hemşirelik hizmet içi eğitimlerde ve öğrenci eğitimde kullanılması diğer eğitim yöntemlerine göre daha yararlı olacaktır.	38 (100.0)	0 (0.0)

İş başı eğitimi alan hemşirelerin eğitime ilişkin değerlendirmelerine ilişkin bulgular Tablo 4.15' te verilmiştir. Buna göre eğitimi alan hemşirelerin tümü kullanılan eğitim yöntemini yararlı bulmuştur. Bununla birlikte bu eğitim yönteminin klasik eğitim yöntemlerin daha etkili bir yöntem olarak değerlendirmiştir. Buna ek olarak bu eğitim yönteminin hem hizmet içi eğitimlerde hem de öğrenci eğitimlerinde kullanılabilir sorusu hemşirelere yöneltilmiş hemşirelerin tamamı bu eğitimin hem hizmet içi hem de öğrenci eğitimde kullanılabileceği cevabını vermiştir. Bu değerlendirme sonucuna göre genel olarak bu eğitim yönteminin hemşireler tarafından olumlu karşılandığı ve yararlı bulunduğu saptandı.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular üç ana başlık altında, literatürdeki konu ile ilgili sınırlı sayıdaki çalışma sonuçları ile tartışıldı.

5.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDA YER ALAN HEMŞİRELERİN EĞİTİM ÖNCESİ ÖN TEST VE EĞİTİM SONRASI SON TEST SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu araştırmada eğitim öncesi ve sonrası her iki gruba da uygulanan ön test ve son test sonuçları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubunun *ön test puanlarında* yalnızca ağrı yönetimi testi puanları arasında anlamlı farklılık bulundu. Kontrol grubundaki hemşirelerin ön test ağrı yönetimi puanları, deney grubundan anlamlı olarak daha yüksek olarak belirlendi ($p<0,05$). Düşme, bası yarası, PVK ve istenmeyen olay bildirimi ve toplam test puanlarında kontrol grubundaki hemşirelerin puanları daha yüksek olmasına karşın, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun *son test puanları karşılaştırıldığında*; düşme, istenmeyen olay, bası yarası, PVK ve toplam puan arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Gruplara göre son test ağrı yönetimi puanlarının karşılaştırılmasında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanan ön test ağrı yönetimi puanları ortak değişken olarak kontrol edilerek karşılaştırma yapıldığında, grupların son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunda yer alan hemşirelerin tüm puanlarının kontrol grubundakilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. İş başı eğitiminin verildiği *deney grubunda yer alan hemşirelerin* düşme, bası yarası, ağrı yönetimi, PVK ve istenmeyen olay bildirimi *ön test ve son test puanları arasında* anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). *Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test puanları arasında* sadece bası yarası puanları arasında anlamlı farklılık bulundu. Kontrol grubunda bası yarası ön test puanının son test puanına göre azaldığı saptandı ($p<0,01$). Diğer yandan, ağrı yönetimi, düşme, PVK, istenmeyen olay bildirimi ve toplam test puanları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiş olup ($p>0,05$) düşme dışında son test puanlarının ön test puanlarına göre azaldığı bulundu.

*Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test puanları grup*zaman etkileşimi de dikkate alınarak karşılaştırıldığında*, ön test ve son test puanları arasında anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,01$). Deney grubunda yer alan hemşirelerin eğitim aldıktan bir hafta sonra uygulanan son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Kontrol grubunda yer alan hemşirelerde ise son test puanlarının çoğunun azalması, yetişkinlerde zaman geçtikçe var olan bilginin tekrarlanmaması durumunda unutulmasına neden olacağını düşündürmektedir. Her iki grupta ön test ve son test puanlarına göre yapılan analizlerden elde edilen bulgular, iş başında verilen eğitimlerin, hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine ilişkin bilgi düzeyini arttırdığını göstermektedir. Bu sonuç ile iş başı eğitiminin etkili olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, otoyol işçileri ile yapılan tek gruplu çalışmada (Al-Shabbani ve diğ., 2020), bir sayfalık materyallerle yapılan iş başı (toolbox) eğitimlerinin işçilerde eğitim sonrası bilgi düzeyini %45 oranında arttığı saptanmıştır. Al-sahabbani ve diğ. (2019) yaptığı başka bir çalışmada da, yine benzer bir sonuç elde etmiş, iş başı eğitimi alanlarda bilgi düzeyinin %28 arttığını ve bu eğitim yönteminin etkili olduğunu saptamıştır (Al-shabbani, 2019). Yapılan çalışmalarda çoğunlukla iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinde toolbox yöntemi kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan, ağır sanayi işçilerinde (Kalaora, 2002), demir çelik işçilerinde (Freschet, 2018), inşaat işçilerinde (Kaskutas ve diğ., 2016; Mushayi ve diğ., 2017) iş sağlığı ve güvenliği eğitiminin verildiği çalışmalarda, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarındaki bilgi düzeylerinin anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Mushayi ve diğ., (2017), verilen eğitim sonrası işçilerin bilgi düzeyindeki artış ile iş kazalarında anlamlı bir düşüş olduğunu saptamıştır (Mushayi ve diğ., 2017). Çin, Pakistan ve Hongkong'ta yapılan çok merkezli bir çalışmada (Choudhry ve diğ., 2008), inşaat işçilerine elektrik güvenliği ile ilgili verilen iş başı eğitimlerinin etkili olduğu saptanmıştır. İş başı eğitimleri çalışma saatlerinden tasarruf ederek iş gücü kaybının önlendiği belirtilmektedir. Bununla birlikte, eğitim öncesi her 1000 inşaat işçisinde 50 iş kazası gerçekleşirken eğitim sonrasında iş kazası oranı 26'ya düşmüştür (Choudhry ve diğ., 2008). İnşaat sektöründeki süpervizörler ile tek gruplu yarı deneysel tasarımdaki bir çalışmada eğitim almış olan süpervizörlerin güvenlik önlemlerine uyumunun %34,55'ten %48,39'a yükseldiği ve iş kazalarının azaldığı görülmüştür (Rice ve diğ., 2022). Çiftlikte çalışan işçilerin gıda ve hayvan güvenliği hakkında aldıkları iş başı eğitimlerinin (toolbox) etkili olduğu, iş başı

eğitimlerinden bütün çalışanların memnun kaldığı bunun yanında eğitim sonrası bilgi düzeylerinde ve gıda ürünleri kalitesinde anlamlı farklılık saptanmıştır (Rovai ve diğ., 2016).

Yarı deneysel tasarımdaki başka bir çalışmada (Olson ve diğ., 2016) ise inşaat işçilerinde verilen eğitim süresi ile eğitim etkinliği arasında anlamlı fark saptanmıştır. İş başı eğitimlerinin toplantı şeklinde yapılan eğitim yöntemine göre daha çok etkin olduğu ayrıca zaman açısından en avantajlı eğitim yöntemi olduğu vurgulanmaktadır (Olson ve diğ., 2016). Sanayi işçileri ile yapılan başka bir çalışmada da, benzer bir sonuç saptanmış ve yapılan iş başı eğitimleri sonrası iş güvenliği bilgi düzeyleri ve güvenlik kültürü düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bu sonuca göre iş başı eğitimlerinin, video konferans gibi eğitim yöntemlerinden daha etkili olduğu belirtilmiştir (Babu ve Devi, 2020). İş başı eğitimlerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada (Eggerth ve diğ., 2018) iş başı eğitimi (toolbox) alanlar ve almayanların son test puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Elde edilen sonuca göre, iş başı eğitimleri verilecek grupların olabildiğince küçük olmasının eğitim etkinliğini arttırdığı ifade edilmektedir (Eggerth ve diğ., 2018). Burke ve diğ. (2006) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında da benzer bir bulgu elde edilmiş olup bu yöntemin etkili olduğu ve olabildiğince küçük gruplarda yapılmasının etkinliği daha da arttığı saptanmıştır.

Killingsworth (2014) endüstri işçileri ile yaptığı çalışmada, katılımcıları 3 gruba ayırmış ve gruplardan birine sadece talimat metni verilmiş, diğer bir gruba ise talimat metni ile resim bir arada verilip iş başı eğitimi programı uygulanmıştır. Bir gruba ise talimat metni ile beraber demonstrasyon eğitim yöntemi uygulanarak eğitim verilmiştir. Resim ve metin ile beraber iş başı eğitimi alan grup ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Killingsworth ve diğ., 2014). Yine yapılan benzer bir çalışmada endüstri işçilerine ve staja gelen öğrencilere video yöntemi, katalog yöntemi ve iş başında eğitim yöntemi uygulanmış ve kullanılan eğitim yöntemleri arasında farklılıklar saptanmamıştır. Eğitim yöntemleri arasında farklılık bulunmamasına rağmen iş başı eğitimi alan öğrenciler ile işçiler arasında anlamlı bir farklılık saptanmış, öğrencilerin test puan ortalamaları çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu bulgunun nedeninin işçilerin bilgiyi doğrudan uygulamaya aktarması ve bilgiyi kullanacak doğrudan bir alan bulmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte çalışma alanında stajyer öğrenci ile çalışan sorumluluğunun aynı olmaması sonucu etkileyen diğer faktörlerden biri olarak belirtilmiştir (Hashem M. Mehany ve diğ., 2021).

Ulusal literatür incelendiğinde ise bu konuda yapılan çalışmaların oldukça az ve sınırlı olduğu görüldü. Gül ve diğ. (2020) öğrenciler ile yapmış olduğu çalışmada meslek yüksekokulu öğrencilerinde iş başı eğitimlerinin mesleki bilgi düzeylerini arttırdığı saptanmıştır (Gül ve Yürekli, 2020). Yine muhasebe öğrencileri ile yapılan benzer bir çalışmada iş başı eğitimi alan muhasebe bölümü öğrencilerinin yeterlilikleri 1 ile 5 puan arasında puanlanmış olup 5 ayrı kriterin puan ortalaması 3 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre iş başında eğitim alan muhasebe öğrencilerinin mesleki yeterliliklerinin arttığı görülmüştür (Yüreki ve diğ., 2018). Turizm sektöründe çalışan ön büro personelleri ile yapılan çalışmada (Özdemir, 2013), iş başı eğitimi öncesinde mesleki beceri ortalama puanlarının arttığı, iş başı eğitiminin mesleki bilgi ve beceri üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Özdemir, 2013).

Uluslararası ve ulusal düzeyde sağlık ve hemşirelik alanında iş başı eğitimi etkinliğinin incelendiği bir çalışmaya erişilemedi. Yapılan çalışmalar genelde yüz yüze toplu hizmet içi eğitim yöntemi etkinliğinin belirlenmesi amacıyla tasarlanmıştır. Toplu konferans yöntemi ile hemşirelere uygulanan hasta güvenliği eğitiminin eğitim sonrası son test puanlarını arttırdığı belirlenmiştir (Biçer ve diğ., 2013; Babacan ve diğ., 2018). Ancak, hemşire ve ebeler ile yapılan çocuk sağlığı ve hastalıkları içerikli teorik toplu eğitim yöntemi ile yapılan hizmet içi eğitimin ön test ve son test puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Çetinkaya, 2011). Hemşireler hizmet içi eğitimlerde klasik eğitim yöntemleri dışındaki eğitim yöntemlerinin kullanılması gerektiğini belirtmiştir (Elmas, 2019). COVID-19 pandemisinin hemşirelerde hizmet içi eğitimlerin oldukça önemli olduğunu ortaya koyduğu, fakat verilecek olan eğitimlerde klasik eğitim yöntemlerinden farklı alternatif yöntemlerinde uygulanması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Yalnız ve diğ., 2020).

Bu çalışmada hemşirelere verilen iş başı (toolbox) eğitiminin etkili olmasında, çalışanların kullanacağı bilgilerin kısa, öz ve net bir biçimde ve doğrudan uygulamalarında kullanacakları şekilde verilmesinin neden olduğu düşünülmektedir. Yukarıda belirtildiği üzere yapılan çalışmalar, alanda uygulanabilir konularda yapılan iş başı eğitiminin etkili olduğunu göstermektedir. Yöntemin hemşirelerde uygulandığı ilk çalışma olan bu çalışma bulguları da iş başı eğitiminin etkili olduğunu gösteren literatürü desteklemektedir. Ayrıca bu eğitim yönteminin kısa süreli olması, temel bilgileri ve uygulama alanında kullanacağı bilgileri karmaşık olmadan vermesi bunun yanında hemşireleri konferans salonuna toplamadan

doğrudan uygulama alanında birebir verilmesi hemşirelerin kalite göstergeleri hakkında öğrenme motivasyonlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

5.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDA YER ALAN HEMŞİRELERE YAPILAN EĞİTİM ÖNCESİ BİRİNCİ İZLEM VE EĞİTİM SONRASI İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ İZLEMLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, her bir gösterge için yapılan uygulamalar iki gözlemci tarafından izlendi. İzlem sonuçlarına göre *deney grubunda yer alan hemşirelerin* düşme, bası yarası, ağrı yönetimi, PVK ve istenmeyen olay bildirimi göstergelerine yönelik *uygulamalarında* her iki gözlemcide 1., 2. ve 3. izlem puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar saptandı. Her iki gözlemci bulgularına göre, deney grubunda yer alan hemşirelerin düşme, bası yarası, ağrı yönetimi, PVK ve istenmeyen olay bildirimi 1.izlem puan ortalamalarının 2. izlem puan ortalamasına göre düşük olduğu görüldü. Bununla beraber 2. izlem puan ortalamalarının 3. izlem puan ortalamalarından yüksek olduğu saptandı. Ayrıca *iş başı eğitimi alan deney grubundaki hemşirelerin* her iki gözlemci bulgularına göre düşme, bası yarası, ağrı yönetimi, PVK ve istenmeyen olay bildirimi 1. izlem ile 3. izlem, 1. izlem ile 2. izlem ve 3. izlem ile 2. izlem arasında anlamlı farklılıklar saptandı. İş başı eğitimi alan bütün hemşirelerde uygulama puanlarının her iki gözlemcide de 2. gözlemde 1. gözleme göre yükseldiği, fakat 3. gözlemde ise uygulama puanlarında düşüş olduğu görüldü. Zamana göre uygulama puanlarının değişimine bakıldığında, iş başı eğitimi sonrasında 2. gözlemde uygulama puanlarının yükselip eğitim sonrasında 12. haftada yapılan 3. gözlemde ise puan ortalamalarında düşüş gözlenmesi çalışanlarda zaman içerisinde bireysel nedenlerle veya iş yoğunluğu vb. çalışma koşulları nedeniyle ile unutulduğu, tüm basamaklara dikkat edilmediğini düşündürmektedir. İş başı eğitimi almayan kontrol grubundaki hemşirelerde ise 1. gözlemcinin 1., 2. ve 3. izlem puanlarında, ağrı yönetimi dışındaki diğer puanlar arasında anlamlı fark belirlenmesine karşın, 2. gözlemcide yalnızca düşme ve bası yarası puanları arasında anlamlı farklılık saptandı. Her iki gözlemcinin değerlendirmesine ilişkin bulgularda, 2. izlem puanları ile 1. izlem puanlarının yakın olduğu 3. izlem puanlarının ise 2. izlem puanlara göre bir düşüş olduğu görüldü.

Yetişkinlerde mesleki hizmet içi eğitimlerde birincil hedefin eğitim alanların eğitim verilen konudaki bilgi düzeylerinin artması ve istenilen davranış değişikliğinin gerçekleşmesi olması gerektiği ifade edilmektedir (Terzioğlu ve diğ., 2016). Eğitimin uygulama veya kalıcı

davranış değişikliğini üzerine etkisinin eğitim sonrası belirli bir zaman dilimi geçtikten sonra ölçülmesi gerektiği belirtilmektedir (Tartaç ve Özkan, 2011).

Elmas (2019)'ın çalışmada hizmet içi eğitim sonrası izolasyon önlemlerine uyum uygulamaları ölçülmüş, eğitim sonrası yapılan izlemlerde önlemlere uyum puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Elmas, 2019). Hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinin enfeksiyon kontrol uygulamalarına etkisini inceleyen diğer bir çalışmada, eğitim öncesi enfeksiyon kontrol uygulamaları puan ortalamaları, eğitimden hemen sonra yapılan gözlemlerde yükselmiş ve eğitimlerin hemşire tutum ve uygulamalarında olumlu bir etkisi olduğu belirlenmiştir (Akgün ve diğ., 2003).

Özel Özkul ve diğ. (2012), anlatım sunum yönteminin kullanarak yapılan hizmet içi eğitimlerin ilaç uygulamaları, intravenöz uygulamalar, solunum sistemi aspirasyonu, yatağa bağımlı hasta bakımı, numune toplama, hasta kabul ve taburculuğu temel hemşirelik uygulamaları üzerine etkisini incelemiştir. Eğitim tamamlandıktan hemen sonra bir kez gözlem yapılmış olup, her uygulama için gözlem puan ortalamalarının arttığı, bütün uygulamalar için yapılan ölçümlerde eğitim öncesi uygulama puan ortalamaları ile eğitim sonrası uygulama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Özel Özkul ve diğ., 2012). Hemşirelerin acil kalp hastalıklarında EKG bulgularını tanımlayabilme ve uygun acil uygulamalarını yapabilme durumlarını inceleyen çalışmada (Doğan, 2006) EKG ve acil uygulamalar konusunda anlatım sunum yöntemi ile toplu olarak verilen hizmet içi eğitime katılan hemşirelerin katılmayanlara göre EKG'yi doğru tanımlayabilme, doğru çekim uygulamasını yapabilme ve doğru acil uygulamalarını yapabilme durumlarının %92 oranında daha fazla olduğu saptanmıştır (Doğan, 2006).

Dönmez (2020), hemşirelerin aldıkları hizmet içi eğitimlerinin iş performanslarını olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir. Aynı çalışmada hizmet içi eğitimlerin daha sık yapılmasının ve kısa süreli olmasının hizmet içi eğitim verimliliği açısından da önemine vurgu yapılmıştır (Dönmez, 2020). Anlatım sunum yöntemi ile hemşirelere verilen hizmet içi eğitimin performansa etkisini inceleyen çalışmada (Evcimen, 2017), eğitim tamamlandıktan hemen sonra hemşirelerin sorumlular tarafından iş performanslarını değerlendirmeleri istenmiştir. Hizmet içi eğitimin performansı % 47 oranında pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (Evcimen, 2017). Hizmet içi eğitimlerin kanıta dayalı uygulama tutumunu inceleyen çalışmada ise eğitim öncesi ve sonrasında hemşirelerin kanıta dayalı uygulama

tutumları izlenmiş ve yine eğitimden hemen sonra yapılan izlemlerde uygulama puanlarının yükseldiği saptanmıştır (Baran ve diğ., 2020). Bergquist-Beringer ve diğ. (2009), 937 hemşirenin katıldığı online bası yarası eğitim programının hemşirelerin bası yarası evrelendirme ve önleme uygulamaları üzerine etkili olduğunu saptamıştır (Bergquist-Beringer ve diğ., 2009). Benzer konuda, yapılan diğer bir çalışmada da, hizmet içi eğitimlerin bası yarası tanılama ve önleme uygulamaları üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Nuru ve diğ., 2015).

Görgülü (2009), hemşirelerin düşük moleküllü heparin uygulamalarını incelemiş, hemşirelerin vardiyalarına geldikleri sırada ve ayrı zaman dilimlerinde 3 kez gözlem yapılmıştır. Hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumları ile uygulamalara uyumları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hemşirelerin %30'unun bu konu hakkında hizmet içi eğitime katıldığı ve bu hizmet içi eğitimi 40-60 dakika toplu eğitim yöntemi ile aldığı saptanmıştır. Yapılan gözlemlerden elde edilen sonuçlara göre hizmet içi eğitim alanların düşük dozda heparin enjeksiyon uygulaması yaparken %60'ının bölge seçimi asepsi antisepsi gibi kurallara uyduğu, hizmet içi eğitim almayan hemşirelerde ise bu uyumun %5 olduğu gözlemlenmiştir (Görgülü, 2009). Önceki çalışma sonuçları incelendiğinde genel olarak hizmet içi eğitimlerin hemşirelik uygulamaları üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Ancak uygulama izlemlerinin eğitimin hemen sonrasında ve çoğunlukla bir izlem olacak şekilde yapılmış olması uygulama sonuçlarının olumlu olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık sektörü dışında, iş başı (toolbox) eğitimlerinin uygulandığı sektörlerde çalışan işçilerin iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda, iş başı eğitimleri sonrası iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarında iyileşmeler gözlendiğini belirtilmektedir (Choudhry ve diğ., 2008; Burke ve diğ., 2011; Olson ve diğ., 2016; Mushayi ve diğ., 2017; Freschet, 2018; Eggerth ve diğ., 2018; Al-shabbani, 2019; Al-Shabbani ve diğ., 2020; Hashem M. Mehany ve diğ., 2021).

Bu çalışmada, deney grubunda eğitim sonrası uygulama puan ortalamalarının arttığı, deney ve kontrol grupları son test puanları arasında farklılıklar olduğu saptandı. Bu sonuç literatür ile paralellik göstermekte olup iş başı (toolbox) eğitimlerinin hemşirelik uygulamaları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin ilk defa böyle bir eğitim ile karşılaşmış olmaları, eğitimin hemşirelerin çalışma alanlarında ve kısa sürelerde yapılması hemşirelerin öğrenme motivasyonunu olumlu yönde pekiştirdiği söylenebilir. Eğitim içeriğinin

uygulamaya yönelik olması da hemşireleri motive ederek öğrendiklerini uygulamaya geçirmesine neden olmuş olabilir. Ayrıca hemşirelerin vardiyalarda sayıca az olmaları nedeniyle kişiye özel olarak gerçekleştirilmiş olması da eğitimin etkili olmasını sağlamış olabilir. Diğer yandan, çalışma sonuçlarına göre deney grubunda 3. izlem puan ortalamalarında azda olsa bir düşüş yaşanması zaman geçtikçe eğitimin etkisinin azaldığıyla açıklanabileceği gibi, çalışma koşullarının zorluğu veya çalışma ortamı yetersizliklerinin neden olduğu bir esneme ile de açıklanabilir. Bu çalışma sonuçları, hemşirelere verilen eğitimlerin uygulamalar üzerinde etkililiğinin daha uzun sürelerde değerlendirildiği izlem araştırmalarının yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

5.3. DENEY VE KONTROL GRUBUNDA YER HEMŞİRELERİN ÇALIŞTIKLARI SERVİSLERDEKİ EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASINDA BİRİM KALİTE GÖSTERGELERİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada iş başı eğitimlerinin birimde izlenen hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerine etkisi değerlendirildiğinde; *deney grubunda yer alan servislerin* göstergelerinde kontrol grubunda yer alan servislere göre olumlu bir gelişmenin olduğu ($p<0,001$) belirlendi. Eğitim sonrası yapılan izlemlerde düşme oranlarının sırasıyla 4,04'ten 2,32'ye ve 1,95'e gerilediği, bası yarası oranlarında, 1. izlemde 4,48 saptanırken 2. izlemde 2,69 ve 3.izlemde ise 2,45'e düştüğü saptandı. Bununla beraber ağrı yönetimi doğru yapılan hasta sayısı ortalamasının 37,82'den 71,61'e yükseldiği fakat 3. izlemde 69,07'ye gerilediği saptandı. PVK komplikasyonu gelişen hasta oranında ise 1. izlemde 26,79 saptanırken, 2. izlemde ve 3. izlemde sırasıyla 16,46'dan 15,42'ye gerilediği görüldü. İstenmeyen olay bildirim doğru yapılma oranlarında ise 2,79'dan 6,60'a yükseldiği fakat 3. izlemde 6,28'e gerilediği belirlendi. Ortalama yatış gün sayısında da benzer bir sonuca rastlanmış olup ortalama yatış gün sayısının 6,28'den, 4,46'ya gerilediği fakat 3. izlemde 4,75'e yükseldiği saptandı. Deney ve kontrol grubunda yer alan servislerdeki birim kalite göstergeleri olarak belirlenen hasta düşme oranları, bası yarası oranları, ağrı yönetimi doğru yapılan hasta oranı, PVK komplikasyonu gelişme oranları, istenmeyen olay bildirim oranları ve ortalama yatış gün gün sayısı karşılaştırıldığında, bası yarasında 1. izlem dışında diğer tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Deney grubunda yer alan hemşirelerin çalıştıkları servislerde bütün göstergelerde grup*zaman etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Deney grubunda yer alan servislerin eğitim aldıktan 8 hafta sonra elde edilen kalite gösterge sonuçlarının eğitim

öncesi elde edilen sonuçlardan daha iyi olduğu görüldü. Her iki grupta yer alan servislerden elde edilen bulgular, hemşirelere hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri konusunda iş başında (toolbox) verilen eğitimlerin, birimde izlenen kalite gösterge sonuçlarını olumlu etkilediğini göstermektedir.

İnşaat sektöründeki çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına yönelik verilen iş başı eğitimlerinin eğitim sonrasında iş kazası oranlarında azalmaya neden olduğu ortaya koyulmuştur (Choudhry ve diğ., 2008; Rice ve diğ., 2002). Literatürde farklı eğitim yöntemlerinin uygulanarak kalite göstergelerine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Wayne ve diğ. (2008), kardiyoloji servisi çalışanlarına verilen kardiyopulmoner resüsitasyon simülasyon eğitiminin hasta bakım kalitesine etkisini araştırdığı bir çalışmada, simülasyon eğitimi verilen çalışanların bakım verdiği hastaların sonuçlarında iyileşmeler görülmüş, mortalite oranlarının %20 azaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, hastaların entübe olma oranı, simülasyon eğitimi alan çalışanların bakım verdiği hasta grubunda her 25 hastada 2 hasta, geleneksel anlatım sunum yöntemi ile eğitim alan çalışanların bakım verdiği hasta grubunda ise her 25 hastada 7 hasta olarak saptanmıştır (Wayne ve diğ., 2008). Dorri ve diğ (2016), Kirkpatrick eğitim modelini kullanarak yapmış oldukları çalışmada, yüz yüze verilen eğitimden 1 ay sonra hemşirelerin yapmış oldukları kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamaları izlenerek hasta üzerindeki etkileri kaydedilmiştir. Yapılan izlem sonuçlarına göre Kirkpatrick eğitim modelinin kardiyopulmoner resüsitasyon uygulaması üzerindeki eğitim öncesi etki puan ortalaması 4,2 olarak saptanmış ve eğitim sonrası kardiyo pulmoner resüstasyon uygulamasının etki ortalamasının 5.3 yükseldiği hastalara daha etkin kardiyo pulmoner resüstasyon uygulaması yapıldığı saptanmıştır (Dorri ve diğ., 2016). Neily ve diğ. (2010), randomize olmayan deneysel çalışmasında, cerrahi servis çalışanlarına yılda bir kez toplu eğitim yöntemi ile hizmet içi eğitim vermiş ve çalışmaya dahil edilen sağlık tesislerindeki mortalite oranı 4 yıl izlenmiştir. Eğitim alan sağlık tesislerindeki mortalite oranları her 1000 hastadan 17 iken, eğitim sonrası mortalite oranlarının her 1000 hastadan 14'e kadar azaldığı saptanmıştır (Neily ve diğ., 2010). McVay ve diğ. (2022), COVID-19 döneminde artan santral venöz kateter enfeksiyonlarına yönelik hemşirelerin çalıştıkları ortamlarda panolara broşür asarak ve enfeksiyon önleme kitapçığı dağıtarak bir eğitim planlamış, gruplar halinde hemşirelerin çalıştıkları ortamlarda bir defa eğitim uygulamıştır. Eğitim öncesi santral venöz kateter enfeksiyon oranları %43 olarak görülmekte iken eğitim sonrası 10. ayda bu oranın %19,4' e gerilediği bulunmuştur (McVey

ve diğ., 2022). Öncü Ayhan (2017)'da, hemşirelere yüz yüze eğitim yöntemini ile hemşirelere kanıta dayalı uygulama eğitimi vermiştir. Eğitim sonrası hasta düşmeleri raporlamasının eğitim öncesine göre %15 oranında arttığı saptanmıştır (Öncü, 2017). Aynı çalışmada hastaların ortalama yatış gün sürelerinin eğitim sonrası 3. ayda 8,56 iken eğitim sonrası 6. ayda bu ortalamanın 7.33'e gerilediği saptanmıştır. Buna göre hemşirelere verilen eğitimin benzer şekilde, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ve hasta düşme oranları, hastanede ortalama yatış gün sayısı gibi göstergeler üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır (Öncü, 2017). Buna karşın, Cox ve diğ (2008), yönetici hemşirelere ve servis hemşirelerine yarım günlük verdikleri yüz yüze hasta düşmeleri eğitiminin, hasta düşme oranlarında herhangi bir etkisinin olmadığını saptamıştır (Cox ve diğ., 2008). Ahmed ve diğ. (2014) de, hasta güvenliği kültürü geliştirme programı kapsamında yapmış oldukları çalışmada 6 ay boyunca yüz yüze yöntem ile hasta güvenliği ve güvenlik kültürü eğitimi düzenlemiş ve eğitim sonrasında hemşirelerin tıbbı hatayı bildirme oranlarının arttığını saptamıştır (Ahmed ve diğ., 2014). Pazargadi ve diğ. (2008) hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerinin iyileştirilmesi için farklı eğitim programları düzenlenmesi ve eğitim programlarına bütçe ayrılması gerektiğini ifade etmiş ve hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerinin gelişiminin kilit noktasının çalışan eğitimi olduğuna vurgu yapmıştır (Pazargadi ve diğ., 2008). Bu doğrultuda, bu çalışmada hemşirelere verilen iş başı eğitiminin birimde izlenen kalite göstergelerinde genel olarak iyileşme sağladığına ilişkin çalışma bulgusu, literatür ile uyumludur. Bununla birlikte, izlenen hemşireliğe duyarlı göstergelerle birlikte hastaların yatış gün sayısının da azalması dikkate değer bir bulgudur. Bu sonucun, bası yarası oranlarının azalması, periferik venöz katater komplikasyonlarının daha az oluşması ve hasta düşmelerinde yaşanan azalma ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İş başı (toolbox) eğitimlerinin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin özellikleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ve her iki grubun benzer özellik gösterdiği,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve deney grubunda yer alan hemşirelerin son test puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Deney grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, eğitim sonrası son test puan ortalamalarının ön teste göre daha yüksek olduğu,
- Kontrol grubunda yer alan hemşirelerin ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Gözlemciler tarafından yapılan izlemler incelendiğinde; deney grubunda yer alan hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite uygulamaları 1., 2. ve 3. izlemleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu, 2. izlem puan ortalamalarının 1. gözlemden daha yüksek olduğu fakat 3. izlem ortalamalarının 2. izlemden daha düşük olduğu,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri uygulamalarında gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu, deney grubunda eğitim sonrası uygulama puanlarında gözle görülür bir artış olduğu, kontrol grubunda ise görünür bir artış veya azalış gözlenmediği,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin çalıştıkları servislerdeki hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri incelendiğinde, iş başı eğitimi alan deney grubu servislerinde hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerinde iyileşmeler olduğu, kontrol grubunda yer alanlarda ise anlamlı bir artış veya azalışın olmadığı,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin çalıştıkları servislerdeki ortalama hasta yatış gün sayısına bakıldığında, deney grubunda yer alan servislerdeki ortalama

yatış gün sayısının zamanla azaldığı, kontrol grubunda yer alan bazı servislerde zaman ile arttığı bazılarında ise ortalama yatış gün sayısında azalma olmadığı,

- Eğitim alan deney grubunda yer alan hemşirelerin tamamının iş başı (toolbox) eğitimini olumlu olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda yapılacak öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- İş başı (toolbox) eğitimlerinin sağlık hizmetlerinde hizmet içi programlarda, özellikle birim düzeyinde yapılan uygulamalı eğitimlerde klasik eğitim yöntemlerine alternatif veya ek olarak kullanılması,
- Bu eğitimlerde görev alacak klinik eğitimcilerin yetiştirilmesi,
- İş başı (toolbox) eğitimlerinin kullanımının yaygınlaştırılması,
- Eğitimlerinde kullanılacak eğitim materyallerinin eğitimin doğası gereği olabildiğince kısa öz hazırlanması,
- Eğitim planlaması yaparken katılımcılarında öğrenme motivasyonlarını arttırmak için eğitim saatleri konusunda katılımcılardan da görüş alınması,
- Eğitimin iş başında yapılması nedeniyle katılımcıların dikkatini toplamak adına eğitim verilecek olan zaman diliminin katılımcıların iş yoğunluğunun az olduğu saatlere göre planlanması ve eğitim süresinin olabildiğince kısa tutulması önerilmektedir.
- Gelecek araştırmalar için iş başı (toolbox) eğitimlerinin etkililiğinin farklı örneklem gruplarında incelenmesi, verilen iş başı (toolbox) eğitimin etkililiğinin üç aydan daha uzun süre izlenmesi ve diğer eğitim yöntemleri ile karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Afaneh, T., Abu-Moghli, F. & Ahmad, M. 2021, Nursing-Sensitive Indicators: A Concept Analysis. Nursing Management, 28.

Ahmed, M., Arora, S., Tiew, S., Hayden, J., Sevdalis, N., Vincent, C. & Baker, P. 2014, Building a Safer Foundation: The Lessons Learnt Patient Safety Training Programme. BMJ quality & safety, 23, 78-86.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M. & Aungsuroch, Y. 2011, Importance of Work Environments on Hospital Outcomes in Nine Countries. International Journal for Quality in Health Care, 23, 357-364.

Akgün, S. 2014, Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar-Sentinel Olaylar-Sentinel Events in Healthcare. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1, 75-82.

Akgün, S., Timurkaynak, F., Azap, A. & Hande, A. A. 2003, Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hastane Infeksiyonları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları Üzerine Hizmet-İçi Eğitimlerin Rolü. Medical Network Klinik Bilimler, 9, 396-400.

Al-Dweik, G. & Ahmad, M. 2019, Matching Nursing Assignment to Patients' Acuity Level: The Road to Nurses' Satisfaction. Journal of Nursing Measurement, 27, E34-E47.

Al-shabbani, Z. 2019, Improving Safety Performance of Highway Maintenance Crews through Pre-Task Safety Toolbox Talks. Doctoral Dissertation, Univercity of Kentucky.

Al-Shabbani, Z., Sturgill, R. & Dadi, G. Year,Published. Evaluating the Effectiveness of Toolbox Talks on Safety Awareness among Highway Maintenance Crews. Construction Research Congress 2020: Safety, Workforce, and Education, 2020. American Society of Civil Engineers Reston, VA, 213-221.

Alcan, Z., Aksoy, A., Civil, B., Tekin, D., Ekim, R., Civil, S., Doğar, T. & Çakar, V. 2011, Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Nobel Tıp Kitapevi. Ltd. Şti. İstanbul.

Aloweni, F., Lim, M., Chua, T., Tan, S., Lian, S. & Ang, S. 2017, A Randomised Controlled Trial to Evaluate the Incremental Effectiveness of a Prophylactic Dressing and Fatty Acids Oil in the Prevention of Pressure Injuries. Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association, 25, 24-34.

Alptekin, Z., Arslanoğlu, A. & Erdoğan, A. 2016, Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını SKS Öncesi Ve Sonrası Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 3, 17-25.

Amiri, M., Khademian, Z. & Nikandish, R. 2018, The Effect of Nurse Empowerment Educational Program on Patient Safety Culture: A Randomized Controlled Trial. BMC medical education, 18, 1-8.

American Nursing Association (ANA). 1995. Nursing Report Card for Acute Care, American Nurses Publishing.

Anthony, M. 2017. Patient Safety. LWW 34(4), 189-190.

Arslan, F. D., Karakoyun, I., Basok, B. I., Aksit, M. Z., Celik, E., Dogan, K. & Duman, C. 2018, The Effects of Education and Training Given to Phlebotomists for Reducing Preanalytical Errors. Journal of medical biochemistry, 37, 172.

Arzouman, J. 2016, A Culture of Safety and the Role of the Medical-Surgical Nurse. MedSurg Nursing, 25, 75-77.

Aslan, F. E., Şahin, S. K., Secginli, S. & Bülbüloğlu, S. 2018, Hastaların, Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelik Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri: Bir Sistematik Derleme. Ağrı Dergisi, 30, 105-115.

Aslan, Y., & Tarım, M. 2022, Elektronik Olay Bildirim Sistemi Üzerinden Raporlanan Hasta Düşmelerinin Değerlendirilmesi. Journal of Nursology, 25, 101-105.

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. & Erdem, R. 2007, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2, 55-71.

Atay, S., Gider, D., Karadere, G. & Şenyüz, P. 2009, Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitime Yönelik Görüşleri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6, 84-93.

Avşar, G., Gümüş, K., Nadiye, Ö. & Aytekin, A. Periferik Venöz Katater Uygulamaya İlişkin Hemşirelerin Durumlarinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, 499-507.

Avşar, G., Gümüş, K., Nadiye, Ö. & Aytekin, A. 2013, Periferik Venöz Katater Uygulamaya İlişkin Hemşirelerin Durumlarının Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, 499-507.

Ay, F. 2007, Hemşirelik Eğitiminde Yeterliliğin Sağlanması İçin Yeni Bir Yaklaşım: Rehber Hemşire (Koçluk) Sistemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2, 52-65.

Aydin, C. E., Bolton, L. B., Donaldson, N., Brown, D. S., Buffum, M., Elashoff, J. D. & Sandhu, M. 2004, Creating and Analyzing a Statewide Nursing Quality Measurement Database. Journal of Nursing Scholarship, 36, 371-378.

Aydın, O. N. 2002, Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 3, 37-48.

Aygar, H. & Önsüz, M. F. 2017, Sağlik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 2, 25-32.

Aytuğ Kanber, N. & Gürlek Kısacık, Ö. 2011, Hemşirelerin Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programından Beklentileri Ve Bu Program İle İlgili Düşünceleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 52-58.

Babacan, E., Öztürk, H. & Kahrİman, İ. 2018, Tibbi Hatalar Ve Hasta Güvenliği: Hemşirelere Yönelik Eğitimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 14, 57-72.

Babu, G. V. P. & Devi, M. P. 2020, Toolbox Talk Enhance Improvement in Productivity–Ports. International Journal of Innovative Science and Modern Engineering (IJISME), 6, 16-17.

Baran, G. K., Atasoy, S. & Şahin, S. 2020, Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7, 352-359.

Bates, D. W. & Singh, H. 2018, Two Decades since to Err Is Human: An Assessment of Progress and Emerging Priorities in Patient Safety. Health Affairs, 37, 1736-1743.

Battaglia, R., Morin, M., Nelson, D., Start, R. E. & Sullivan, B. 2017, Registered Nurses Make a Difference with Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators. Nursing Economics, 35, 205.

Bayer, N. & Parıltı, N. 2016, Kalite Belgelendirme Sisteminin Hasta Bakım Kalitesi Ve Hemşirelerin Kalite Algılayışına Olan Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 3, 31-40.

Baykal, Ü. T. 2015, Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimi. Hemşirelik, 24.

Bayyiğit, S., Ecemiş, K. & Aydoğan, N. A. 2014, Sağlik Çalişanlarinin Güvenlik Raporlama Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 16, 63-82.

Bergquist-Beringer, S., Davidson, J., Agosto, C., Linde, N. K., Abel, M., Spurling, K., Dunton, N. & Christopher, A. 2009, Evaluation of the National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) Training Program on Pressure Ulcers. The Journal of Continuing Education in Nursing, 40, 252-258.

Berke, D. & Aslan, F. E. 2010, Cerrahi Hastalarini Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri Ve Önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13, 72-77.

Biçer, E., Güçlüel, Y., Neymen, A. & Yiğit, Ş. 2013, Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10, 14-20.

Biçimli, M. 2013, Üniversite Hastanelerinde Kalite Yönetim Sistemi (Dicle Üniversitesi Hastaneleri Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bıyık, M. & Türe, A. 2020, Hemşirelikte Kalite Göstergelerinin Kullanımı Ve Önemi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8, 418-433.

Bizzell, S. G. 2008, Safety Practices of Small to Medium-Sized Construction Firms. University of Florida.

Bouldin, E. D., Andresen, E. M., Dunton, N. E., Simon, M., Waters, T. M., Liu, M., Daniels, M. J., Mion, L. C. & Shorr, R. I. 2013, Falls among Adult Patients Hospitalized in the United States: Prevalence and Trends. Journal of Patient Safety, 9, 13.

Bramhall, E. 2014, Effective Communication Skills in Nursing Practice. Nursing Standard 2014, 29, 53.

Breivik, H., Borchgrevink, P.-C., Allen, S.-M., Rosseland, L.-A., Romundstad, L., Breivik Hals, E., Kvarstein, G. & Stubhaug, A. 2008, Assessment of Pain. BJA: British Journal of Anaesthesia, 101, 17-24.

Broderick, T. & Murphy, D. 2001, Construction Safety: A Cruel Oxymoron? Occup Health Saf, 70, 68-70.

Brown, D. S., Donaldson, N., Burnes Bolton, L. & Aydin, C. E. 2010, Nursing-Sensitive Benchmarks for Hospitals to Gauge High-Reliability Performance. Journal for Healthcare Quality, 32, 9-17.

Burke, M. J., Salvador, R. O., Smith-Crowe, K., Chan-Serafin, S., Smith, A. & Sonesh, S. 2011, The Dread Factor: How Hazards and Safety Training Influence Learning and Performance. Journal of Applied Psychology, 96, 46.

Burke, M. J., Sarpy, S. A., Smith-Crowe, K., Chan-Serafin, S., Salvador, R. O. & Islam, G. 2006, Relative Effectiveness of Worker Safety and Health Training Methods. American Journal of Public Health, 96, 315-324.

Burston, S., Chaboyer, W. & Gillespie, B. 2014, Nurse-Sensitive Indicators Suitable to Reflect Nursing Care Quality: A Review and Discussion of Issues. Journal of Clinical Nursing, 23, 1785-1795.

Canatan, H., Erdoğan, A. & YILMAZ, S. 2015, Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri Ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle Ilgili Anket Çalışması Ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2, 82-89.

Carlson, C. 2008, Development and Testing of Four Instruments to Assess Prior Conditions That Influence Nurses' Adoption of Evidence-Based Pain Management Practices. Journal of Advanced Nursing, 64, 632-643.

Cavazza, N. & Serpe, A. 2010, The Impact of Safety Training Programs on Workers' Psychosocial Orientation and Behaviour. Revue İnternationale de Psychologie Sociale, 23, 187-210.

Charalambous, A., Radwin, L., Berg, A., Sjovall, K., Patiraki, E., Lemonidou, C., Katajisto, J. & Suhonen, R. 2016, An International Study of Hospitalized Cancer Patients' Health Status, Nursing Care Quality, Perceived Individuality in Care and Trust in Nurses: A Path Analysis. International Journal of Nursing Studies, 61, 176-186.

Chau, J. P., Lo, S. H., Choi, K., Chan, E. L., McHugh, M. D., Tong, D. W., Kwok, A. M., Ip, W., Lee, I. F. & Lee, D. T. 2015, A Longitudinal Examination of the Association between Nurse Staffing Levels, the Practice Environment and Nurse-Sensitive Patient Outcomes in Hospitals. BMC Health Services Research, 15, 1-8.

Choudhry, R. M., Fang, D. & Rowlinson, S. 2008, Challenging and Enforcing Safety Management in Developing Countries: A Strategy. International Journal of Construction Management, 8, 87-101.

Cihan Erdoğan, B. & Denat, Y. 2016, Periferik Intravenöz Kateter Komplikasyonlarından Infiltrasyon Ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 13, 157-162.

Coskun, S. & Gulhan, Y. 2017, Ts En 15224 Healthcare Service-the Comparison of Quality Management System to Other Quality Systems in Healthcare. Research Journal of Business and Management, 4, 410-416.

Coto, J. A., Wilder, C. R., Wynn, L., Ballard, M. C., Webel, D. & Petkunas, H. 2020, Exploring the Relationship between Patient Falls and Levels of Nursing Education and Certification. JONA: The Journal of Nursing Administration, 50, 45-51.

Cox, H., Puffer, S., Morton, V., Cooper, C., Hodson, J., Masud, T., Oliver, D., Preedy, D., Selby, P. & Stone, M. 2008, Educating Nursing Home Staff on Fracture Prevention: A Cluster Randomised Trial. Age and Ageing, 37, 167-172.

Çakmak, C., Konca, M. & Teleş, M. 2018, Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (Grs) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21, 423-448.

Çetinkaya, Ş. 2011, Hizmet-Içi Eğitim Programında Yer Alan Çocuk Sağlığıyla İlgili Bilgilerin Ve Uygulamaya Yansımalarının Değerlendirilmesi. STED Yazarlarina Bilgi, 155.

Çınar, M. A., Dinler, E. & Yakut, Y. Year,Published. The Effect of Creative Drama on Empathic Tendencies, Communication Skills and Critical Thinking of Physiotherapy Students. CBU International Conference Proceedings, 2019. 711-716.

Çırpı, F., Doğan Merih, Y. & Yaşar Kocabey, M. 2009, Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2,3, 26-34.

Çöçelli, L. P., Bacaksız, B. & Ovayolu, N. 2008, Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, 14, 53-58.

D'Amour, D., Dubois, C.-A., Tchouaket, É., Clarke, S. & Blais, R. 2014, The Occurrence of Adverse Events Potentially Attributable to Nursing Care in Medical Units: Cross Sectional Record Review. International Journal of Nursing Studies, 51, 882-891.

Dağlı, D. 2010, Hemşirelikte Hizmet Içi Eğitimlerin Performansa Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul

Davis, L. L. 1992, Instrument Review: Getting the Most from a Panel of Experts. Applied Nursing Research, 5, 194-197.

Develioğlu, K., Haşit, G. & Bağcı, Ü. G. 2006, Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Yöneticilerin İnsan Kaynakları Yönetimine Bakışları: Bursa (Dorsab)'Da Bir Uygulama. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 20, 191-204.

Doğan, H. D. 2006, Hemşirelerin, Acil Kalp Hastalıklarında Görülen Ekg Bulgularını Tanıyabilme Ve Uygun Tedavi Yaklaşımlarını Değerlendirebilme Düzeylerininin Tespiti. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Donabedian, A. 1988, The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA, 260, 1743-1748.

Donabedian, A. 1989, Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance. International Journal for Quality in Health Care, 1, 3-11.

Doran, D., Mildon, B. & Clarke, S. P. 2011. Toward a National Report Card in Nursing: A Knowledge Synthesis, Nursing Health Services Research Unit.

Dorri, S., Akbari, M. & Sedeh, M. D. 2016, Kirkpatrick Evaluation Model for in-Service Training on Cardiopulmonary Resuscitation. Iranian journal of Nursing and Midwifery Research, 21, 493.

Dönmez, D. 2020, Hizmet Içi Eğitimlerin Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Verimliliğine Etkisi. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Driscoll, A., Grant, M. J., Carroll, D., Dalton, S., Deaton, C., Jones, I., Lehwaldt, D., McKee, G., Munyombwe, T. & Astin, F. 2018, The Effect of Nurse-to-Patient Ratios on Nurse-Sensitive Patient Outcomes in Acute Specialist Units: A Systematic Review and Meta-Analysis. European Journal of Cardiovascular Nursing, 17, 6-22.

Dursun, S., Bayram, N. & Aytaç, S. 2010, Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Dergisi, 8, 1-14.

Duthey, B. & Scholten, W. 2014, Adequacy of Opioid Analgesic Consumption at Country, Global, and Regional Levels in 2010, Its Relationship with Development Level, and Changes Compared with 2006. Journal of Pain and Symptom Management, 47, 283-297.

Dykes, P. C., Carroll, D. L., Hurley, A., Lipsitz, S., Benoit, A., Chang, F., Meltzer, S., Tsurikova, R., Zuyov, L. & Middleton, B. 2010, Fall Prevention in Acute Care Hospitals: A Randomized Trial. JAMA, 304, 1912-1918.

Dynan, L. & Smith, R. B. 2022, Sources of Nurse-Sensitive Inpatient Safety Improvement. Health Services Research.

Eggerth, D. E., Keller, B. M., Cunningham, T. R. & Flynn, M. A. 2018, Evaluation of Toolbox Safety Training in Construction: The Impact of Narratives. American Journal of Industrial Medicine, 61, 997-1004.

Elmas, Y. 2019, Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu ile Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Universitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Englund, H. 2020, Using Unfolding Case Studies to Develop Critical Thinking Skills in Baccalaureate Nursing Students: A Pilot Study. Nurse Education Today, 93, 104542.

Evans, C. B. & Mixon, D. K. 2015, The Evaluation of Undergraduate Nursing Students' Knowledge of Post-Op Pain Management after Participation in Simulation. Pain Management Nursing, 16, 930-937.

Evcimen, G. 2017, Hemşirelikte Hizmetiçi Eğitimlerin Performansa Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne

Eviren, Ö. S. 2018, Kirkpatrick Eğitim Değerlendirme Modeli Kullanılarak Tüik'de Bir Hizmet İçi Eğitim Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sınırsız Eğitim ve Araştırma Dergisi, 3, 56-89.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.-G. 2009, Statistical Power Analyses Using G* Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. Behavior research methods, 41, 1149-1160.

Feldacker, C., Pintye, J., Jacob, S., Chung, M. H., Middleton, L., Iliffe, J. & Kim, H. N. 2017, Continuing Professional Development for Medical, Nursing, and Midwifery Cadres in Malawi, Tanzania and South Africa: A Qualitative Evaluation. PloS One, 12, e0186074.

Flood, L. S. & Higbie, J. 2016, A Comparative Assessment of Nursing Students' Cognitive Knowledge of Blood Transfusion Using Lecture and Simulation. Nurse Education in Practice, 16, 8-13.

Freschet, J. M. 2018, Case Study: The Implementation of Tool Box Talks at a Steel Subcontracting Shop. California Polytechnic State University, San Luis Obispo, Digital Commons Cal Poly. 1-16.

Gaspar, S., Botelho Guedes, F., Vitoriano Budri, A. M., Ferreira, C. & Gaspar de Matos, M. 2022, Hospital-Acquired Pressure Ulcers Prevention: What Is Needed for Patient Safety? The Perceptions of Nurse Stakeholders. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 36, 978-987.

Gencer, Z. E. & Özkan, Ö. 2015, Basinç Ülserleri Sürveyans Raporu/Pressure Ulcers Surveillance Report. Türk Yogun Bakim Dergisi, 13, 26.

Görgülü, S. 2009, Hemşirelerin Subkutan Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin Enjeksiyonu Uygulamasına Ilişkin Becerileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16, 1-13.

Göriş, S., Bilgi, N. & Bayındır, S. K. 2014, Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1, 25-29.

Graham, K. M., Pecoraro, D. A., Ventura, M. & Meyer, C. C. 1993, Reducing the Incidence of Stomatitis Using a Quality Assessment and Improvement Approach. Cancer nursing, 16, 117-122.

Grant, M. P. 2016. Healthcare and Commercial Construction: The Role of Inspections within Health and Safety Interventions in Dynamic Workplaces and Associations with Safety Climate, Document of Harvard University.

Gül, H. & Yürekli, E. 2020, Myo'lardaki 3+ 1 İşbaşı Eğitimlerinin Girişimcilik Eğilimine Etkisi: Paü Örneği. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 9, 2407-2417.

Gümüş, G. 2017, Tersane Çalışmalarında Yaşanan Kazaların Azaltılması Ve Güvenlik Kültürü Oluşturulması Amacıyla Sektörel İşbaşı Konuşmaları Geliştirilmesi. Kocaeli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

Güner, S. G. & Ural, N. 2017, Yaşlılarda Düşme: Ülkemizde Yapılmış Tez Çalışmaları Kapsamında Durum Saptama. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2, 9-15.

Haesler, E., Kottner, J., Cuddigan, J. & Group, I. G. D. 2017, The 2014 International Pressure Ulcer Guideline: Methods and Development. Journal of Advanced Nursing, 73, 1515-1530.

Hart, S., Bergquist, S., Gajewski, B. & Dunton, N. 2006, Reliability Testing of the National Database of Nursing Quality Indicators Pressure Ulcer Indicator. Journal of Nursing Care Quality, 21, 256-265.

Hashem M. Mehany, M. S., Killingsworth, J. & Shah, S. 2021, An Evaluation of Training Delivery Methods' Effects on Construction Safety Training and Knowledge Retention-a Foundational Study. International Journal of Construction Education and Research, 17, 18-36.

Heslop, L., Lu, S. & Xu, X. 2014, Nursing-Sensitive Indicators: A Concept Analysis. J Adv Nurs, 70, 2469-82.

Hinze, J., Hallowell, M. & Baud, K. 2013, Construction-Safety Best Practices and Relationships to Safety Performance. Journal of Construction Engineering and Management, 139, 04013006.

Horntvedt, M.-E. T., Nordsteien, A., Fermann, T. & Severinsson, E. 2018, Strategies for Teaching Evidence-Based Practice in Nursing Education: A Thematic Literature Review. BMC Medical Education, 18, 1-11.

Ignacio, J., Dolmans, D., Scherpbier, A., Rethans, J.-J., Chan, S. & Liaw, S. Y. 2015, Comparison of Standardized Patients with High-Fidelity Simulators for Managing Stress and Improving Performance in Clinical Deterioration: A Mixed Methods Study. Nurse Education Today, 35, 1161-1168.

İnan, D. G. 2009, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde Yatan Hastalarda Basınç Ülseri Prevalansı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana

İncesu, E. & Orhan, F. 2018, Bir Kamu Hastanesi Güvenlik Raporlama Sistemi Verilerinin Incelenmesi: Retrospektif Bir Araştırma. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5, 79-86.

Irmak, B. & Bulut, H. 2021, Hemşirelerin "Hemşirelik Bakımına Duyarlı Kalite Göstergeleri" Hakkındaki Görüşleri. Sağlık Akademisi Kastamonu.

İspir, Ö. 2020, Hemşirelerin Güçlendirme Algıları Ve Uygulamalar Üzerinde Kontrolleri: Hemşire Ve Hasta Sonuçları. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

İstanbullu, İ. T., Yıldız, H. & Hüseyin, Z. 2012, Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde Uygulanan Güvenlik Raporlama Sisteminin Geliştirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 4, 1-17.

Kalaora, N. 2002, The Five Essentials of Safety. Occupational Health & Safety, 71, 86-86.

Kanber, N. A. & Gürlek, Ö. 2011, Hemşİrelerİn Uygulanan HİzmetİçİEğİtİm Programindan BeklentİlerİVe Bu Program İle İlgİlİ Düşüncelerİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 52-58.

Karaca, A., Açıkgöz, F. & Akkuş, D. 2013, Eğitim Ile Empatik Beceri Ve Empatik Eğilim Geliştirilebir Mi?: Bir Sağlık Yüksekokulu Örneği. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 118-122.

Karaca, A. & Arslan, H. 2014, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1, 9-18.

Karadeniz, G., Kutlu, N., Tatlisumak, E. & Özbakkaloğlu, B. 2003, Nurses' Knowledge Regarding Patients with Intravenous Catheters and Phlebitis Interventions. Journal of Vascular Nursing, 21, 44-47.

Kaskutas, V., Jaegers, L., Dale, A. M. & Evanoff, B. 2016, Toolbox Talks: Insights for Improvement. Professional Safety, 61, 33-37.

Kayral, İ. H. 2018, Dünya'da Ve Türkiye'de Sağlik Hizmetleri Akreditasyonu. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1, 27-31.

Killingsworth, J., Stentz, T., Moser, A. & Grundman, J. Year,Published. Effective Instructional Methods for Providing Safety Training to Construction Workers. Associate Schools of Construction: Proceedings of the 50th ASC Annual International Conference, 2014.

Kim, J., Lee, J. Y. & Lee, E. 2022, Risk Factors for Newly Acquired Pressure Ulcer and the Impact of Nurse Staffing on Pressure Ulcer Incidence. Journal of Nursing Management, 30, O1-O9.

Kıraner, E., Terzi, B., Ekinci, A. U. & Tunalı, B. 2016, Yoğun Bakım Ünitemizdeki Basınç Yarası Insidansı Ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20, 78-83.

Korkutan, M. & Mehmet, K. 2021, Hasta Güvenliği Kültürünün Türkiye'deki Mevcut Durumu Ve Önemi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7, 19-31.

Kowalski, S. L. & Anthony, M. 2017, Ce: Nursing's Evolving Role in Patient Safety. AJN The American Journal of Nursing, 117, 34-48.

Krauss, M. J., Evanoff, B., Hitcho, E., Ngugi, K. E., Dunagan, W. C., Fischer, I., Birge, S., Johnson, S., Costantinou, E. & Fraser, V. J. 2005, A Case-Control Study of Patient, Medication, and Care-Related Risk Factors for Inpatient Falls. Journal of General İnternal Medicine, 20, 116-122.

Lankshear, A. J., Sheldon, T. A. & Maynard, A. 2005, Nurse Staffing and Healthcare Outcomes: A Systematic Review of the International Research Evidence. Advances in Nursing Science, 28, 163-174.

Larue, C., Pepin, J. & Allard, É. 2015, Simulation in Preparation or Substitution for Clinical Placement: A Systematic Review of the Literature. Journal of Nursing Education and Practice, 5, 132-140.

Lemes, M. A., Marin, M. J. S., Lazarini, C. A., Bocchi, S. C. M. & Higa, E. d. F. R. 2021, Evaluation Strategies in Active Learning in Higher Education in Health: Integrative Review. Revista Brasileira de Enfermagem, 74.

Levett-Jones, T., Cant, R. & Lapkin, S. 2019, A Systematic Review of the Effectiveness of Empathy Education for Undergraduate Nursing Students. Nurse Education Today, 75, 80-94.

Loveday, H. P., Wilson, J. A., Pratt, R. J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prieto, J. & Wilcox, M. 2014, Epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. Journal of Hospital Infection, 86, S1-S70.

Maimaitireyimu, N. & Arslanoğlu, A. 2019, Kalite Direktörlerinin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına Bakış Açısı Üzerine Nitel Bir Araştırma. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 2, 1-14.

Majeed, F. 2014, Effectiveness of Case-Based Teaching of Physiology for Nursing Students. Journal of Taibah University Medical Sciences, 9, 289-292.

Manojlovich, M. 2007, Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future. The Online Journal of Issues In Nursing, 12.

Mastal, M., Matlock, A. M. & Start, R. 2016, Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators Series: Capturing the Role of Nursing in Ambulatory Care-the Case for Meaningful Nurse-Sensitive Measurement. Nursing Economics, 34, 92.

McVey, C., von Wenckstern, T., Mills, C., Yager, L., McCauley, C., Rivera, Y. & Reed, E. 2022, Nurse-Sensitive Indicator Quality Improvement Toolkit: A Scalable Solution to Improve Health Care–Associated Infections. Journal of Nursing Care Quality, 37, 295-299.

Merskey, H. & Teasell, R. W. 2007, Problems with Insurance-Based Research on Chronic Pain. Medical Clinics, 91, 31-43.

Mıdık, Ö. & Kartal, M. 2010, Simülasyona Dayali Tip Eğitimi. Marmara Medical Journal, 23.

Molu, N. G., Ceylan, B. & Özcan, F. Y. 2019, Drama Ile Bütünleştirilmiş Iletişim Becerileri Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Iletişim Becerileri, Öz-Yeterlik Ve Empatik Eğilim Düzeylerine Etkisi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 13-26.

Montalvo, I. 2007, The National Database of Nursing Quality Indicatorstm (NDNQİ®). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 12, 112-214.

Mullan, B. A. & Kothe, E. J. 2010, Evaluating a Nursing Communication Skills Training Course: The Relationships between Self-Rated Ability, Satisfaction, and Actual Performance. Nurse Education in Practice, 10, 374-378.

Mushayi, T., Deacon, C. & Smallwood, J. Year,Published. The Effectiveness of Health and Safety Training and Its Impact on Construction Workers' Attitudes, and Perceptions. International Conference on Engineering, Project, and Product Management, 2017. Springer, 235-244.

Mushta, J., L. Rush, K. & Andersen, E. Year,Published. Failure to Rescue as a Nurse-Sensitive Indicator. Nursing Forum, 2018. Wiley Online Library, 84-92.

Myers, H., Pugh, J. D. & Twigg, D. E. 2018, Identifying Nurse-Sensitive Indicators for Stand-Alone High Acuity Areas: A Systematic Review. Collegian, 25, 447-456.

Neily, J., Mills, P. D., Young-Xu, Y., Carney, B. T., West, P., Berger, D. H., Mazzia, L. M., Paull, D. E. & Bagian, J. P. 2010, Association between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. JAMA, 304, 1693-1700.

Norton, L., Ottoboni, L. K., Varady, A., Yang-Lu, C.-Y., Becker, N., Cotter, T., Pummer, E., Haynes, A., Forsey, L. & Matsuda, K. 2013, Phlebitis in Amiodarone Administration: Incidence, Contributing Factors, and Clinical Implications. American Journal of Critical Care, 22, 498-505.

Nuru, N., Zewdu, F., Amsalu, S. & Mehretie, Y. 2015, Knowledge and Practice of Nurses Towards Prevention of Pressure Ulcer and Associated Factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Nursing, 14, 1-8.

Oksay, A. 2016, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?-What Actually Is Quality in Healthcare? Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8, 181-192.

Okumuş, H. 2003, Hemşire Hizmetlerinde Kalite Güvenliği. Türk Hemşireler Dergisi, 1, 7-11.

Olson, R., Varga, A., Cannon, A., Jones, J., Gilbert-Jones, I. & Zoller, E. 2016, Toolbox Talks to Prevent Construction Fatalities: Empirical Development and Evaluation. Safety Science, 86, 122-131.

Omer, T. 2016, Nursing Students' Perceptions of Satisfaction and Self-Confidence with Clinical Simulation Experience. Journal of Education and Practice, 7, 131-138.

Omura, M., Levett-Jones, T. & Stone, T. E. 2019, Design and Evaluation of an Assertiveness Communication Training Programme for Nursing Students. Journal of Clinical Nursing, 28, 1990-1998.

Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A. & Patrician, P. A. 2021, Nursing-Sensitive Indicators for Nursing Care: A Systematic Review (1997–2017). Nursing Open, 8, 1005-1022.

Ovayolu, N. & Bahar, A. 2006, Hemşirelik Ve Kalite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 9, 104-110.

Øvretveit, J. & Al Serouri, A. 2006, Hospital Quality Management System in a Low Income Arabic Country: An Evaluation. International Journal of Health Care Quality Assurance.

Öncü, Y. 2017, Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özdemir, C. 2013, Kültür Ve Turizm Bakanlığının Turizm Sektörüne Yönelik Verdiği Ön Büro İşbaşı Eğitiminin İşgörenlerin Mesleki Gelişimine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir, F. K. & Şahin, Z. A. 2015, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği. ODÜ Tıp Dergisi, 2, 139-144.

Özdemir, S. M. 2009, Eğitimde Program Değerlendirme Ve Türkiye'de Eğitim Programlarını Değerlendirme Çalışmalarının Incelenmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6, 126-149.

Özel Özkul, H., Yurtsever, D. & Mutlu, S. 2012, Temel Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Hizmet İçi Eğitimin Değerlendirilmesi. Okmeydanı Tıp Dergisi, 28, 146-150.

Özlem, D. 2022, Basinç Ülseri Takip Ve Tedavisinde Kullanilan Ölçekler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24, 199-208.

Özlü, Z. K., Yayla, A., Özer, N., Gümüş, K., Erdağı, S. & Kaya, Z. 2015, Cerrahi Hastalarda Düşme Riski. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 5, 94-99.

Özpulat, F. 2006, Sağlık Bakanlığı Ankara Dış Kapı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışmakta Olan Sağlık Personelinin Hizmet İçi Eğitim Programına İlişkin Görüşlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk, H. 2008, Hemşirelerin Hizmet Içi Eğitimlerle Ilgili Yaşadıkları Sorunlar, Beklenti Ve Önerileri. Florence Nightingale Journal of Nursing, 16, 41-49.

Palteki, T. & Sur, H. 2013. Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevleri.

Pappas, S., Davidson, N., Woodard, J., Davis, J. & Welton, J. M. 2015, Risk-Adjusted Staffing to Improve Patient Value. Nursing Economics, 33, 73.

Park, K., Ahn, Y., Kang, N. & Sohn, M. 2016, Development of a Simulation-Based Assessment to Evaluate the Clinical Competencies of Korean Nursing Students. Nurse Education Today, 36, 337-341.

Patrician, P. A., Loan, L., McCarthy, M., Brosch, L. R. & Davey, K. S. 2010, Towards Evidence-Based Management: Creating an Informative Database of Nursing-Sensitive Indicators. Journal of Nursing Scholarship, 42, 358-366.

Pazargadi, M., Tafreshi, M. Z., Abedsaeedi, Z., Majd, H. & Lankshear, A. J. 2008, Proposing Indicators for the Development of Nursing Care Quality in Iran. International Nursing Review, 55, 399-406.

Pınar, G., Doğan, A., Kırlangıç, Y. & Özdemir, Ç. 2010, Hemşirelerin Hizmet Içi Uyum Eğitimine Ilişkin Görüşleri. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 1, 199-205.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. 2014. Essentials for Nursing Practice-E-Book, Elsevier Health Sciences.

Quigley, P. & White, S. 2013, Hospital-Based Fall Program Measurement and Improvement in High Reliability Organizations. The Online Journal of Issues in Nursing, 18 (2), 1-2.

Rice, S. P., Rimby, J., Hurtado, D. A., Gilbert-Jones, I. & Olson, R. 2022, Does Sending Safety Toolbox Talks by Text Message to Residential Construction Supervisors Increase Safety Meeting Compliance? Occupational Health Science, 6, 313-332.

Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., Tülin, A. & Uzunkaya, G. 2016, Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9, 9-15.

Rovai, M., Carroll, H., Foos, R., Erickson, T. & Garcia, A. 2016, Dairy Tool Box Talks: A Comprehensive Worker Training in Dairy Farming. Frontiers in Public Health, 136.

Sağlık Bakanlığı TKHK 2014, Kamu Hastane Birlikleri. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı TKHK İstatistik, Analiz Raporlama Daire Başkanlığı, Ankara Açık Ceza İnfaz Kurumu Matbaa Atölyesi, 3-11.

Sandoval Garrido, F. A., Tamiya, N., Kashiwagi, M., Miyata, S., Okochi, J., Moriyama, Y., Yamaoka, Y. & Takamuku, K. 2014, Relationship between Structural Characteristics and Outcome Quality Indicators at Health Care Facilities for the Elderly Requiring Long-Term Care in J Apan from a Nationwide Survey. Geriatrics & Gerontology International, 14, 301-308.

Sarani Ali Abadi, P., Etemadi, S. & Abed Saeedi, Z. 2013, Investigating Role of Mechanical and Chemical Factors in the Creation of Peripheral Vein in Flammarion in Hospitalization Patients in Hospital in Zahedan, Iran. Life Science Journal, 10.

Savcı, C., Şerbetçi, G. & Hacer, Ö. 2021, Hemşire Ve Ebelerin Hizmet İçi Eğitim Uygulamalarına Yönelik Görüş Ve Beklentilerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 3, 77-82.

Sawyer, L. M., Berkowitz, B., Haber, J. E., Larrabee, J. H., Marino, B. L., Martin, K. S., Mason, K. P., Mastal, M. F., Nilsson, M. W., Walbridge, S. E. & Walker, M. K. 2002, Expanding American Nurses Association Nursing Quality Indicators to Community-Based Practices. Outcomes Management, 6, 53-61.

Schwatka, N. V., Goldenhar, L. M., Johnson, S. K., Beldon, M. A., Tessler, J., Dennerlein, J. T., Fullen, M. & Trieu, H. 2019, A Training Intervention to Improve Frontline Construction Leaders' Safety Leadership Practices and Overall Jobsite Safety Climate. Journal of Safety Research, 70, 253-262.

Serbest, Ş. & Alıcı, S. U. 2010, Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Hemşirelerin Kurumdaki Hizmet Içi Eğitim Uygulamalarına Ilişkin Görüşleri. Florence Nightingale Journal of Nursing, 18, 98-105.

Sevil, Ü. & Yanıkkerem, E. 2004, Hemşirelik Mesleğinde Standartların Önemi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül Sayısı.

Sezer, H. & Orgun, F. 2017, HemşİrelİK EğİtİmİNde SİmülasyON Kullanimi Ve SİmülasyON Modelİ. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33, 140-152.

Sezgin, B. 2007, Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı Ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Shapey, I., Foster, M., Whitehouse, T., Jumaa, P. & Bion, J. 2009, Central Venous Catheter-Related Bloodstream Infections: Improving Post-Insertion Catheter Care. Journal of Hospital Infection, 71, 117-122.

Silveira, T. V. L., Prado Júnior, P. P. d., Siman, A. G. & Amaro, M. d. O. F. 2015, The Importance of Using Quality Indicators in Nursing Care. Revista Gaucha de Enfermagem, 36, 82-88.

Sim, J., Crookes, P., Walsh, K. & Halcomb, E. 2018, Measuring the Outcomes of Nursing Practice: A Delphi Study. Journal of Clinical Nursing, 27, e368-e378.

SKS-Hastane V6, S. H. G. M. 2020. Sağlıkta Kalite Standartları Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü web: https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,66100/sks-hastane-surum-6-hakkinda.html E.T: 23.02.2022.

Sparer, E. & Dennerlein, J. 2014, Safety Communication & Recognition.

Start, R., Matlock, A. M., Brown, D., Aronow, H. & Soban, L. 2018, Realizing Momentum and Synergy: Benchmarking Meaningful Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators. Nursing Economics, 36, 246-251.

Stelfox, H. T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J. & Bates, D. W. 2006, The "to Err Is Human" Report and the Patient Safety Literature. BMJ Quality & Safety, 15, 174-178.

Sung, H. c., Chang, S. m. & Tsai, C. s. 2005, Working in Long-Term Care Settings for Older People with Dementia: Nurses' Aides. Journal of Clinical Nursing, 14, 587-593.

Sur, H., Özsarı, H. & Say, B. 2013, Hasta Güvenliği. Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 509-519.

Şahin, Z. & Özdemir, F. 2015, Hemşirelerin Iletişim Ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. Jaren, 1, 1-7.

Tamer, G. & Çetinkaya, H. 2018, Kalite Yönetim Sisteminin Sağlık Kurumlarına Etkisi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi.

Tartaç, Y. & Özkan, S. 2011, Lise Öğrencilerinin Menstruasyon Hijyen Konusunda Bilgi/Tutumları Ve Eğitimin Etkinliğini Değerlendirme. Gazi Medical Journal, 22, 18-23.

Taşkıran, G. & Temel, A. B. 2017, Tutkulu Bir İstatistikçi: Florence Nightingale. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10, 113-120.

Temel, M. & Şişman, F. N. 2017, İletişim Becerileri Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Sanal Ve Kişilerarası Ilişkilerine Etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4, 171-179.

Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Koç, G., Şimşek, Ş., Yaşar, B. N., Şahan, F. U., Akın, R., Öçal, S. E., Akdağ, C. & Elçin, M. 2016, A New Strategy in Nursing Education: From Hybrid Simulation to Clinical Practice. Nurse Education Today, 39, 104-108.

Thomas-Hawkins, C., Latham, C. E. & Hain, D. J. 2017, Emphasizing the Value of Nephrology Nursing through Nursing-Sensitive Indicators: A Call for Action. Nephrology Nursing Journal, 44.

Tosun, Z. K. & Bölüktaş, R. P. 2015, Yoğun Bakım Ünitelerindeki Yaşlı Hastalarda Bası Yarası Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 19, 43-53.

Tsao, S.-L. & Hsieh, Y.-J. 2015, Pain Management Experience at a Central Taiwan Medical Center. Acta Anaesthesiologica Taiwanica, 53, 66-70.

Türkmen, E., Altunbaş, S., Baykal, Ü. & Seren, Ş. 2011, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 38-46.

Ulrich, B. & Mancini, M. E. B. 2013. Mastering Simulation, 2014 Ajn Award Recipient: A Handbook for Success, Sigma Theta Tau.

Uslusoy, E. 2006, Periferik Intravenöz Kateter Uygulamalarında Flebit Gelişme Durumu Ve Etkileyen Etmenler. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Uyer, G. 1993, Hemşirelik Ve Yönetim. Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 234-241.

Uyer, G., Kocaman, G., Oktay, S., Argon, G., Aksayan, S., İntepeler, Ş. S., Abaan, S., Duygulu, S., Bahçecik, N. & Öztürk, H. 2016. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, Koç Üniversitesi Yayınları.

Uzelli Yılmaz, D. & Akın Korhan, E. 2017, Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliği: Bir Sistematik İnceleme. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 9.

Veltri, L., Kaakinen, J. R., Shillam, C., Arwood, E. & Bell, K. 2016, Controlled Postpartum–Newborn Simulation with Objective Evaluation Exchanged for Clinical Learning. Clinical Simulation in Nursing, 12, 177-186.

Wallis, M. C., McGrail, M., Webster, J., Marsh, N., Gowardman, J., Playford, E. G. & Rickard, C. M. 2014, Risk Factors for Peripheral Intravenous Catheter Failure: A Multivariate Analysis of Data from a Randomized Controlled Trial. Infection Control & Hospital Epidemiology, 35, 63-68.

Watters, C., Reedy, G., Ross, A., Morgan, N. J., Handslip, R. & Jaye, P. 2015, Does Interprofessional Simulation Increase Self-Efficacy: A Comparative Study. BMJ Open, 5, e005472.

Wayne, D. B., Didwania, A., Feinglass, J., Fudala, M. J., Barsuk, J. H. & McGaghie, W. C. 2008, Simulation-Based Education Improves Quality of Care During Cardiac Arrest Team Responses at an Academic Teaching Hospital: A Case-Control Study. Chest, 133, 56-61.

Xu, J.-h. 2016, Toolbox of Teaching Strategies in Nurse Education. Chinese Nursing Research, 3, 54-57.

Yalnız, N., Köseoğlu, E., Kaplanoğlu, A. & AltİN, S. 2020, Covid 19 Pandemisi Ve Hizmet Içi Eğitim. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24, 81-82.

Yanmaz, A. 2006, Sağlık Hizmetlerinde Objektif Performans Değerlendirmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul

Yılmaz, M. 2001, Sağlik Bakim Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulıu Dergisi, Özel Sayı, 1-5.

Yousefian, S., Harat, A. T., Fathi, M. & Ravand, M. 2013, A Proposed Adaptation of Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital--Jci to the Health Care Excellence Model. Advances in Environmental Biology, 956-968.

Yüreki, E., Arpat, B. & Çamurdan, B. 2018, Muhasebe Meslek Mensuplarinin 3+ 1 İşbaşi Eğitimi Modeline Yaklaşımları: Denizli İlinde Bir Alan Araştırmasi. İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi, 3, 102-110.

Zadvinskis, I. M., Carr, J., Schweitzer, K. E., Patil, N., Clifton, W. D. & Ebert, K. E. 2019, The Impact of Nursing Work and Engagement on Patient Falls. JONA: The Journal of Nursing Administration, 49, 531-537.

Zhao, Y. & Kim, H. 2015, Older Adult Inpatient Falls in Acute Care Hospitals: Intrinsic, Extrinsic, and Environmental Factors. Journal of Gerontological Nursing, 41, 29-43.

Zwakhalen, S. M., Koopmans, R. T., Geels, P. J., Berger, M. P. & Hamers, J. P. 2009, The Prevalence of Pain in Nursing Home Residents with Dementia Measured Using an Observational Pain Scale. European Journal of Pain, 13, 89-93.

Υφαντής, Ά., Τηνιακού, I. & Υφαντή, Ε. 2014, Nurses' Attitudes Regarding Continuing Professional Development in a District Hospital of Greece. Healt Science Journal. 4(3), 193-200

EKLER

Ek-3.2

HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:……..

2. Cinsiyetiniz:

( ) Kadın ( ) Erkek

3. Öğrenim düzeyiniz:

( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Lisans ( ) YL ve üzeri

4. Yüksek lisans eğitiminiz var ise eğitimini aldığınız alan:

.....

5. Medeni durumunuz:

( ) Evli ( ) Bekar

6. Meslekteki çalışma süreniz:

( ) 1-5 yıl arası ( ) 6-10 yıl arası ( ) 11-15 yıl arası ( ) 16-20 yıl arası ( ) 21 ve üzeri

7. Çalışma şekliniz:

( ) Sürekli gündüz ( ) Sürekli gece ( ) Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)

8. Çalıştığınız birim:

( ) Dahiliye 1 Servisi(genel dahiliye-endokrinoloji-dermatoloji) ( ) Kardiyoloji Servis

( ) Dahiliye 2 Servisi(nefroloji-gastroloji-romatoloji) ( ) Nöroloji-FTR Servisi

( ) Dahiliye 3 Servisi(hematoloji- onkoloji) ( ) Göğüs- Enfeksiyon Servisi

( ) Genel Cerrahi ( ) Ortapedi Travmatoloji Servisi ( ) KBB Servis

( ) Üroloji- Plastik Cerrahi Servisi ( ) Beyin Cerrahi Servisi ( ) KVC- Göz-Göğüs Hastalıkları Servisi

9. Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? (belirtiniz) ……

10. Daha önce kurum dışında hasta düşmeleri, bası yarası ve basınç yarasını önleme, ağrı yönetimi, periferik venöz katater enfeksiyonları, istenmeyen olay bildirimleri ile ilgili herhangi bir kalite eğitimi aldınız mı?

( ) Evet* ( ) Hayır

*Evet ise lütfen hangi eğitimi aldığınızı belirtiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) **Hasta düşmeleri**

( ) **Bası yarası ve bası yarasını önleme**

( ) **Ağrı yönetimi**

( ) **Periferik venöz katater enfeksiyonları**

( ) **İstenmeyen olay bildirimleri**

BİRİMDEKİ BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME

Genel olarak, biriminizde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini nasıl tanımlarsınız?

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Orta ( ) Zayıf

Ek-3.3

HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİ
BİLGİ FORMU (ÖNTEST-SONTEST)

1. **Ağrı ölçeğine göre <u>orta şiddette ağrısı</u> olan hastanın ağrısının yeniden değerlendirme sıklığı nedir?**
   - **A.** Saatte bir
   - **B.** 2 saatte bir
   - **C.** 4 saatte bir
   - **D.** 6 saatte bir
2. **Bilinci açık olan erişkin hastalarda hangi ağrı ölçeği kullanılır?**
   - **A.** Numerik Ağrı Skalası
   - **B**. NIPS Ağrı Değerlendirme Skalası
   - **C.** Mcgill Melzack Ağrı Soru Formu
   - **D.** Davranışsal Ağrı Ölçeği
3. **Ağrısı olan bireyin ağrı yönetimi için aşağıdakilerden hangisi yapılmalıdır?**
   - **A.** Ağrı tanımlanmadan ölçülmelidir.
   - **B.** Ağrı herhangi bir ölçek kullanılmadan hastaya sorularak ölçülmelidir.
   - **C.** Ağrının giderilmesinde non-farmakolojik yöntem tercih edilmemelidir.
   - **D.** Ağrı bir ölçek kullanılarak değerlendirilmeli ve ölçülen değer kaydedilmelidir.
4. **Hastanın ağrı şiddetine göre tekrar değerlendirme sıklığı aşağıdakilerden hangisinde yanlış ifade edilmiştir?**
   - **A.** Hastanın ağrısı yoksa değerlendirilmez.
   - **B.** Hastanın puanı 1-4 arasında ise 4 saatte bir değerlendirilmelidir.
   - **C.** Hastanın ağrısı 5-6 puan ise 2 saatte bir değerlendirilmelidir.
   - **D.** Hastanın ağrısı 7-10 puan ise saatte bir değerlendirilmelidir.
5. **Yatan yetişkin hastaların düşme riski değerlendirilmesinde hangi ölçek kullanılır?**
   - **A.** İtaki Ölçeği
   - **B.** Braden Skalası
   - **C.** Harizmi Risk Ölçeği
   - **D.** HAD Ölçeği

6. Aşağıdakilerden hangisi düşme riski ölçeği (İTAKİ) puanı 5 puan ve üzeri çıkan hastada yapılması gerekenlerden birisi <u>değildir?</u>

A. Çalışanlar düşme riski yüksek olan hastalar konusunda bilgilendirilir.
B. Hasta odası saat başı ziyaret edilir.
C. Hasta herhangi bir odaya alınabilir.
D. Hasta başına, tüm sağlık çalışanlarının görebileceği şekilde düşme riskli hasta figürü asılır.

7.

I. Yerler sadece sabah temizliği ile silinmeli herhangi bir zamanda müdahale edilmemelidir.
II. Hastanın sık kullanacağı eşyalar yakınına yerleştirilmelidir.
III. Hasta ambulasyona cesaretlendirilir.
IV. Hasta yürürken ayakkabı veya terlik kullanması sağlanır.

Yukarıdaki ifadelerden hangisi düşme riski için alınması gereken standart <u>önlemlerdendir?</u>

A. I ve II **B.** II ve III **C.** I, II ve III **D.** Yalnız II

8. Aşağıdakilerden hangisi düşmelerde iç kaynaklı nedenlerden <u>değildir</u>?

A. Düşme öyküsü
B. Islak ve kaygan zemin
C. Baş dönmesi
D. Düşük tansiyon

9.

I. Olay ile ilgisi olan kişilerin isimleri kullanılmalıdır.
II. Olayın gerçekleştiği bölüm veya birimin ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yer almalıdır.
III. Bildirim form ile yapılacak ise ve bildirimi yapacak kişinin gizlilik talebi var ise formdaki ilgili alanı işaretlemelidir.
IV. Çalışanlar, kişilerin isminden bağımsız olarak sadece olayın konusu ve olaya ilişkin bilgilere yer vermelidir.

İstenmeyen olay bildirim süreci ile ilgili aşağıdakilerden hangisi <u>yanlıştır</u>?

A. I ve II **B.** Yalnız I **C.** I, II ve IV **D.** II ve III

10. Aşağıdakilerden hangisi bildirilmesi gereken hatalardan değildir?

A. Yanlış ilaç istemi

B. Hatalı test istemi

C. Hastanın düşmesi

D. Hastanın taburculuk kararının ertelenmesi

11.

I. Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayların bildirimleri hastane otomasyon sistemi veya "Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu" aracılığıyla hastane yönetimine yapılır.

II. Çalışanlar sistemin bir parçası olarak hasta güvenliğini tehdit eden olaylara karşı "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" kapsamında bildirimi yapar.

III. Çalışanlar, personel ve hasta isminden bağımsız olarak sadece olayın konusu ve olaya ilişkin bilgilere yer vermelidir.

IV. Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri kullanılarak bildirim yapılmalıdır.

Yukarıda verilen istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

A. I ve II **B.** II ve IV **C.** I, II ve IV **D.** II ve III

12. İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin işlevselliğinin sağlanmasında aşağıdakilerden hangisi sorumludur?

A. Başhekim

B. Başhemşirelik

C. Hastane Başmüdürü

D. Bütün Hastane Çalışanları ve Yönetim

I. Kısıtlı hareket /hareketsizlik
II. Yetersiz ve dengesiz beslenme
III. Bası / kayma kuvveti / sürtünme
IV. İdrar veya dışkı inkontinansı

13. Yukarıda bası yarası oluşumunu artıran etmenlerden bazıları sıralanmıştır. Yukarıda yer alan seçeneklerden hangisinde bası yarasını arttıran etmenler doğru olarak verilmiştir?

A. I

B. I ve II

C. I, II ve III

D. I,II, III ve IV

14. Yatan hastaların bası yarası riski değerlendirilmesinde hangi ölçek kullanılır?

A. İtaki Ölçeği

B. Braden Skalası

C. Harizmi Risk Ölçeği

D. HAD Ölçeği

15. Aşağıdakilerden hangisi veya hangileri <u>doğrudur</u>?

I. Braden puanı yükseldikçe bası yarası riski azalır.

II. Mobil hastalarda riski azaltmak adına mobilizasyon önerilmektedir

III. İmmobil hastalar için gündüz 2 saatte bir gece ise 4 saatte bir pozisyon değiştirilir.

A. Yalnız I **B.** I ve II **C.** I, II, III **D.** Yalnız II

16. Bası yarasını önlemek için aşağıdakilerden hangisi <u>yapılmaz</u>?

A. Tüm riskli bireylerin ciltleri günde en az 3 kez değerlendirilmelidir.

B. Kemik çıkıntılarının olduğu bölgeler desteklenmelidir.

C. Kol ve bacaklar yastık, rulo veya havlularla desteklenmelidir.

D. Hasta yatağa bağımlı ise gündüz 1-2 saat, gece 4 saat ara ile pozisyonu değiştirilmelidir.

17.

I. Eller gözle görülür şekilde kirlenmediği sürece, el hijyenini gerçekleştirirken rutin olarak alkol bazlı el antiseptiği kullanılır. Ellerde gözle görülür kirlilik varsa mutlaka su ve sabunla yıkanmalıdır.

II. Eldiven giyilmesi el hijyeni gerekliliğini ortadan kaldırmaz, eldiven giyilmeden önce ve çıkarıldıktan sonra mutlaka el hijyeni sağlanmalıdır

III. Venöz kateterlere her tür manipülasyondan önce ve sonra (kateter giriş bölgesinin palpasyonu, kateter takılması, pansuman değiştirilmesi) el hijyeninin sağlanması, infeksiyon gelişmesine karşı etkin korunma sağlar.

IV. El hijyeni sağlanırken sadece hastanenin yayınlamış olduğu kılavuz dikkate alınmalıdır.

Yukarıda verilen ifadelerden hangisi PVK takılırken gerekli olan el hijyeni kurallarından biri <u>değildir</u>?

A. Yalnız IV **B.** I ve II **C.** I,II, III ve IV **D.** Yalnız II

18.

I. Kateter yerleştirilmeden önce cilt değerlendirilir. Gözle görülür kirlenme varsa cilt antisepsisi öncesinde su ve sabunla cilt temizliği gerçekleştirilmelidir.

II. Cilt antisepsisi için kateter takılacak bölge antiseptik solüsyon ile silinmeli ve kullanılan ürüne göre önerilen sürede kurumasına izin verilmelidir.

III. Cilt antisepsisi sağlanırken sadece alkol bazlı antiseptikler kullanılmalıdır.

IV. Kateter takılacak bölge antiseptik solüsyon ile temizlendikten sonra dokunulmadan girişim uygulanmalıdır.

Yukarıda verilen PVK uygulanırken cilt antisepsisi ile ilgili ifadelerden hangisi <u>yanlıştır</u>?

A. Yalnız IV **B**. I ve IV **C.** I,II, III ve IV **D.** Yalnız III

19.

I. Kateter seçimi yapılırken hasta özellikleri değil sadece endikasyon önemlidir.

II. Eldiven giyilmesi el hijyeni için yeterlidir.

III. PVK'nın vaktinden önce çıkarılması herhangi bir soruna neden olmaz.

IV. Mastektomi veya fistül olan kolda PVK takılması enfeksiyon riskini arttırır.

PVK enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik yukarıda verilen ifadelerden hangisi <u>doğrudur?</u>

A. Yalnız II **B**. I ve IV **C.** I,II, III ve IV **D.** Yalnız III

20.

I. Sefalik ven, metakarpal, bazilik venler ve median antebrakiyal venler infüzyon için en uygun olan venlerdir. Yenidoğan ve bebeklerde ise alt ve üst ekstremiteler ile kafa (skalp) venleri kullanılabilir

II. Herhangi bir kol, kateter yerleşimi için kullanılabilir ancak hasta konforu açısından öncelikli olarak hastanın aktif olarak kullanmadığı taraftan başlanmalı.

III. Ayak venleri periferik dolaşım durgunluğundan, emboli ve tromboflebit gibi komplikasyonlar yönünden risk taşıdığından dolayı diğer venler uygun olduğu sürece tercih edilmemeli.

IV. Her durumda antekübital venler kullanılmalı.

PVK için bölge seçimine yönelik yukarıda verilen ifadelerden hangisi <u>yanlıştır?</u>

A. Yalnız II **B**. I ve IV **C.** I,II, III ve IV **D.** Yalnız IV

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI-ARAŞTIRMACI

HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİNE İLİŞKİN KONTROL LİSTELERİ

Ek-3.4

Ağrı Yönetimi Kontrol Listesi	**1.Izlem** **Tarih** **Yapıldı (+)** **Yapılmadı (-)**	**2. izlem** **Tarih** **Yapıldı (+)** **Yapılmadı (-)**	**3. izlem** **Tarih** **Yapıldı (+)** **Yapılmadı (-)**
1. Ağrı yaşam bulguları takibi sırasında değerlendirildi/değerlendirilmiş ve 5. yaşam bulgusu bulgu olarak kaydedildi/kaydedilmiş			
2. Ağrı değerlendirmesinde hasta özellikleri göz önünde bulundurularak uygun ölçekler kullanıldı/kullanılmış (Sayısal Ağrı Skalası veya Wong Baker Yüz Skalası)			
3. Değerlendirme sonrası ağrı yönetimine uygun nonfarmakolojik girişimler planlandı/planlanmış veya bu girişimler tanımlanabiliyor			
4. Ağrı tanılaması sonrasında kontrol değerlendirmesi, rehberler doğrultusunda, önerilen aralıklarda yapıldı/yapılmış			
5. Hekim ile iş birliği yapılarak farmakolojik tedavi planlanması yapıldı/yapılmış			
6. Farmakolojik tedavi sonrası hastanın ağrı değerlendirmesi uygun aralıklar ile yapıldı/yapılmış			
7. Hasta ve hasta yakınlarına ağrı yönetim süreci ve uygulamalar hakkında bilgilendirme yapıldı/yapılmış veya eğitim verildi/verilmiş ve verilen eğitim doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış			
8. Yapılan bütün uygulamalar ve girişimler doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış			

Bası Yarasının Önlenmesi Kontrol Listesi	1.Izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	2. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	3. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)
1. Bası yarası riski Braden/Braden Q bası yarası değerlendirme ölçeği kullanılarak belirlendi/belirlenmiş			
2. Bası yarası riski belirlenen hastalar için uygun önlemler alındı/alınmış veya önlemleri tanımlayabiliyor			
3. İmmobil (yarı veya tam immobil) hastalarda yatak içinde uygun aralıklarda pozisyon değişikliği yapılması planlandı/planlanmış veya bu girişimler tanımlanabiliyor			
4. Cilt değerlendirmesi yapıldı/yapılmış ve riskli durumlar tanımlanarak gereken girişimler planlandı/planlanmış			
5. Mobil hastalarda bası yarası riskini azaltmak amacıyla mobilizasyona teşvik edici girişimler yapıldı/yapılmış veya bu girişimler tanımlanabiliyor.			
6. Yeterli beslenme ve sıvı alımı için hasta ve hasta yakınları ile iş birliği yapıldı/yapılmış ve gerekli girişimler planlandı/planlanmış			
7. Deri bütünlüğünün kontrolü sağlandı/sağlanmış			
8. Bası yarası önlemleri konusunda hasta ve hasta yakınlarına gereken eğitim verildi/verilmiş ve doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış			
9. Yapılan bütün girişim ve planlamalar doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış			

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Kontrol Listesi	1.Izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	2. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	3. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)
1. Hastaların düşme risk düzeylerini belirlemek amacıyla uygun düşme riski ölçekleri kullanıldı/kullanılmış gerektiğinde tekrar değerlendirme yapıldı/yapılmış			
2. Hasta düşmelerini önlemek için hasta ve yakınına gereken eğitim verildi/verilmiş ve verilen eğitim doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış			
3. Hasta başına düşme riski yüksek hasta figürü asıldı/asılmış, hasta/hasta yakınları figürün ne anlama geldiğini tanımlayabiliyor			
4. Düşme riski yüksek hastalar için oda düzenlemesi yapılmış (hemşire deskine yakın odaya alma vb.)			
5. Düşmelerin önlenmesi amacıyla hasta yatağı kenarlıkları kaldırıldı/kaldırılmış			
6. Hasta transferi sırasında düşme riskine yönelik gerekli önlemler alındı/alınmış veya alınması gereken önlemler biliniyor			
7. Düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimler doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış ve bu girişimler tanımlanabiliyor			

İstenmeyen Olay Bildirimi Kontrol Listesi	1.Izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	2. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	3. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)
1. İstenmeyen olay bildirim sistemi ve süreçleri tanımlanabiliyor.			
2. Bildirimlerin gizlilik ilkesi doğrultusunda yapılacağı biliniyor			
3. Sistemin yapısı, bildirim yapılma şekli ve nerelerden bildirim yapılacağı biliniyor			
4. Bildirim formlarının Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (otomasyon) üzerinden nasıl doldurulacağı biliniyor			
5. Bildirim sırasında uyulması gereken bütün kurallar biliniyor ve bildirim basamakları doğru ve eksiksiz olarak tanımlanabiliyor			

Periferik Venöz Kateter (PVK) İle İlişkili Komplikasyonların Önlenmesi Kontrol Listesi	1.Izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	2. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)	3. izlem Tarih Yapıldı (+) Yapılmadı (-)
1. PVK komplikasyonları tanımlanabiliyor			
2. PVK komplikasyonlarının gelişmesini önlemek için PVK'nın nasıl değerlendirilmesi gerektiği biliniyor ve gereken değerlendirme yapılmış			
3. PVK'nın 72-96 saatte bir değişimi yapıldı/yapılmış veya değişimin yapılması gerektiği biliniyor			
4. Bölge seçimi hasta özelliklerine ve enfeksiyon önleme rehberlerine göre yapıldı/yapılmış veya enfeksiyon önleme girişimleri tanımlanabiliyor			
5. PVK bakımı için planlanan girişimler doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış			
6. Gereken bakım yapıldıktan sonra PVK'nın açılış tarihi ve zamanı yazıldı/yazılmış			
7. Yapılan bütün girişim ve uygulamalar doğru ve eksiksiz olarak kayıt altına alındı/alınmış			

Ek-3.5

Servis:

BİRİM KALİTE GÖSTERGELERİ İZLEM FORMU

Göstergeler	Eğitim öncesi izlem Tarih:	Eğitim sonrası 8. hafta izlemi Tarih:	Eğitim sonrası 12. hafta izlemi Tarih:
Hasta düşme oranları			
Ağrı yönetimi doğru yapılan hasta oranı			
Bası yarası oranları			
PVK komplikasyonu gelişme oranları			
İstenmeyen olay doğru bildirim oranları			
Ortalama hasta yatış gün sayısı			

Ek-3.6

İŞBAŞI (TOOLBOX) EĞİTİMLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme ölçütleri	Evet	Hayır
Eğitim içeriğinin yeterli olduğunu düşünüyorum.		
Eğitimin amacı yeterince açıklandı.		
Eğitimin içeriği amaca uygun hazırlanmıştı.		
Eğitim içeriği uygulama alanına uygun hazırlanmıştı.		
Eğitim konuları gereksinimlerime uygun hazırlanmıştı.		
Eğitim diğer eğitim yöntemlerine göre daha anlaşılırdı.		
Bu eğitim yöntemi toplu eğitim yöntemlerine göre daha yararlıydı.		
Eğitim süresi yeterliydi.		
Eğitim sırasında edindiğim bilgileri kolayca uygulamaya aktarabilirim ve işimde kullanabilirim.		
Bu eğitim yöntemi klasik eğitim yöntemlerinden daha etkilidir.		
Bu eğitim yönteminin hemşirelik hizmet içi eğitimlerde ve öğrenci eğitimde kullanılması diğer eğitim yöntemlerine göre daha yararlı olacaktır.		

Bu eğitim yöntemiyle ilgili eklemek istediğiniz olumlu veya olumsuz herhangi bir deneyiminiz veya öneriniz var ise aşağıdaki boş alana yazınız.

……
……
……
……
……
……..

Ek-3.7: İŞ BAŞI (TOOLBOX) EĞİTİM MATERYALLERİ

DÜŞME RİSKİ ve DÜŞMELERİN ÖNLENMESİ

- **Düşmeler tüm dünyada sağlık bakım kurumlarında önemli bir hasta güvenliği sorunudur.**





- **Düşmeler hastalarda;**
  - Yaralanma ve fonksiyon kayıplarına,
  - Hastanede kalış süresinin uzamasına,
  - Tedavi maliyetinin artmasına,
  - Yaşam kalitesinin azalmasına,
  - Hastada korku ve endişeye neden olmaktadır.

HASTALARIN GÜVENLİĞİ VE BİZİM GÜVENLİĞİMİZ ÖNEMLİ !!!



DÜŞME NEDENLERİ NELERDİR?

İç Kaynaklı Nedenler
-Daha önce düşmüş olması
-Hastanın yaşı
-Baş dönmesi
-Düşük tansiyon
-Depresyon ve korku

Dış Kaynaklı Nedenler
-Islak ve kaygan zemin
-Hasta odasının dağınık olması
-Merdivenlerde ve hasta bekleme alanlarında parmaklık ve tutunacak yer olmaması
-Yatakların yerden yüksek olması
-Yatış süresinin uzunluğu

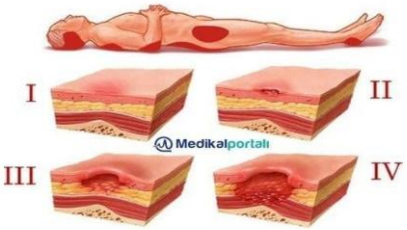
DÜŞMELERİN ÖNLENMESİ İÇİN NE YAPILMALI?

-Düşme riski taşıyan hasta yalnız bırakılmamalı.
-Düşme riski yetişkin hastalarda İTAKİ ölçeği ile değerlendirilmeli ve kayıtlar eksiksiz tutulmalı.
-Yatak kenarlıkları kaldırılmalı.
-Islak zemin varsa çalışanlar uyarılmalı ve oradan geçilmemeli.
-Düşme riski taşıyan (İTAKİ puanı 5 ve üzeri) hastalara Düşme Riski Yüksek Hasta figürü asılmalı.
-Kişinin ayağına tam uyan, kaymayan ayakkabı veya terlik kullanılmalı.

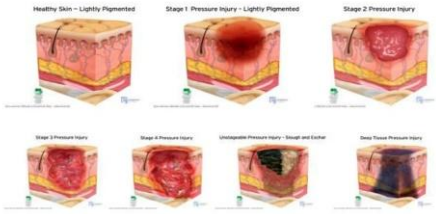
BASI YARASININ ÖNLENMESİ

Bası yarası basınçla ortaya çıkan lokalize yaralar olarak tanımlamaktadır

Bası Yarası Derecelerine Göre Sınıflandırma

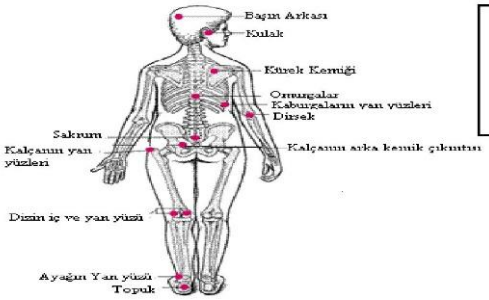


Derecelendirilemeyen Bası Yarası Şüpheli Derin Doku Yaralanması



Bası Yarası İçin Risk Faktörleri Nelerdir?

DIŞ ETKENLER		İÇ ETKENLER	
Makaslama	Basınç	İskemi	Malnütrisyon, Anemi
Sürtünme	Basıncın Yoğunluğu	Nem	Hareketsizlik
Ayrılma	Basıncın Süresi	Sistemik Enfeksiyon	Duyu Kaybı
Kopma	Dokunun Toleransı	İleri Yaş	Kullanılan İlaçlar



Basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, bası yaralarının en sık gözlendiği bölgeler sakrum, topuklar, iskium ve trokanterlerdir.

HANGİ ÖLÇEK KULLANILMALIDIR?

Risk Değerlendirmesinde Braden Bası Yarası Ölçeği Kullanılır

- Braden Bası Yarası Ölçeğinde toplam puan 6-23 arasında değişmektedir. Toplam puanın düşük olması basınç ülseri gelişme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.
- Bası yeri, renk, evre, bası yarası oluşmuşsa yaranın boyutları kayıt altına alınmalıdır.

BASI YARASINI ÖNLEMEK İÇİN NE YAPILMALI?

- Tüm riskli bireylerin ciltleri **günde en az 1 kez değerlendirilmelidir.**
- Duyu kaybı olduğu bilinen bölge üzerinde 15-20 dakikadan uzun süre yatırılmamalıdır.
- Basıyı azaltan özel olarak üretilmiş yataklar (havalı, sulu ve latex, köpük, vb.) kullanılmalıdır.
- Kol ve bacaklar yastık, rulo veya havlularla desteklenmelidir.
- **Oturabilen hastaların pozisyonu saat başı** değiştirilmelidir.
- Sandalyede oturan **hastanın bacakları yükseltilmelidir.**
- Hasta **yatağa bağımlı ise gündüz 1-2 saat, gece 4 saat ara ile** pozisyonu değiştirilmelidir.
- Hasta mobilize edilmelidir.
- Hasta hijyeni ve beslenmesine dikkat edilmelidir.

AĞRI YÖNETİMİ

- Ağrı 5. vital bulgudur ve değerlendirilmesi gereklidir.
- Hasta ağrım var diyorsa ağrısı vardır ve muhakkak hemşire tarafından değerlendirilmelidir.
- Ağrı var oldukça hastanın fizyolojik bütünlüğü bozulur.
- Ağrının varlığı hastanın diğer sistemlerini etkiler.



AĞRI YÖNETİMİ İÇİN NE YAPILMALI?

- Ağrı tanımlanmalı (Bölge, nitelik vb).
- Ağrıyı değerlendirirken ölçek kullanmalı.
- Hastanın yaşam bulguları kontrol edilmeli.
- Belirlenen ağrı puanı tarih ve saati ile birlikte kaydedilmeli.
- Hastanın ağrıya odaklanmaması sağlanmalı.
- Hasta ve ailesiyle farmakolojik olmayan yöntemler için iş birliği yapılmalı.
- Hekim istemi kontrol edilmeli ve hekim ile iş birliği yaparak farmakolojik tedaviye başlanmalı.
- Farmakolojik tedavi uygulandıktan sonra ağrı yeniden değerlendirilmeli.
- Tanımlanan tüm bulgular ve uygulanan girişimler kaydedilmeli

RUTİN DIŞINDA AĞRIYI NE ZAMAN DEĞERLENDİRİLMELİ?

- Hasta başka bir servisten geliyorsa ve transfer edilecekse,
- Ağrının bölge ve niteliğinde herhangi bir değişiklik olduysa,
- Hastaya analjezik uyguladıktan sonra
    - IV ilaçlardan 10-15 dk. sonra
    - IM ve Oral ilaçlardan 30-60 dk. sonra
    - Hastaya invaziv bir girişim uygulandıysa TEKRAR DEĞERLENDİR

RUTİNDE HASTALARIN AĞRISI OLSUN VEYA OLMASIN HERGÜN VİTAL BULGULARLA BERABER DEĞERLENDİRİLMELİ.

HANGİ ÖLÇEKLERLE DEĞERLENDİRME YAPILMALI?





HASTANIN AĞRISININ ŞİDDETİNE GÖRE TEKRAR DEĞERLENDİRİLME SIKLIĞI NE OLMALI?

Ağrı Şiddeti	Sayısal Skala	Wong Baker Yüz Skalası	Yeniden Değerlendirme Sıklığı
Ağrı Yok	0 Puan	0 Puan	Günde bir kez
Hafif Ağrı	1-4 Puan	1-4 Puan	4 saatte bir kez
Orta Şiddetli Ağrı	5-6 Puan	5-6 Puan	2 saatte bir kez
Şiddetli Ağrı	7-10 Puan	7-10 Puan	Saatte bir kez

PERİFERİK VENÖZ KATETER ENFEKSİYONU ÖNLENMESİ

DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

- Venöz kateter takılması invaziv bir işlemdir ve potansiyel olarak akut veya geç dönemde ciddi komplikasyonlara neden olabilir.
- Venöz kateter endikasyonları iyi belirlenmeli, gereksiz kateter kullanımından kaçınmalıdır.
- Kateter seçimi yapılırken hasta özellikleri, tedavinin süresi, kateterin tipi/boyutu, uzunluğu, takılma yeri ve olası komplikasyonlar uygulayıcılar tarafından dikkate alınmalıdır.
- Her uygulama öncesi mutlaka kimlik doğrulama yapılmalıdır.





PVK UYGULARKEN NELERE DİKKAT EDİLMELİ?

- **EL HİJYENİ sağlanmalı ve ELDİVEN kullanılmalı.**
- Venöz kateterlere her tür manipülasyondan önce ve sonra (kateter giriş bölgesinin palpasyonu, kateter takılması, pansuman değiştirilmesi) el hijyeni uygulanması, infeksiyon gelişmesine karşı etkin korunma sağlar.
- Eller gözle görülür şekilde kirlenmediği sürece, el hijyenini gerçekleştirirken rutin olarak **alkol bazlı el antiseptiği** kullanılır. Ellerde gözle görülür kirlilik varsa mutlaka su ve sabunla yıkanmalıdır. El hijyeni sağlanırken **TÜRK HASTANE İNFEKSİYONLARI VE KONTROLÜ DERNEĞİ'NİN "EL HİJYENİ KILAVUZU" ÖNERİLERİ** dikkate alınmalıdır.
- **Eldiven giyilmesi el hijyeni gerekliliğini ortadan kaldırmaz, eldiven giyilmeden önce ve çıkarıldıktan sonra mutlaka el hijyeni sağlanmalıdır.**

- **CİLT ANTİSEPSİSİNİN SAĞLANMASI**
  - Kateter yerleştirilmeden önce cilt değerlendirilir. Gözle görülür kirlenme varsa cilt antisepsisi öncesinde su ve sabunla cilt temizliği gerçekleştirilmelidir.
  - Cilt antisepsisi için kateter takılacak bölge antiseptik solüsyon ile silinmeli ve kullanılan ürüne göre önerilen sürede kurumasına izin verilmelidir.
  - Kateter takılacak bölge antiseptik solüsyon ile temizlendikten sonra dokunulmadan girişim uygulanmalıdır.
  - Cilt antisepsisi için > **%0.5 klorheksidin içeren %70'lik alkol solüsyonu** önerilmektedir.
  - **Alkol içeren klorheksidin solüsyonunun bulunmadığı durumlarda ya da kontrendikasyon varsa povidon-iyodin veya sadece %70'lik alkol kullanılabilir.**

KATETER HANGİ BÖLGEYE TAKILMALI?

- **Sefalik ven, metakarpal, bazilik venler ve median antebrakiyal venler infüzyon için en uygun olan venlerdir. Yenidoğan ve bebeklerde ise alt ve üst ekstremiteler ile kafa (skalp) venleri kullanılabilir.**
- Elin dorsalindeki yüzeyel damarlar kullanılabilir ancak ağrılı olabilir.
- **Herhangi bir kol (sağ veya sol) kateter için kullanılabilir ancak hasta konforu açısından öncelikli olarak hastanın aktif olarak kullanmadığı koldan başlanmalıdır.**
- **Eğer hastanın başka bir damarı uygunsa antekübital (dirsek içleri, eklem bölgesi) damarlar kullanılmamalıdır.** Kolun bükülmesi sıvı akışının durmasına ve zamanla kateterin yerinden çıkmasına neden olabilir. Ayrıca daha sonra gerekirse periferik yerleşimli santral kateter uygulaması için antekübital bölge kullanılabilir.
- **Ayak damarları periferik dolaşım durgunluğundan, emboli ve tromboflebit gibi komplikasyonlar yönünden risk taşıdığından dolayı diğer damarlar uygun olduğu sürece tercih edilmemelidir.**

PVK'lerin vaktinden önce çıkarılmasını gerektiren komplikasyon oranı ülkemizde %50'lere kadar ulaşmaktadır ve bunların bir kısmı ciddi komplikasyonlardır (flebit, infiltrasyon, ekstravazasyon, tromboz, selülit, kan dolaşımı infeksiyonu vb).

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Hastanelerde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir.

Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olaylar **RAMAK KALA OLAY** olarak adlandırılır.

Tıbbi hataların hastalar ve çalışanlar için büyük bir risk olduğu gerçeğinden hareket ederek çeşitli ülkeler ve kurumlarca oluşturulan ve ülkemizde de Sağlık Bakanlığı kalite sistemleri çerçevesinde izlenen, hataların gerçekleşen hataları daha sistematik bir düzende analiz etme amacıyla oluşturulan sisteme **HATA SINIFLANDIRMA SİSTEMİ** denir.



Hata sınıflama sistemi

- **İlaç güvenliği - Laboratuvar güvenliği - Cerrahi güvenlik -Hasta güvenliği -Çalışan güvenliği**

BİLDİRİM SÜRECİNDE NELERE DİKKAT EDİLMELİ?

- Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayların Kalite Yönetim Birimine bildirimleri, **Hastane Otomasyon Sistemi'nden ya da "Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu" doldurularak** yapılabilir.
- Kurumumuzda hasta güvenliğini tehdit eden olaylara karşı her çalışan "Güvenlik Raporlama Sistemi" kapsamında bildirim yapar. Bildirimi yapılacak olaylar, Hata Sınıflama Sisteminde belirtilmiştir.
- **Bildirim formunda ve otomasyonda bulunan formda yer alan "olayı anlatınız" bölümünün doldurulması zorunludur.**
- Bildirimde, **çalışan ve hasta isimlerinden bahsedilmez** sadece olayın konusu ve olaya ilişkin bilgilere yer verilir.
- Olay ile ilgisi olan **çalışanların** ve **hastaların isimleri** için **herhangi bir tanımlayıcı** kullanılmamalıdır.
- Bildirim sürecinde, kullanıcılara ve bildirimi yapanlara **gizlilik ilkesi** uygulanmaktadır.
- Bildirim yapan kişi **sadece olaylara odaklanmalı**, olayı kişilerden bağımsız düşünmelidir.
- **Olay süreci, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit ediyorsa veya etmiş ise kesinlikle bildirimi yapılmalıdır.**
- **En üst yöneticiden başlayarak bütün çalışanlar bu sistemin uygulanmasından sorumludur.**





Ek-3.8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formları

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu : İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi **Araştırmanın Amacı**: İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. **Araştırmaya Katılma Süresi** : Soru formlarını doldurma süresince + Eğitim (30 dk.) **Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:** 80

Sayın Katılımcı;
Size doldurmanız için verilen bu formlar ve **"Bası Yarası, Ağrı Yönetimi, PVK Komplikasyonları, İstenmeyen Olay Bildirimleri, Düşme Olaylarının Önlenmesi"** ne yönelik vereceğimiz iş başı eğitimleri ile **"İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi"** nin araştırılması amaçlanmaktadır. **İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi** isimli çalışmada sizlere doldurmanız için **"Hemşire Bilgi Formu, Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Bilgi Formu"** verilecektir. Formların cevaplanması yaklaşık 20 dakika sürecek ayrıca sizlere vereceğimiz iş başı eğitimlerinin herbiri yaklaşık 15 dakika sürecektir. Bununla birlikte eğitim vereceğimiz eğitim öncesinde ve sonrasında verdiğimiz eğitimin etkinliğini ölçmek amacıyla araştırmacılar tarafından **"Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Uygulama Kontrol Listeleri" ve "Birim Kalite Göstergeleri İzlem Formu" doldurulacaktır.** Size verilen formlardaki tüm soruların eksiksiz cevaplanması araştırmanın bilimsel değeri açısından oldukça önemlidir. Anketi dolduranların kimlik bilgileri kayıt edilmeyecektir. İstediğiniz zaman araştırmacının mağduriyetini önlemek için araştırmacıya önceden bildirerek araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Anketi doldurma ve vereceğimiz eğitime katılma tamamen gönüllülük esasına göre olacaktır. Bu çalışmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Sizden toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak ve etik kurallar çerçevesinde zamanı dolduğunda imha edilecektir. Bununla birlikte verilerden elde edilen sonuçlar değerlendirildikten sonra yayınlanacaktır.
Ayırdığınız zaman ve emek için **teşekkür ederiz.**

Doç. Dr. Betül SÖNMEZ
Öğr. Gör. Bircan KARA

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi: Bilgi Verebilecek Kişi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi: Yakınlığı:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Öğr. Gör. Bircan KARA Adresi: HMKÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Telefon : (0531 450 5423) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu : İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi **Araştırmanın Amacı**: İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. **Araştırmaya Katılma Süresi** : Soru formlarını doldurma süresince (20 dk.) **Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:** 80

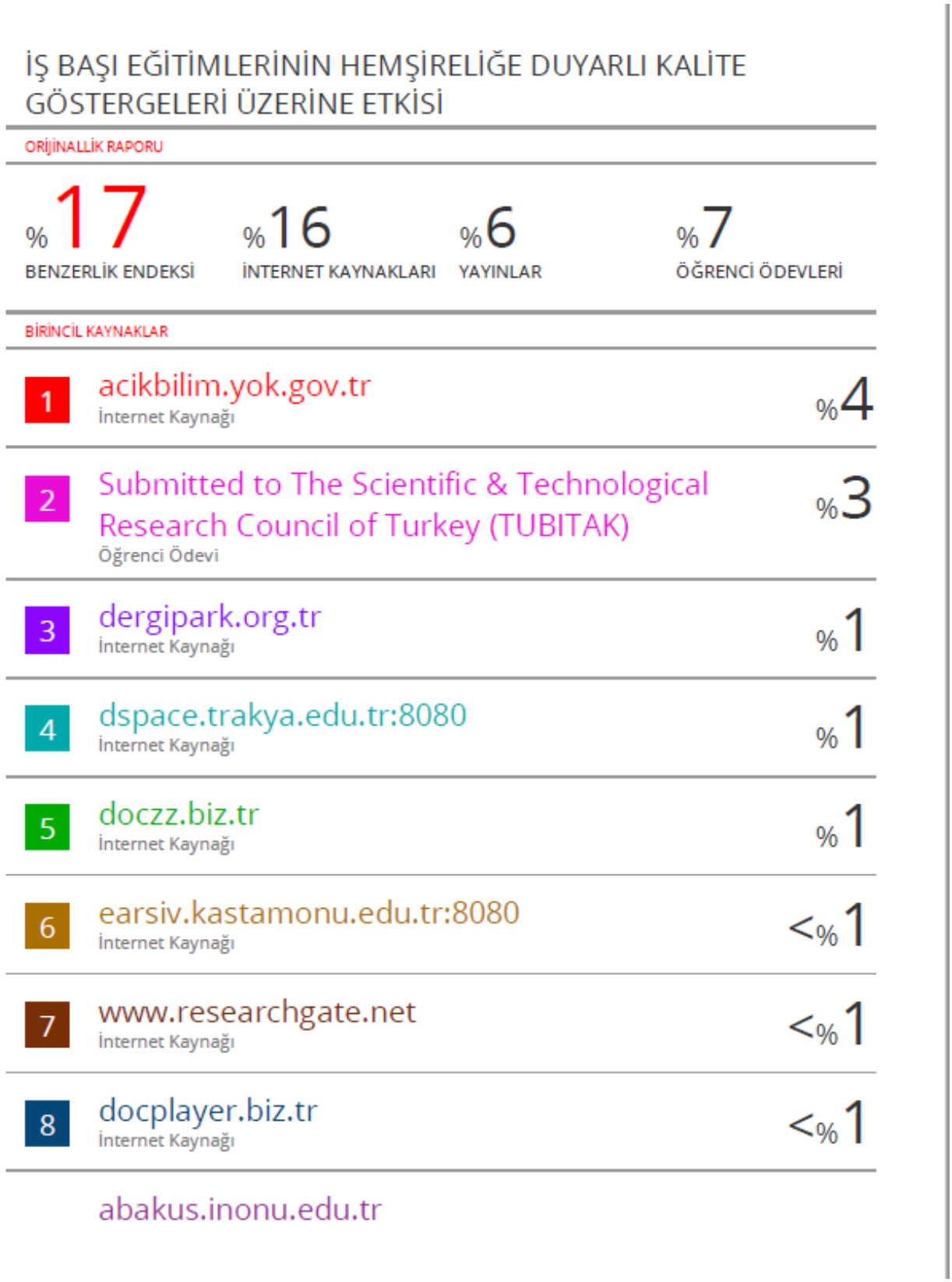
Sayın Katılımcı;
Size doldurmanız için **"Hemşire Bilgi Formu, Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Bilgi Formu"** verilecektir. Bu formlar ile **"Hemşirelere Verilen İş Başı Eğitimlerinin Hemşireliğe Duyarlı Kalite Göstergeleri Üzerine Etkisi"** nin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Size verilen formların cevaplanması yaklaşık 20 dakika sürecektir. Size verilen formlardaki tüm soruların eksiksiz cevaplanması araştırmanın bilimsel değeri açısından oldukça önemlidir. Anketi dolduranların kimlik bilgileri kayıt edilmeyecektir. İstediğiniz zaman araştırmacının mağduriyetini önlemek için araştırmacıya önceden bildirerek araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Anketi doldurma ve vereceğimiz eğitime katılma tamamen gönüllülük esasına göre olacaktır. Bu çalışmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Sizden toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak ve etik kurallar çerçevesinde zamanı dolduğunda imha edilecektir. Bununla birlikte verilerden elde edilen sonuçlar değerlendirildikten sonra yayınlanacaktır.
Ayırdığınız zaman ve emek için **teşekkür ederiz.**

Doç. Dr. Betül SÖNMEZ
Öğr. Gör. Bircan KARA

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Bilgi Verebilecek Kişi:	İmza
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Öğr. Gör. Bircan KARA Adresi: HMKÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Telefon : (0531 450 5423) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



İŞ BAŞI EĞİTİMLERİNİN HEMŞİRELİĞE DUYARLI KALİTE GÖSTERGELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%16	%6	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%3
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
6	earsiv.kastamonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
8	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1

abakus.inonu.edu.tr

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Bircan KARA
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Bircan KARA
(İmza)

ÖZGEÇMİŞ