T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİKTE HİZMET İÇİ EĞİTİM ÖRNEĞİ

Tuba ÖTÜN

DANIŞMAN
Doç. Dr. Emine ŞENYUVA

Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Eğitim Programı

Ocak, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Tuba ÖTÜN tarafından, **Doç. Dr. Emine ŞENYUVA** danışmanlığında hazırlanan **"YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİKTE HİZMET İÇİ EĞİTİM ÖRNEĞİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **11/01/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Doç. Dr. Emine ŞENYUVA İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Hülya KAYA İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Sertel ALTUN Yıldız Teknik Üniversitesi Eğitim Programları ve Öğretimi Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Türkinaz AŞTI Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Sevim ULUPINAR İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret

Aileme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİKTE HİZMET İÇİ EĞİTİM ÖRNEĞİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Tanıdığım ilk dersteki tanışma anından bu yana öğrencisi olmaktan büyük bir onur ve mutluluk duyduğum, bilgisi, tecrübesi ve değerli görüşleri ile sadece tez aşamasında değil, iş ve sosyal yaşantımda da hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, beni cesaretlendiren, benim için iyi bir rol model olan, hayatımdaki yeri ve katkısı çok büyük olan çok değerli hocam, danışmanım Sayın Doç.Dr. Emine ŞENYUVA'ya,

Beni destekleyerek cesaretlendiren, yol gösterici fikirleriyle tez sürecimde değerli katkıları olan çok kıymetli hocalarım Prof.Dr. Hülya KAYA'ya, Prof.Dr. Türkinaz AŞTI'ya, Doç.Dr. Sevim ULUPINAR'a ve Doç.Dr. Sertel ALTUN'a,

Çalışmamın nicel veri analizlerindeki değerli katkılarından dolayı Doç.Dr. Feride EŞKİN BACAKSIZ'a,

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nin (Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi) araştırmaya değerli katkıları olan değerli yönetici, eğitim hemşireleri ve personeline,

Araştırma sürecimde destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşlarım Nil KÜÇÜK YÜCEYURT ve Emine GÜREL, doktora sürecimde yaşamıma dahil olup süreç boyunca beni destekleyen tüm yöneticilerime, arkadaşlarıma,

Başta annem ve babam olmak üzere değerli aileme yalnızca tez döneminde değil tüm yaşamım boyunca ve eğitim sürecimde beni desteklediklerini ve hep yanımda olduklarından dolayı,

İçtenlikle teşekkür ederim.

Ocak 2023 **Tuba ÖTÜN**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **xi**
TABLO LİSTESİ ..... **xii**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xiii**
ÖZET ..... **xv**
ABSTRACT ..... **xvii**
1. GİRİŞ **19**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **22**
2.1. YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİ 22
2.1.1. Yapılandırmacılık Kavramı 22
2.1.2. Yapılandırmacı Öğrenme Kavramı 23
2.1.3. Yapılandırmacı Öğrenmenin Tarihsel Gelişimi 24
2.1.4. Yapılandırmacı Öğrenmenin Temel Özellikleri 26
2.1.5. Yapılandırmacı Öğrenmenin Temel İlkeleri 29
2.1.6. Yapılandırmacı Öğrenme Türleri 31
2.1.7. Yapılandırmacı Öğrenmenin Üstünlükleri ve Sınırlılıkları 34
2.1.8. Yapılandırmacı Öğrenmede Eğitimcinin Rolü 36
2.1.9. Yapılandırmacı Öğrenmede Öğrenenin Rolü 40
2.1.10. Yapılandırmacı Öğrenmede Sınıf Ortamı 42
2.1.11. Yapılandırmacı Öğrenmede Kullanılan Öğretim Yöntem ve Teknikleri, Materyalleri 44
2.1.12. Yapılandırmacı Öğrenmede Değerlendirme 45
2.1.13. Yapılandırmacı Öğrenme ve Eleştirel Düşünme 46
2.1.14. Yapılandırmacı Öğrenme ve Karar Verme 46
2.1.15. Yapılandırmacı Öğrenme ve Hemşirelik Eğitimi 47

2.1.16. Hemşirelik Eğitiminde Yapılandırmacı Öğrenme ile İlgili Araştırmalar 48
2.2. HASTA GÜVENLİĞİ 54
2.2.1. Hasta Güvenliği ile İlgili Temel Kavramlar 54
2.2.2. Hasta Güvenliği Kavramı 56
2.2.3. Hasta Güvenliğinin Önemi 57
2.2.4. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişim Süreci 59
2.2.5. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri 62
2.2.6. Hasta Güvenliğini Raporlandırma (Raporlama Sistemi) 70
2.2.7. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları 75
2.2.8. Hasta Güvenliği ile İlgili Araştırmalar 78
3. YÖNTEM 85
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI 85
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 85
3.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERI 85
3.4. ARAŞTIRMA SORULARI 85
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ 85
3.6. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 86
3.7. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÇALIŞMA GRUBU 86
3.7.1. Nicel Verilerin Evren ve Çalışma Grubu 86
3.7.2. Nitel Verilerin Çalışma Grubu 87
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 88
3.8.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (İhtiyaç Analizi) (EK 1) 88
3.8.2. Hemşire Bilgi Formu (EK 2) 89
3.8.3. Hasta Güvenliği Bilgi Testi (Ön-Son Test) (EK 3) 89
3.8.4. California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ) (EK 4) 90
3.8.5. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (EK 5) 92
3.8.6. Hemşire Günlüğü (EK 6) 93
3.9. YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMININ GELİŞTİRİLMESİ (GİRİŞİM GRUBU İÇİN) 94
3.9.1. İhtiyaç Analizi 94
3.9.2. Eğitim Programını Geliştirme 94
3.9.3. Eğitim Programını Uygulama 95
3.9.4. Eğitim Programını Değerlendirme 104
3.10. KLASİK ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMI (KONTROL GRUBU İÇİN) 108

3.10.1. Eğitim Programını Geliştirme 108
3.10.2. Eğitim Programını Uygulama 108
3.10.3. Eğitim Programını Değerlendirme 109
3.11. PLASEBO GRUBU İÇİN OLUŞTURULMUŞ EĞİTİM PROGRAMI 114
3.12. VERİLERİN TOPLANMASI 119
3.13. VERİ ANALİZİ 120
3.13.1. Nicel Verilerin Analizi 120
3.13.2. Nitel Verilerin Analizi 121
3.14. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 122
3.15. ARAŞTIRMA AKIŞI 122
4. BULGULAR 125
4.1. İHTİYAÇ ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR 126
4.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri 126
4.1.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Becerilerini Geliştirmeye Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Ana Temalar ve Alt Temalar 127
4.2. EĞİTİM SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULAR 134
4.2.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular 134
4.2.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşlerine İlişkin Bulgular 136
4.2.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular 139
4.2.4. Hemşirelerin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular 142
4.2.5. Hemşirelerin Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular 147
4.2.6. Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgular 152
4.2.7. Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgular 158
5. TARTIŞMA 162
5.1. İHTİYAÇ ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 163
5.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması 163
5.1.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği İle İlgili Bilgi Ve Becerilerini Geliştirmeye Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Ana Temalar Ve Alt Temaların Tartışılması 163
5.2. EĞİTİM SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 168
5.2.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 168

5.2.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 168
5.2.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 171
5.2.4. Hemşirelerin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular 172
5.2.5. Hemşirelerin Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 173
5.2.6. Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgularının Tartışılması 175
5.2.7. Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgularının Tartışılması 177
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 179
KAYNAKLAR 183
EKLER 204
ETİK KURUL İZİN YAZISI 225
EK 11 ETİK KURUL İZNİ 225
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 230
KURUM İZNİ YAZILARI 231

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Hasta güvenliği beyin fırtınası uygulaması 97

Şekil 3.2: Jigsaw tekniği (ayrılıp-birleşme) çalışması 97

Şekil 3.3: Resim çizme uygulaması 98

Şekil 3.4: Enfeksiyon riski eğitimi tombala oyunu 98

Şekil 3.5: Örnek olay çalışması 99

Şekil 3.6: Resim çizimi (hasta için güvenli ortam) 99

Şekil 3.7: Enfeksiyon ile ilgili kavram haritası çalışması 100

Şekil 3.8: Isınma etkinliği 100

Şekil 3.9: Gösterip yaptırma (doğru el yıkama/ovalama tekniği) 101

Şekil 3.10: Isınma etkinliği 101

Şekil 3.11: Isınma etkinliği 102

Şekil 3.12: İletişim engeli etkinliği 102

Şekil 3.13: Grup çalışması 103

Şekil 3.14: Isınma etkinliği 103

Şekil 3.15: Araştırma akış şeması 123

Şekil 3.16: Araştırmanın CONSORT diyagramı 124

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: Hasta güvenliği bilgi testi madde sayısı, puan aralığı ve iç tutarlık katsayısı (n:60) 90

Tablo 3.2: California eleştirel düşünme eğilimi ölçeği toplam ve alt boyut madde sayısı, puan aralığı ve iç tutarlık katsayısı (n:60) 92

Tablo 3.3: Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği toplam ve alt boyut madde sayısı, puan aralığı ve iç tutarlık katsayısı (n:60) 93

Tablo 3.4: Yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programı akışı (her oturuma özgü)..... 105

Tablo 3.5: Klasik öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programı (her oturuma özgü)..... 110

Tablo 3.6: Plasebo grubuna yönelik eğitim programı (her oturuma özgü) 115

Tablo 4.1: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri (N: 24) …….126

Tablo 4.2: Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik ihtiyaçlarına ilişkin ana temalar ve alt temalar ……..127

Tablo 4.3: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri (N:60) ...……..135

Tablo 4.4: Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri (N:60)……..137

Tablo 4.5: Hasta güvenliği bilgi testi puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması ……..141

Tablo 4.6: California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması …….145

Tablo 4.7: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması ……150

Tablo 4.8: Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına ilişkin hemşire günlüğü ile elde edilen verilere ilişkin ana tema ve alt temalar ……152

Tablo 4.9: Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına ilişkin hemşire günlüğü ile elde edilen verilere ilişkin ana tema ve alt temalar ……...159

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	: Agency for Healthcare Researc and Quality- Amerikan Sağlık Hizmet Araştırmaları ve Kalite Kuruluşu
CEDEÖ	: California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği
CIHI	: Canadian Institute for Health Information
CNL	: Clinical Nurse Leaders- Klinik Hemşire Liderleri
DÖF	: Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GCKL	: Safe Surgery Checklist- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
HKKVÖ	: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği
ICN	: International Council of Nurses- Uluslararası Hemşireler Konseyi
IHI	: Institute for Healthcare Improvement- Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü
IOM	: Institute of Medicine- Ulusal Tıp Enstitüsü
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon İşbirliği Komitesi
JCI	: The Joint Commission International- Uluslararası Birleşik Komisyon
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NHS	: National Health Service
NPSF	: National Patient Safey Foundation- Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development-Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PFPS	: Patient For Patient Safety- Hasta Güvenliği İçin Hastalar Çalışması
QSEN	: Quality and Safety Education for Nurses- Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences- Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

TDK : Türk Dil Kurumu

WHO : World Health Organization

ÖZET

DOKTORA TEZİ

YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİKTE HİZMET İÇİ EĞİTİM ÖRNEĞİ

Tuba ÖTÜN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Eğitim Programı

Danışman : Doç. Dr. Emine ŞENYUVA

Sağlıklı/hasta bireylerin nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti beklentilerinin karşılanmasının ön koşulu hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerinin arttırılmasında ise Yapılandırmacı Öğrenme Modeli vb. bir modele dayalı olarak eğitimlerin gerçekleştirilmesi öğrenmenin kalıcılığının sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

Araştırmada, Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyine, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma; girişim, kontrol ve plasebo gruplu (ön test- son test kontrol desenli) deneysel araştırma tasarımındadır. Araştırma, bir şehir hastanesinde görev yapan girişim grubu (20), kontrol grubu (20) ve plasebo grubu (20) olmak üzere toplam 60 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama araçları olarak; Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (İhtiyaç Analizi), Hemşire Bilgi Formu, Hasta Güvenliği Bilgi Testi, California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ), Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) ve Hemşire Günlüğü kullanılmıştır. Araştırmanın nicel verileri; sayı, yüzde, en düşük-en yüksek ve ortalama değerlerle standart sapması, ki-kare, kruskall wallis, eşleştirilmiş gruplarda tek faktörlü ve çift faktörlü varyans analizi, post hoc Tukey ve Partial Eta Squared R^2 ile analiz edilmiştir. Nitel verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

Girişim grubunun hasta güvenliği bilgi testi puanı eğitim öncesinden eğitim sonrasına doğru bir artış göstermekte, sonrasında puanlar yatay doğrultuda seyretmektedir. Kontrol ve plasebo gruplarında ise elde edilen puanların zamana bağlı olarak azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. Girişim grubunun eğitim öncesinde CEDEÖ toplam puan ortalaması en düşüktür, eğitimden altı ay sonra en yüksektir ve puan artışları eğitim sonrasında yatay bir seyirdedir. Kontrol grubunda eleştirel düşünme eğilimi orta, plasebo grubunda düşük düzeyde olup bu gruplarda zamana göre önce bir artış, eğitimden bir ay ve altı ay sonra düşüş söz konusudur. Girişim, kontrol ve plasebo gruplarının eğitim öncesi HKKVVÖ toplam puan ortalamaları birbirine yakın ve orta düzeyde iken; eğitimden altı ay sonra yapılan ölçümlerde girişim grubu en yüksek puan ortalamasına sahiptir ve klinik karar verme algısı diğer gruplara kıyasla çok daha yüksektir. Kontrol grubunda eğitim öncesinde klinik karar verme algısı yüksek iken eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonra düşmektedir. Plasebo grubunda ise klinik karar verme algısı eğitim öncesi yüksek iken eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonra düşmektedir.

Sonuç olarak; Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgisi ile eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısını olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Ocak 2023, 236 sayfa.

Anahtar kelimeler: Yapılandırmacı öğrenme modeli, hasta güvenliği, hizmet içi eğitim, eleştirel düşünme eğilimi, klinik karar verme, hemşirelik eğitimi, hemşire

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

EVALUATION OF PATIENT SAFETY TRAINING PROGRAM BASED ON CONSTRUCTIVIST LEARNING MODEL: AN EXAMPLE OF IN-SERVICE TRAINING IN NURSING

Tuba ÖTÜN

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Education in Nursing

Education in Nursing

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Emine ŞENYUVA

Ensuring patient safety is a prerequisite for providing healthcare that meets the expectations of healthy and sick people for quality and safety. In order to increase the knowledge, and skills of nurses regarding patient safety, it is of great importance to provide education based on a model such as the Constructivist Learning Model, in terms of ensuring the permanence of learning.

It was the objective of the study to determine the impact of the Constructivist Learning Model-Based Patient Safety Education Program on nurses' knowledge level, critical thinking disposition and decision-making perception about patient safety. The study is quantitative type with its experimental dimension with intervention, control and placebo groups (pretest-posttest control pattern). Including the intervention group (20), the control group (20), and the placebo group (20), the study involved a total of 60 nurses working in a city hospital. Semi-Structured Interview Form (Needs Analysis), Nurse Information Form, Patient Safety Knowledge Test, California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI), Clinical Decision-Making in Nursing Scale (CDMNS-PT©), and Nurse's Diary were used as data collection tool in the study. Quantitative data of the study were analyzed by number, percentage, minimum-highest and mean values with standard deviation, chi-square, kruskall wallis, single and double factor analysis of variance in paired groups, post hoc Tukey and Partial Eta Squared R^2. Content analysis method was employed to examine the qualitative data.

The intervention group's patient safety knowledge test results show an increase from pre-education to post-education, and subsequently the scores follow a horizontal direction. The score results from the control and placebo groups show a tendency for decreasing over time. The mean CCTDI total score of the intervention group was lowest before the education, the highest six months after the education, and the score increases were in a horizontal course after the education. In the control group, critical thinking tendency was moderate, in the placebo group, it was low, and in these groups, there was a one-shot first, one-month and six-month decrease after the education. While the pre-education CDMNS-PT© score averages of the intervention, control and placebo groups were close to each other and at a moderate level; in the measurements made six months after the education, the intervention group had the highest mean score and their clinical decision-making skills were much higher than the other groups. While clinical decision-making skills were high before education in the control group, it decreased after education, one month after education, and six months after education. In the placebo group, clinical decision-making skills were high before education, however, decreased after education, one month after education, and six months after education.

Consequently, it was observed that the Patient Safety Education Program Based on Constructivist Learning Model positively affected nurses' knowledge level, critical thinking disposition and decision-making perception about patient safety.

January 2023, 236 pages.

Keywords: Constructivist learning model, patient safety, in-service education, critical thinking disposition, clinical decision making, nursing education, nurse

1. GİRİŞ

21. yüzyılda sağlık hizmetlerinin kompleks bir yapıya dönüşmesi, bakım gereksinimlerinin artması, bilgi ve teknoloji alanındaki hızlı değişim ve gelişmeler sağlıklı/hasta bireylerin nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti beklentilerinin artmasına neden olmaktadır (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). Sağlıklı/hasta bireylerin nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti beklentilerinin karşılanmasının ön koşulu ise, hasta güvenliğinin sağlanmasıdır (Korkmaz, 2018).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kalitesini, etkinliğini ve sunumunu önemli ölçüde etkileyen bir kavram olup, sağlık kurumlarının en önemli hedef ve kriterlerinden biridir. Hasta güvenliği, ortaya çıkan küçük bir hatanın düzeltilememesi nedeniyle hasta ve sağlık çalışanına vereceği düşünülen zararın engellenmesi için yürütülen çalışmalardır (Makary & Daniel, 2016). Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetinin sunulması esnasında oluşabilecek hataların engellenmesi ve bu hataların neden olacağı zararın giderilmesi amacı ile sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda görevli tüm sağlık ekip üyeleri tarafından alınan önlemlerin tümüdür (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Sayek, 2011; Bayın, 2016).

Günümüzde uluslararası pek çok kurum tarafından hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmektedir. JCI, hasta güvenliği ile ilgili önemli çalışmalar yürüten en önemli kuruluşlardan biri olarak 2007 yılında "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri"ni yayımlamıştır (Korkmaz, 2018; The Joint Commission International, 2017c). DSÖ tarafından belirlenen, JCI tarafından yayınlanan ve 2014 yılında güncellemesi yapılan "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri"; Hastaların doğru kimliklendirilmesi, Etkili iletişimin gerçekleştirilmesi, Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması, Doğru hasta, doğru taraf cerrahisi, doğru prosedürün oluşturulması, Sağlık bakımı ile ilişkili uygulamalardan kaynaklanan enfeksiyon riskinin azaltılması, Düşme sonucu hastanın zarar görme riskinin azaltılması olarak sıralanmaktadır (The Joint Commission International, 2017b). Bu hedefler doğrultusunda hasta güvenliğinin sağlanmasındaki temel amaç; hasta/yakınları için pozitif bir alanın oluşmasını ve güvenliğin maksimum düzeyde olmasını sağlamak, önlenebilir hataları oluşmadan engellemek, olası ya da gerçekleşmesi muhtemel risklerin hastaya zarar vermesini engellemek, hata oluştuğunda ise gerekli yerlere bildirimini ve raporlanmasını sağlayarak

tekrar meydana gelme olasılığını azaltmak için düzeltici faaliyetlerin ve yol haritalarının oluşturulmasını sağlamaktır (Saufl, 2009; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019).

Hasta güvenliğinin bu temel amaçlarına ulaşılmasında ise, sağlık hizmeti sunumunun her bir evresini etkileyen, hastaların tedavi ve bakım aşamasında uzun vadeli ve aktif rol üstlenen, onlara birebir hizmet sunan hemşireler anahtar roldedir. Hemşireler hastanın zarar görmesini engelleyerek ve hasta güvenliğini sağlayarak sağlık hizmetlerinin niteliğinin arttırılması, hasta güvenlik sistem ve süreçlerinin doğru yönetilmesi açısından hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli roller üstlenmektedir (Famolaro ve diğ., 2018; Sammer ve diğ., 2010; Kim, Yoo & Seo, 2018).

Sağlık kurum/kuruluşlarınca sunulan sağlık hizmetlerinin en önemli kalite göstergelerinden biri; hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Ülkemizde hasta güvenliğinin sağlanması için her yıl Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) doğrultusunda; Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum/kuruluşlarında görev yapan tüm sağlık personellerine yönelik online/yüz yüze hasta güvenliği eğitimleri hizmet içi eğitim kapsamında zorunlu olarak gerçekleştirilmektedir. Ancak hemşirelerin eğitimlerde pasif alıcı olması, eğitimcilerin merkezde olması, bilginin eğitimciden öğrenciye doğrudan aktarılması, öğrenciye soru sormasına, araştırma ve inceleme yapmasına, eleştirel düşünmesine, kendi kendine öğrenmesine, bilgiyi yapılandırmasına olanak sağlamaması vb. nedenlerle bu eğitimlerde hasta güvenliğine yönelik yeterli ve kalıcı bilgi ve beceriler kazanılamamakta ya da yeterince içselleştirilememekte ve istenilen davranış değişimleri gerçekleştirilememektedir. Böylece hasta güvenliğini tehlikeye sokan birçok hata (ilaç uygulama, enfeksiyon oluşması, yanlış hasta/yanlış taraf cerrahisi vb.) meydana gelmekte (Yıldız & Yıldız, 2020; Topçu ve diğ., 2017; Hergül, Özbayır & Gök, 2016; Şahin & Özdemir, 2015; Cebeci, Karazeybek & Dağ, 2014) ve bildirim yapmaları gerektiğini bilmeme, ceza veya suçlanma korkusu nedeniyle hata bildirimi yapılmamaktadır (Özdemir ve diğ., 2019; Aydın ve diğ., 2018; Karaca & Aslan, 2014). Bu bağlamda hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi, tutum ve becerilerinin arttırılması amacıyla hasta güvenliği eğitimlerinin belli aralıklarla ve bilimsel yaklaşımla öğretme-öğrenme süreci doğrultusunda bir modele dayalı olarak gerçekleştirilmesi, öğrenmenin kalıcılığının sağlanması bakımından önemlidir (West, 2016).

Yapılandırmacı Öğrenme Modeli, hemşirelerde öğrenmeyi, istenilen değişimlerin en üst seviyede olmasına katkı sağlayacak bir model olarak ön plana çıkmaktadır. (Lenburg ve

diğ., 2011; Roberts ve diğ., 2013). Temelini psikoloji ve felsefeden alan Yapılandırmacı Öğrenme Modeli; yeni öğrenilen kavramların özümsenebilmesi için öğrenenlerin kendi zihinsel süreçlerini kullanmasını, kazandığı bilgiyi yapılandırmasını, yeni öğrenilen bilgiyi deneyimleri üzerine inşa etmesini, bilgiyi biriktirmesini, bilgileri analiz ve sentezleyerek yeni kolektif fikirler üretmesini, sorun çözme ve yaratıcılık becerilerini geliştirmesini sağlamaktadır (Bhattacharjee, 2015; Mbise & Lekule, 2020). Yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı gerçekleştirilen hasta güvenliği eğitimleri de; hemşirelerin geçmiş bilgi ve deyimlerini kullanmalarına, sorumluluk üstlenmelerine, hasta güvenliğine yönelik bilgi, beceri ve farkındalıklarını arttırarak, istenen değişimlerin sağlanmasına, yaparak yaşayarak öğrenmelerini sağlayacak, kendilerini geliştirmelerine yardımcı olacak çıkarımları yapabilmelerine, eleştirel düşünmelerine, karar verme algısının gelişmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca öğrenenlerin sorunları klinik açıdan sorgulamasını, mevcut verileri doğru yorumlanmasını, yaparak yaşayarak öğrenmesini, deneyim kazanmasını, kanıta dayalı doğru ve güvenilir kararlar vermesini destekleyecektir (Dikmen ve diğ., 2017; Güler ve diğ., 2021; Lenburg ve diğ., 2011; Özbudak & Koç, 2021; Özkara, 2018; West, 2016). Sağlayacağı bu yararlardan dolayı "Hasta Güvenliği Eğitim Programı"nın Yapılandırmacı Öğrenme Modeli'ne göre yapılandırılması önem taşımaktadır.

Bu bağlamda araştırma, Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının geliştirilmesi, uygulanması, değerlendirilmesi, hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyine, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısına etkisinin belirlenmesini ortaya koyan deneysel bir araştırma olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacaktır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİ

2.1.1. Yapılandırmacılık Kavramı

Oluşturmacılık, inşacılık, yapıcılık, yapısalcılık, zihinde yapılanma kelimeleri ile eş anlamlı olarak kullanılan *yapılandırmacılık;* eğitimi dönüştürme potansiyeline sahip postmodern bir düşüncenin sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Küreselleşme, çok kültürlülük ve çeşitlilik vb. birçok kavramı kapsayan ve felsefe, eczacılık, tıp, psikoloji vb. alanlarda yansımaları olan bir kavramdır (Matthews, 2002; Karaırmak & Aydın, 2007; Kılıç, 2001; Çeliköz & Erişen, 2017; Kesici, 2019).

Yeni bilgilerin mevcut ön bilgilerle karşılaştırılarak yeniden oluşturulmasına, anlamlandırılarak kullanılmasına dayanan yapılandırmacılık, bilim insanlarınca farklı şekillerde ifade edilmiştir. *Yapılandırmacılık;*

Von Glasersfeld'e (1989) göre; öğrenenlerin kendi deneyimlerine dayanarak bilgiyi inşa etmeleri ve bilginin insanların zihninde var olmasıdır (Glasersfeld, 1989).

Brooks'a (1993) göre; bilgi ile ilgili bir öğrenme teorisidir. Öğrenenlerin zihinsel süreçlerinin ve yapılarının sürekli olarak değiştiği, kazanılan yeni bilgilerin, mevcut bilgiler ile yer değiştirdiği ya da bütünleştiği karmaşık bir durumdur (Brooks & Brooks, 1993).

Fosnot'a (1996) göre; sosyal çevre ile etkileşime giren aktif öğrenenler tarafından yorumlayıcı ve yinelemeli inşa süreci olup dört temel ilkeye dayanır (akt. Živković, 2016);

- Öğrenme, mevcut ön bilgilere dayandırılır.
- Yeni bilgi ve deneyimlere dayandırıldığında eski bilgiler güncellenir.
- Öğrenme, düşünce üretimi ile gerçekleşir.

- Anlamlı öğrenme; var olan bilgi, beceri ve düşüncelerin gözden geçirilerek yeni bilgi, beceri ve düşüncelere ulaşılması ile oluşur.

Richardson'a (1999) göre; insan zihnindeki bilgi ile çevreden edinilen bilginin yapılandırılmasıdır (akt. Bay & Karakaya, 2009b).

Mattews'e (2003) göre; öğrenenlerin öznel deneyimlerine dayalı bilgidir (Matthews, 2003).

Gordon'a (2009) göre; öğrenenlerin bilgiyi bireysel çabalarıyla ürettiği, yorumlayarak yeniden düzenlediği bir yaklaşımdır (Gordon, 2009).

Demirel'e (2000) göre, öğrenmenin gerçekleşme şekline yönelik bir yaklaşım ve sonrasında öğrenmenin yapılandırıldığı bir süreçtir (akt. Karadüz, 2010).

Genel olarak yapılandırmacılık; bilgi, gerçeklik, insan etkileşimi ve bilimin doğası, dünyayı görme biçimi şeklinde ifade edilen kavramları içeren, bilgi aktarımı ve iletilen bilgilerin kaydedilmesinden ziyade bilgiyi vurgulayan epistemolojik bir bilgi edinim görüşüdür (Bhattacharjee, 2015; Çakır, 2008; Applefield, Huber & Moallem, 2001).

2.1.2. Yapılandırmacı Öğrenme Kavramı

Yapılandırmacı öğrenme; felsefe, psikoloji ve sibernetikte kökleri olan, insanların dünyayı algılama biçimini açıklamaya çalışan son dönemlerin en ilgi çekici eğitim teorilerinden biridir (Glasersfeld, 1989). "Teori" olarak kabul edilmesinin yanı sıra öğrenme kuramı, eğitim kuramı, felsefi kuram, model, yaklaşım, strateji, yöntem gibi farklı şekillerde de nitelendirilir (Aydın, 2007; Bentley, Fleury & Garrison, 2007).

Yapılandırmacı öğrenme; öğrenenin var olan bilgileri ile yeni bilgileri arasında ilişki kurarak, birleştirme, bütünleştirme, anlam oluşturma ve yorumlamasını sağlayan, akıl yürütme, yansıtma, uygulama, eleştirel düşünme vb. temel yeteneklerine odaklanan, olumlu bir öğrenme alanının sağlanması için katı kural ve prosedürlere izin vermeyen, bilginin öğrenen tarafından yapılandırıldığı, edinilen tüm bilgilerin kişiye özgü olduğu ve sosyal olarak yapılandırıldığı bir kuram/model/yaklaşım

/strateji/yöntemdir (Abualhaija, 2019; Amarin & Ghishan, 2013; Ayaz & Şekerci, 2015a; Brown, 2012; Gordon, 2009; Matthews, 2003).

Yapılandırmacı öğrenmede amaç; bilginin anlamlı olmasını sağlayarak öğrenmeyi öğretmektir. Hedef ise; öğrenen tarafından bilgilerin ezberlenmesi değil, mevcut bilgilerle yeni bilgilerin ilişkilendirilerek yapılandırılmasıdır (Erdem & Demirel, 2002; Benzer & Kaygısız, 2017). Asimilasyon, uyum ve dengeleme aşamaları dikkate alınarak gerçekleştirilir (Abualhaija, 2019; Aydın, 2007).

- Asimilasyon aşamasında öğrenen, yeni edindiği bilgileri önceden edindiği mevcut bilgilerle geliştirdiği çerçeveye uydurmaya çalışmaktadır.
- Uyum aşamasında öğrenen, yeni elde ettiği ve var olan bilgilerle oluşturduğu çerçeveyi değiştirerek taklit etmeye çalışmaktadır.
- Dengeleme aşamasında öğrenen, yaşamı boyunca edindiği bilgilerde meydana gelen bir dengesizlik durumu oluştuğunda, dengeyi korumak amacı ve anlayışıyla yeniden yapılandırmaya, inşa etmeye çalışmaktadır. Bunlar öğrenenin ortama uyum sağlayarak alışmasını kolaylaştıran eylemlerdir.

2.1.3. Yapılandırmacı Öğrenmenin Tarihsel Gelişimi

Kökeni Budizme ve Sokrates'e kadar dayanan yapılandırmacı fikirler 17. yüzyılda kişinin yalnızca kendi inşa ettiği şeyi anlayabileceğine inanan o dönemin filozoflarının görüşlerine dayalı olarak ortaya çıkmıştır (Vintere, 2018).

Felsefi açıdan 1800 ve 1900'lü yıllarda yaygın olan Kant felsefesi ile İtalyan filozof Giambattista Vico'nun düşüncesinden etkilenmiştir (Vintere, 2018; Sağlam & Bilgili, 2006).

Yapılandırmacılıkla özdeşleştirilen Kant'a (1781) göre öğrenenler, dışarıdan edindikleri/ aldıkları bilgileri kategorilere ayırarak anlamlandırmaktadır. Bunları yaparken de zihin dışarıdan aldığı bilgilerden yararlanarak anlamlandırmakta, zihnin süzgecinden geçirildikten sonra şekillendirmektedir (Ceylan, 2013).

Geleneksel eğitime ilişkin yaptığı eleştiriler nedeniyle hem felsefi hem de eğitim açısından yapılandırmacılığın gelişiminde önemli bir etkiye sahip olan ve yapılandırmacılıkla özdeşleştirilen bir diğer isim Amerikalı filozof ve eğitimci John Dewey (1859-1952)'dir (Sutinen, 2008). Dewey'e göre, geleneksel eğitimde sunulan içerik ve kullanılan yöntem, öğreneni ezber yapmaya zorlamakta, sorun çözme becerisi ile yansıtıcı düşünmelerini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle Dewey ezberciliği reddederek eğitimin gerçek yaşam sorunlarının eğitim programlarına dâhil edilmesi ve yaşamın kendisi olması gerektiğini savunmaktadır (Bhattacharjee, 2015; Brooks & Brooks, 1993; Koç & Demirel, 2004).

Yapılandırmacılığın psikolojik kökenleri, zihnin gelişimini evrimsel biyolojik gelişime benzeten bir teori geliştiren Jean Piaget'in (1896-1980) gelişimsel çabasıyla başlamıştır. Piaget'e göre öğrenme, kümülatif bir süreçten ziyade dönüştürücü niteliğinde bir süreç olup, öğrenenler bir konu hakkında her seferinde birşeyler öğrenemez aksine en başından itibaren öğrendiklerini anlamlandırır.

Rus Psikolog Lev Vygotsky (1896-1934)'nin yapılandırmacılıkla olan ilgisi ise onun dil ve düşünce ile bunların toplumla ilişkisini ortaya koyan teorilerinden kaynaklanır. Öğrenenlerin daha yetkin bireylerle etkileşim ve iletişim halinde olması gerektiğini, öğrenme ortamlarının öğrenenlerin iletişim yoluyla kavramları değiştirmelerine izin veren rehberli etkileşimleri içermesi gerektiğini ileri sürer (Bhattacharjee, 2015).

Von Glasersfeld (1987) yapılandırmacılığın üç temel ilkesini ortaya koyarak; (1) bilgi kazanımının pasif olarak değil, öğrenenin aktif katılımı ile gerçekleştiğini (2) belirli bir çevrede bireyin davranışının daha uygun hale geldiğini (3) bilginin kişinin deneyimlerini anlamlandırılarak, uyarlanabilir bir süreç olduğunu ifade eder (Vaishali & Misra, 2020).

Yapılandırmacı öğrenme ayrıca; öğrenme konusunda üretken olma (Wittrock, 1990), araştırma ve inceleme ile keşfederek öğrenme (Bruner, 1961), bilişsel çıraklık (Jonassen, 1991), bilişsel esneklik (Spiro, 1991) durumlu öğrenme (Brown, Collins-Duguid, 1989) vb. pek çok kuram ve modelden de etkilenmiştir (Ayaz & Şekerci, 2015a; Gürol, 2002).

Ülkemizde ise, yapılandırmacı öğrenmeye ilişkin ilk çalışmalar 2005 yılında Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Talim ve Terbiye Kurulu tarafından başlatılmış, bu kapsamda ilkokul düzeyinde bazı düzenlemeler yapılmıştır (Bay & Karakaya, 2009b; Ocak & Didin, 2018). Bu düzenlemeler doğrultusunda 2004-2005 öğretim yılında pilot uygulama başlamış, 2005-2006 eğitim-öğretim yılından itibaren ülke genelindeki okulların tamamında eğitim programları yapılandırmacı öğrenmeye dayandırılmıştır (Bostan & Yapıcı, 2019). Ancak ülkemizde yapılandırmacı öğrenme modeline geçiş yapılmasına rağmen hala ağırlıklı olarak eğitimciyi merkeze alan davranışçı yaklaşım yaygın olarak kullanılmaktadır (Örsdemir, 2019).

2.1.4. Yapılandırmacı Öğrenmenin Temel Özellikleri

Bir teori olarak kabul edilmesi 1900'lü yılların başına dayanan yapılandırmacı öğrenmenin bazı temel özellikleri söz konusudur. Bu temel özellikler şu şekilde sıralanabilir:

- Öğrenmeyi aktif, bağlamsallaştırılmış ya da yapıcı bir süreç olarak varsayan, öğrenenlerin nasıl öğrendiğini ortaya koyan, gözleme ve bilimsel çalışmalara dayanan bir paradigmadır (Khalid & Azeem, 2012).
- Öğrenenleri bağımsız olarak bilgi aramaya ve hedeflerine ulaşmaya teşvik etmek için tercih edilen bir yaklaşımdır.
- Davranışçı ve programlı öğretim gibi öğretim yaklaşımlarına karşı bir tepkidir.
- Tümevarımcıdır. Kavramların eylemden önce gelmesini değil, eylemi takip etmesini sağlar.
- Öğrenenlerin deneyimleyerek ve bu deneyimler üzerinde derinlemesine düşünerek kendi dünya anlayışlarını ve bilgilerini oluşturmasına temellenir (Bhattacharjee, 2015).
- İnsan beyninin doğrudan dış dünyayı yansıtmadığı, toplumsal bağlamda bilişsel ve duygusal süreçlerdeki deneyimini ve yaşantısını öznel fikirler ve kavramlar olarak kurguladığı gerçeğine dayanır (Vintere, 2018).

- Kavramların, içeriğin ve gerçekliğin çoklu perspektifleri ve temsilleri sunulur ve teşvik edilir. Çoklu temsiller aşırı basitleştirmeyi engelleyerek, gerçek dünyanın karmaşıklığını ortaya koyar (Dursun, 2019; Kanselaar, 2002; Bhattacharjee, 2015).
- Geleneksel bazı temel fikirleri dışlamadan yeni ve değişik görüş açılarının ortaya çıkmasını sağlar (Bhattacharjee, 2015; Karaırmak & Aydın, 2007).
- Bilgi karmaşıklığı, kavramsal karşılıklı ilişki ve disiplinler arası öğrenmeyi vurgulayarak yansıtılır.
- Orijinalliği ve gerçek dünyanın karmaşıklığının sağlanması amacıyla birincil veri kaynaklarının kullanılması gerekir.
- Bilginin tekrarı değil, transfer edilerek yapılandırılması esastır.
- Bilgi, öğrenenden bağımsız değildir; öğrenenler bilgiyi gözlemlerinden, deneyimlerinden yararlanarak anlamlandırır ve inşa eder (Rahman & Scaife, 2012; Bhattacharjee, 2015; Mensah, 2015; Ayaz & Şekerci, 2015b).
- Bilginin yeniden üretimi yerine bilginin inşası vurgulanır. Bu inşa, bireysel bağlamlarda ve sosyal müzakere, iş birliği ve deneyim aracılığıyla gerçekleşir (Kanselaar, 2002; Bhattacharjee, 2015).
- Bilginin ezberlenmesi ya da biriktirilmesinden ziyade düşünme ve analizini, bilginin anlamlandırılmasını, anlaşılmasını ve uygulanmasını gerektirir (Eskici, 2017; Demirci, 2009). Öğrenenlerin bilgiyi kitaptan, eğitimciden kopyalamasından ziyade kendi bilgi ve fikirlerini oluşturmak üzere cesaretlendirildiği, gerçekçi ortamlarda gerçekleştirilir (Kanselaar, 2002).
- Bilginin, öğrenen tarafından daha anlamlı olması için öğrenenlerin öğrenmeyi öğrenmelerine temellenir (Şaşan, 2002).
- Eğitim hedefleri öğrenen tarafından ya da eğitimci ile birlikte belirlenir.
- Hedeflere ulaşılmasını sağlamak yerine öğrenenlerin zihinlerinde bilgiyi anlamlandırmalarını ve kullanılan farklı öğretim yöntem ve materyalleri ile kendi öğrenmelerine yön vermelerini sağlar (Erdem & Demirel, 2002).

- Öğrenme durumları, ortamları, becerileri, içeriği ve görevleri birbiriyle ilgili, gerçekçi ve özgündür.
- Eğitimciler; rehber, danışman, gözlemci, koç, eğitmen ve kolaylaştırıcı rollerini üstlenir. Meta bilişi, öz analizi düzenlemeyi, düşünme ve farkındalığın oluşması için etkinlikler düzenler, fırsatların ortaya çıkması için uygun araç ve ortamları sağlar.
- Öğrenenlerin her yeni bilgi veya deneyimle karşılaştığında yeni bilgileri yansıtmak için sürekli kendi bilişsel süreçlerini güncelleyerek, kendi zihinsel etkinliklerine temellenen kendi gerçeklik yorumlarını/olgularını oluşturmalarını sağlar. Öğrenen, kendi zihinsel etkinlikleri sayesinde kendi gerçekliğinin inşasını yapan, algılayıcı ve yorumlayıcıdır. Her öğrenen kendi inanç ve yaşantıları ile bağlantılı olarak dışsal gerçeklikleri farklı şekillerde algılar ve yorumlar (Bhattacharjee, 2015).
- Öğrenenlerin bilgiyi nereden ve nasıl elde edeceklerine, kendi öğrenme stillerini belirleyerek etkili olacak şekilde kullanmalarına olanak sağlar. "Öğrenenlere ne öğretilmelidir?" sorusu yerine "Öğrenenler nasıl öğrenirler?" sorusundan hareketle bir programın oluşturulmasını sağlar (Şaşan, 2002; Yazar, 2019).
- Öğrenenlerin gerçek yaşam sorunlarının üstesinden gelebilmesini, yaratıcı sorun çözme yoluyla bilinmeyen sistemleri gözlemlemesini, keşfetmesini ve akıl yürütmesini sağlar (OECD, 2014).
- Öğrenenlerin öz yeterliliklerini kazanmalarına olanak sağlar, eleştirel düşünmeye ve herhangi bir baskı yaşanmadan düşünce özgürlüğüne teşvik eder (Abualhaija, 2019).
- Öğrenenler, öğrenmeye aracılık etme ve kontrol etmede önemli bir role sahiptir.
- Öğrenenlerin var olan mevcut bilgileri, inanç ve tutumları bilginin oluşturulması aşamasında dikkate alınır.
- Öğrenenleri alternatif bakış açılarına maruz bırakmak amacıyla iş birliğine dayalı öğrenme kullanılır.

- Öğrenenlerin birbirleriyle iletişim kurmasını, etkileşim halinde olmasını, yeni fikirleri dinlemesini, değer verme, yeni kolektif fikirler üretebilme becerilerinin gelişmesini sağlar.
- Öğrenenlerin 21.yüzyıl becerilerine ve iş yaşamında aranan yeterliklere sahip olmasını ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesini sağlar (Mbise & Lekule, 2020).
- Sorun çözme, yaratıcılık, eleştirel düşünme ve karar verme vb. üst seviyedeki düşünme becerilerini destekler.
- Değerlendirme otantiktir ve öğretimle iç içe geçmiştir (Bhattacharjee, 2015).

2.1.5. Yapılandırmacı Öğrenmenin Temel İlkeleri

Fosnot'a (2007) göre yapılandırmacı bir ortamda öğrenmenin gerçekleşebilmesi için yapılandırmacı öğrenmenin temel ilkeleri olmalıdır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Fosnot, 2007):

- Öğrenenler içsel bilişsel çatışma veya dengesizlik yaratan fikirler ve deneyimlerle sorgulanmalıdır. Öğrenen hataları, öğrenenler ve eğitimciler için kavramsal anlamayı keşfetme fırsatı olarak olumlu görülmelidir.
- Öğrenenler soru sormaya, hipotezler üretmeye teşvik edilmelidir.
- Öğrenenlerin görüş, düşünce ve fikirlerini başkalarına iletmesi, savunması ve gerekçelendirmesi sağlanmalıdır.
- Öğrenenlerin deneyimler ve disiplinler arasında genelleme yapma gücüne sahip fikirler ortaya koyması sağlanmalıdır.
- Öğrenme, yansıtıcı soyutlama yoluyla gerçekleşir. Bu nedenle öğrenenlere günlük yazma, çizim, modelleme ve tartışma yoluyla derinlemesine düşünmeleri için zaman tanınmalıdır.
- Öğrenme ortamı etkileşim için geniş fırsatlar sağlamalı ve "faaliyet, düşünme ve konuşma ile uğraşan bir söylem topluluğu" olarak görülmelidir.

Brooks & Brooks (1993)'a göre ise yapılandırmacı öğrenmenin ilkeleri ve dikkat edilmesi gerekenler şu şekilde sıralanabilir (Brooks & Brooks,1993; Makgato, 2012).

- Anlam, parçalar ve parçaların bütünler bağlamında anlaşılmasını gerektirir. Bu nedenle, öğrenme süreci temel kavramlara odaklanmalıdır. Ancak yeni bilgiler soyut kavramlar olarak sunulmaktan ziyade gerçek yaşamla bağlantının kurulabilmesini kolaylaştıracak uygulamalar bağlamında gerçekleştirilmelidir.
- Öğrenme, bir tür anlam arayışıdır. Bu nedenle öğrenme, öğrenenlerin aktif şekilde anlam oluşturmaya başladıkları bir süreç olmalı, ön bilgilerle yeni bilgiler arasında bağlantı kurulabilmesi için öğrenenlerin bildiklerinden ve deneyimlerinden başlanmalıdır.
- Öğrenmenin anlamlı olabilmesi için, öğrenenin boşlukları doldurması sağlanmalıdır. Bu şekilde, öğrenenlerin bağımsız olma becerilerini güçlendirerek, sorunlarına ve yaşadıkları güçlüklere yanıt vermek için farklı ve birçok kaynaklardan yararlanarak bilgiye doğru bir şekilde ulaşmaları sağlanmalıdır.
- Öğrenmenin amacı, öğrenen için kendi anlamını oluşturmalıdır. Sadece "doğru" cevapları ezberlemek ve bir başkasının anlamını tekrarlamak olmamalıdır.
- Öğrenme ortamı küçük gruplar halinde, birbiriyle diyalog halinde olan ve öğrenme etkinliklerine çözüm önerileri getirmek üzere tartışan öğrenenleri kapsamalıdır.
- Eğitimciler tarafından öğrenenlerin dünyayı algılamak için kullandıkları zihinsel modeller ve bu modelleri desteklemek için yaptıkları varsayımlar belirlenmelidir.
- Bilgi, öğrenenlerin zihinsel yapılarını önemli ölçüde değiştirmeyecek şekilde sunulmalıdır.

- Değerlendirme, öğrenme-öğretme sürecinin bir parçası olmalı ve öğrenenlere öğrenmelerinin niteliği hakkında bilgi vermelidir.

2.1.6. Yapılandırmacı Öğrenme Türleri

Literatürde yapılandırmacı öğrenmenin birbirinden farklı yönlerini ortaya koyan pek çok türü olduğu belirtilmekte olup, en çok kabul gören yapılandırmacı öğrenme türleri; Bilişsel yapılandırmacılık, Sosyal yapılandırmacılık ve Radikal yapılandırmacılık olarak belirtilir (Hayırsever & Orhan, 2018; Kesici, 2019).

2.1.6.1. Bilişsel Yapılandırmacılık

Jean Piaget tarafından geliştirilmiş olan bilişsel yapılandırmacılık; eğitimcinin düşünce ve görüşlerinden etkilenmeyen nesnel bir gerçekliğin olduğunu iddia eden nesnellik ve metafizik gerçekçilik üzerine kurulmuştur (Mohammed & Kinyo, 2020; Kesici, 2019).

Piaget'e göre bilgi, öğrenenlerin var olan bilgi ve deneyimlerine dayalı olarak yapılandırılır. Öğrenenin algısı, sürekli olarak yeni deneyimlere maruz kalması sonucunda revize edilir ve yeniden yapılandırılır, bireysel farklılıklar da bilginin inşa edilmesinde etkilidir (Kesici, 2019; Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014). Ayrıca bilgi edinme süreci aktif ve dinamiktir, bu süreçte bireyler kendi deneyimleriyle ilgili hipotezler kurar ve bunları test ederek, gerçek dünya anlayışını sistemli bir şekilde değerlendirirler (Mohammed & Kinyo, 2020). Bilginin oluşumunda, zihinsel yapının ve sürecin organize edilmesinde, denge ve dengesizlik durumlarında; özümleme (assimilation), düzenleme (accommodation) ve dengeleme (equilibration) önemli ve etkilidir (Mohammed & Kinyo, 2020; Vintere, 2018; Radmard, 2020; Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014). Öğrenenler, çevrelerindeki nesneler ve olaylara sürekli olarak maruz kaldıklarında edindikleri güncel bilgi ve deneyimler ile formal veya informal olarak kazandıkları bilgilerin karışımıyla özel bilgiye sahip olurlar (Cobb, 1994).

Skaalid'e göre bilişsel yapılandırmacılık; öğrenenlerin mevcut bilgisinin kavramsal konuları tanımlamak için yeterli olmadığını öğrendiğinde, var olan önceki bilginin yeni bilgiye uyumlandırmasını yapmasıdır (Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014). Ancak bazı durumlarda önceki bilgiler ile yeni bilgiler arasındaki uyumsuzluk/dengesizlik olduğunda öğrenenlerin mevcut bilgilerini değiştirmesi

gerekebilir. Yani yeni bilgi ancak yeni deneyimlere uyumla gerçekleşir (Kesici, 2019). Bu bağlamda bilgi pasif olarak alınmaz, zihinsel olarak aktif bir şekilde oluşturularak kendi kendine düzenlenmiş bilişsel bir sürecin sonucudur (Vintere, 2018).

Bilişsel yapılandırmacılığa göre öğrenme deneyimlerinin artırılarak veya örüntü oluşturularak öğrenmenin sağlanabilmesi için, deneyimlerin artırılmasına ve zihin haritaları ile uyumlu bilişsel yapıların gelişmesine katkı sağlayacak etkinliklerin yapılması gerekir (Bonk & Cunningham, 1998). Eğitim ortamı ise, öğrenenin hem asimilasyon hem de uyum sürecine dâhil edilmesiyle gerçekleşir (Brown, 1994).

2.1.6.2. Sosyal Yapılandırmacılık

Lev Vygotsky tarafından geliştirilen sosyal yapılandırmacılık "bilgi, öğrenenlerin kendi deneyimlerini anlamlandırdığı esnada inşa edilir" varsayımından hareket eder ve sosyal etkileşime dayanır (Amarin & Ghishan, 2013). Bu bağlamda öğrenenlerin yaşam deneyimlerinin öğrenme, ilerleme ve gelişmede önemli faktörler olduğuna ve sosyal etkileşimin öğrenenlerin düşünme şeklini oluşturduğuna temellenir, öğrenme, sosyal bağlamın bir parçası olan gelişme ile sonuçlanır. Vygotsky'ın bu bakış açısı, çevreden pasif olarak alınan bilgiden ziyade gerçeklikten yapılandırılır. Vygotsky, başkalarıyla iş birliği sayesinde öğrenme düzeyinin artacağını, bilginin sosyal düzeyde başladığını ve ancak o zaman bireysel bilgi haline geldiğini, öğrenenin öğrenmesi için sosyal bir çevrenin olması gerektiğini, sosyal etkileşimde dil ve düşüncenin önemli faktörler olduğunu savunur. Bir başka ifadeyle Vygotsky'e göre toplum, bilginin anlamlandırılarak yapılandırılmasında önemli bir rolü vardır. Öğrenenlerin sosyal çevresiyle etkileşim içerisinde olması ise, bilişsel fonksiyonlarının da gelişmesine, yanlış bir öğrenmenin engellenmesine, eleştirel düşünme becerilerinin gelişimine katkı sağlar (Kesici, 2019; Vintere, 2018).

Glaserfeld'e göre, öğrenenin yaşamdan edindiği bilgiler, kişisel deneyim ve diğer insanlarla olan etkileşimine dayanır (Jones & Brader-Araje, 2002). Bu açıdan öğrenme bireysel olarak inşa edilen, ancak sosyal olarak desteklenen bir davranıştır (Hung & Hyun, 2010).

Sosyal yapılandırmacılık topluma dayalı olarak; bireyin yaşamına kattığı değer ve yüklediği anlamlarla oluşturulduğunu savunur, toplumsal unsurların bireyin

yaşamına kattığı değer ve yüklediği anlamlar üzerine etkisi ve katkısı olduğunu belirtir. Öğrenenleri içinde yaşanılan toplumun birer yansıması olarak görür, dilin ve kültürel etki ve yapıların sosyal gerçekliğin oluşumunda etkisinin önemli olduğunu vurgular (Karaırmak & Aydın, 2007; Özkara, 2017).

Sosyal yapılandırmacılık, sosyal etkileşimin, bilginin oluşması ve anlamlandırılmasında önemli bir kaynak olduğunu da savunur (Abualhaija, 2019). Politika, ideoloji, değer yargıları, inanç sistemi, ekonomi gibi alanların, oluşturulan bilgi ya da disiplinlerin ve de insan yapısının oluşturulmasında ve şekillendirilmesinde de etkilidir. Bu yaklaşım öğrenenlerin kendi bilgi ve deneyimleri ile yaşamları üzerinde anlayış ve biçimsel bilgi oluşturma şekilleri üzerine odaklanır (Amarin & Ghishan, 2013).

Sosyal yapılandırmacılık hem kültürel hem de sosyal biliş bağlamına odaklandığından, başkalarıyla iş birliği yapmak ve grup halinde öğrenme açısından da önem taşır (Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014).

Sosyal yapılandırmacılık, öğrenmenin durumsal ve bağlamsal doğasını vurgular. Neyi ne şekilde öğrendiğimizi, ne öğrendiğimizi ve yeni durumlara ne şekilde aktardığımızı etkiler (Tynjälä, 1999). Eğitimcinin görevi, öğrenenin çabasına karşı duyarlı olmak ve öğrenene yardımcı olmaktır (Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014). Eğitim ortamları ise, gerçek yaşamla uyumlu uygulamaların kullanılmasına ve dış dünya ile iletişim kurularak etkileşim sağlanmasına olanak sağlar. Böyle bir ortamda öğrenenler, sanki gerçek yaşam ortamındaymış gibi çevresindeki diğer öğrenenlerle etkileşim içinde olur. Böylece bir yandan öğrenenlerin kendilerinden daha iyi bilen öğrenenlerden öğrenmesi, kendi öğrenmelerini geliştirmesi, kendi bilgi ve fikirlerini değerlendirmesi sağlanırken, diğer yandan kendilerinden daha az bilen öğrenenlerin öğrenmelerine yardımcı olarak kendi bilgilerini pekiştirmeleri sağlanır, öğrenmenin kalıcılığı arttırılır (Baş & Beyhan, 2017).

2.1.6.3. Radikal Yapılandırmacılık

Ernst Von Glaserfeld tarafından 1980'lerden sonra ortaya konan radikal yapılandırmacılık, gerçekliğin bireyin dışında var olduğunu savunur (Abualhaija, 2019). Glaserfeld'e göre radikal yapılandırmacılıkta bilgi pasif olarak alınmaz zihinsel

olarak oluşturulur, uyarlanabilir ve ontolojik gerçekliğin keşfine değil, deneyimsel dünyanın organizasyonuna hizmet eder (Kesici, 2019; Gatt & Vella, 2003). Öğrenen, kendi bilgisi ile dış dünya arasındaki bilginin doğruluğunu nesnel olarak test edemez. Çünkü öğrenenin kendini bilme süreci nesnelliği imkânsız kılar (Çakır, 2008).

Radikal yapılandırmacılığın temelinde bireysel ve içsel tutarlılığın sağlanması yer alır. Buna göre bilgi öznel olup, tek bir doğru ya da gerçeklik yoktur (Bostan & Yapıcı, 2019), dış gerçeklik hiçbir şekilde bilinemez, gözlemcinin bakış açısı yansıtılır, bilinen günlük gözlemlerden ve bilimsel bilgilerle inşa edilerek yapılandırılır, bilginin ontolojik ya da metafizik açıdan bir gerçeklik olarak yargılanması mümkün değildir (Amarin & Ghishan, 2013).

Radikal yapılandırmacılığın temelinde bilgiyi anlayan, yorumlayan, ulaşan öğrenenler vardır (Bostan & Yapıcı, 2019). Bilgi keşfedilmez, öğrenenler tarafından bizzat oluşturulur. Bu nedenle, bilginin oluşmasında öğrenenin yaşantısı en önemli kaynaktır (Radmard, 2020; Sağlam & Bilgili, 2006). Bilgi, temel bir gerçekliğin yani dünya dışında deneyimlenmeden önce temsili olması gereken felsefi gerçeklik konumunu terk eder, öğrenenler tarafından aktif bir şekilde inşa edilir, sosyal olarak kabul edilip, paylaşılan kavramları anlamlandırır (Kanselaar, 2002). Bilgi, subjektif olarak değerlendirilir ve bilginin oluşturulmasında bireysel etkinliklerin önemi büyüktür. Bilginin dış dünyayı yansıtmaya ilişkin bir zorunluluğu yoktur.

Radikal yapılandırmacılığın, bilişsel yapılandırmacılıktan en önemli farkı; bilginin yapılandırılması sürecinin tüm aşamalarının öğrenenin tekelinde olmasıdır. Tek gerçekliğin öznel olduğu savunulur (Fosnot, 2007).

2.1.7. Yapılandırmacı Öğrenmenin Üstünlükleri ve Sınırlılıkları

Yapılandırmacı öğrenme geleneksel öğrenme ile karşılaştırıldığında birçok üstünlüğünün olduğu görülür. Yapılandırmacı öğrenmenin üstünlükleri şu şekilde sıralanabilir:

- Öğrenme ile ilgili farklı varsayımlar ve yeni öğretim ilkeleri sunar. Mevcut öğrenme anlayışına katkı sunmaktan ziyade onun yerini aldığı için çok önemlidir (Karagiorgi & Symeou, 2005).

- Öğrenen merkezlidir (Sharma, 2018).
- Öğrenenin kendi kendine öğrenmesine temellenir.
- Eğitim programı, bütün olarak sunulur, fikirler etrafında yapılandırılır.
- Bilgi dinamiktir (Mbise & Lekule, 2020).
- Bilgi, öğrenen tarafından yeniden inşa edilir, sonuçtan ziyade sürece odaklanılır (Sharma, 2018).
- Öğrenenlerin grup halinde iş birliği içinde çalışması desteklenir.
- Öğrenen bir bilgi yapıcısı ya da bir düşünür gibi görülür (Vaishali & Misra, 2020).
- Öğrenenlerin öğrenmelerini sağlamak için bakış açıları belirlenir ve bunlara değer verilir. Öğrenenlerin kavramlar hakkında ne düşündüğü, ihtiyaç ve ilgileri belirlenerek dersler/konular hazırlanır (Mbise & Lekule, 2020).
- Öğrenenin soru sormasının son derece önemli olduğuna inanılır ve soru sormalarına fırsat verilir (Vaishali & Misra, 2020). Öğrenenlerin düşünce ve görüşleri sorularak aktif katılımları sağlanır.
- Kavram haritası, grup çalışması gibi farklı öğrenen merkezli yöntemler kullanılır (Vaishali & Misra, 2020; Ekpenyong & Edokpolor, 2016).
- Grup çalışmasının önemine inanılır. Bu nedenle öğrenenlerin küçük gruplar halinde çalışması desteklenir, öğrenenler bu konuda yönlendirilir. Farklı projeleri yürütmek için öğrenenler ilgi ve yeteneklerine göre gruplandırılır (Gürol, 2002).
- Öğrenenlerin bilgiyi kullanma becerileri geliştirilir, yeni bilgilere daha iyi uyum sağlamaları desteklenir, kavram yanılgıları azaltılır (Tynjälä, 1999).
- Öğrenenlerin sorun çözme, eleştirel düşünme becerileri geliştirilir, motivasyonları ve özgüvenleri arttırılarak öğrenilen bilgilerin yaşamın önemli bir parçasını oluşturduğu için çevreleri ile etkileşimlerini artırmaları sağlanır (Antonio, 2016; Sharma, 2018; Denat & Tuğrul, 2021; Özkara, 2017).

- Öğrenme ortamı, öğrenenler ve eğitimci arasında bilgi ve becerilerin birlikte oluşturulmasını içerecek şekilde düzenlenir.
- Değerlendirme öğretimden ayrı değil, öğretimle iç içedir. Bu nedenle öğrenenlerin sunumları, projeleri, portföyleri vb. düzenli olarak gözlemlenir ve değerlendirilir (Mbise & Lekule, 2020).

Yapılandırmacı öğrenmenin sınırlılıkları ise şu şekilde sıralanabilir (Benzer & Kaygısız, 2017; Hayırsever & Orhan, 2018):

- Öğrenenlerin teknolojik olanaklara erişimleri sınırlı olabilir.
- Kendi kendine öğrenmeyi de içerdiği için öğrenen bilgiye ulaşma ve yapılandırma aşamasında yalnız kalabilir.
- Eğitimcilerin ders/konu içeriklerini oluşturması, öğretim yöntem ve tekniklerini, materyallerini belirleyerek uygulamaya aktarması büyük çaba ve zaman gerektirebilir.
- Eğitimcilerin her konuyu ayrıntılı olarak ele alabilecek yeterli bilgiye sahip olması ciddi bir hazırlığı gerektirir.
- Değerlendirme aşaması zor olabilir.

2.1.8. Yapılandırmacı Öğrenmede Eğitimcinin Rolü

Bir eğitim ortamında yapılandırmacı öğrenmeyi kullanmak karmaşıktır, zordur, ustalık gerektirir. Bu durum yapılandırmacı öğrenmede eğitimcinin rollerinin büyük ölçüde dönüşümünü gerektirir. Çünkü eğitimcilerin büyük çoğunluğu geleneksel yöntemlerin kullanıldığı bir eğitim ortamında eğitim almıştır. Bu, süregelen ve kabul görmüş bir paradigmanın dönüşümünü hatta bilindik yöntem ve uygulamaların yerine sıra dışı yeni yöntem ve uygulamaların kabul edilmesini gerektirir. (Bhattacharjee, 2015; Brooks & Brooks, 1993). Bu nedenle bir eğitimcinin, yapılandırmacı öğrenmeye dayalı bir eğitimi hazırlayıp değerlendirmesi için yapılandırmacı öğrenmeye dayalı olarak yetiştirilmesi önemlidir (Abdal-Haqq, 1998; Bay & Karakaya, 2009b).

Yapılandırmacı öğrenmede eğitimcinin rol ve sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir: Eğitimci;

- Manipülatif, etkileşimli ve fiziksel materyallerin dışında ham verileri ve birincil kaynakları kullanmalıdır.
- Görev ve sorumlulukları belirlenirken "sınıflandırmak", "analiz etmek", "tahmin etmek" ve "oluşturmak" gibi bilişsel terminolojiyi kullanmalıdır.
- Derinlemesine düşünmeleri sağlayacak, öğrenmenin kalıcılığını arttıracak, kavramlara ilişkin öğrenenlerin kendi bilgilerini yeniden inşa etmesini ve kendi anlayışlarını geliştirmesini kolaylaştıracak öğretim yöntem ve tekniklerini, materyallerini seçmeli ve kullanmaya istekli olmalıdır (Brooks & Brooks, 1993; Gunduz & Hursen, 2015).
- Öğrenen değerlendirmelerini dikkate almalı, değerlendirmeler doğrultusunda dersleri/konuları, içeriği, öğretim yöntem ve teknikleri, materyalleri yapılandırmalıdır.
- Öğrenenlerin kavramlara ilişkin anlayışlarını sorgulamalıdır.
- Öğrenenlere ilişkiler kurmaları ve metaforlar yaratmaları için zaman sağlamalıdır.
- Öğrenenlerin merakını beslemelidir (Brooks & Brooks, 1993).
- Ders içeriğinin bilimsel açıdan kabul gören görüşü ile öğrenenlerin eğitim ortamına getirdiği alternatif fikirlerin öneminin ve dikkate alınması gerektiğinin farkında olmalıdır (Stephenson & Warwick, 2002).
- Öğrenmenin aktif ve anlamlı olabilmesi için öğrenenlerin neyi nasıl düşündüklerini bilmeli, kendi gelişimlerinin sürekliliğini sağlamalı ve farklı pek çok dalda bilgi sahibi olmalıdır (Bostan & Yapıcı, 2019).
- Bilgi, yetenek ve karmaşık ortamlardan yana olmalıdır (Hannafin ve diğ., 1997).
- Belirli hedeflerin ortaya çıkmasına izin vermeli, gerçek yaşam sorunlarının çözümünün öğrenenlere bireysel olarak uygunluğunu kontrol etmelidir. Örneğin; birine tarihin belirli bir versiyonunu aktararak öğrenmesini

sağlamak yerine tarihçi gibi nasıl düşüneceğini öğretmek esas amaç olmalıdır.

- Öğrenenlerin benzersiz bir bakış açısına sahip olduğunu varsaymalı ve "ortalama öğrenen" kavramını reddetmelidir (Karagiorgi & Symeou, 2005).
- Öğrenenin öğrenmeye motive olmasını sağlamalı, anlamlı bir içerik ve kaynak ile bir bağlam oluşturmalıdır (Brown, 2012).
- Öğrenenlerin birbirleriyle etkileşim içinde olmalarını, iletişim ve iş birliği içinde grup halinde çalışmalarını desteklemelidir (Brooks & Brooks, 1999; Şaşan, 2002; Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014). Birbirlerinin yaşam deneyimlerinden öğrenmelerine olanak sağlamalıdır (Abualhaija, 2019).
- Öğrenenleri kendi sorularını sormaya teşvik etmeli, kendi hipotezlerini ve modellerini oluşturmalarına yardımcı olmalıdır (Fosnot, 1996).
- Öğrenenlerin algılama biçimi, anlama düzeyleri, yorumlamaları ve onlara karşı verdikleri tepkilerin ve ihtiyaçların farklılık gösterdiğini göz önünde bulundurarak eğitimi planlarken öğrenenlerin bu özelliklerini dikkate almalıdır (Mbise & Lekule, 2020).
- Öğrenenlere rehberlik yapmalı, onları uygun yöne yönlendirmek için sadece gerekli durumlarda müdahale etmelidir (Bhattacharjee, 2015; Kesici, 2019; Vintere, 2018).
- Öğrenenlerin ilgisini çekebilecek, gerçek yaşamla ilişkili karmaşık sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmelerini, fikirler etrafında bilgiyi organize ederek, yeni bilgi, anlama ve kavrayış geliştirmelerini sağlayacak ortam düzenlemelidir.
- Öğrenenlerin kavramları tam olarak anlamalarına yardımcı olmak için gerekli yönergeler oluşturmalıdır (Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014; West, 2016).
- Öğrenenlerin mevcut bilgi ve deneyimlerle bağlantı kurabilmelerini sağlamalıdır (Demirci, 2009).

- Öğrenenlerin yansıtıcı düşünme, vaka incelemesi, tartışma vb. öğretim yöntemleri ile öğrenenlerin eleştirel düşünme, analiz, sentez, yorum ve değerlendirme yapabilme becerilerinin gelişimine olanak sağlamalıdır.
- Öğrenenleri eleştirel düşünmeye teşvik ederken yansıtıcı uygulamaların benimsenmesini sağlayarak, öğrenen görüşlerinin öğrenme-öğretme sürecine dâhil edilmesine katkı sağlamalıdır (Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014).
- Öğrenenlerin özerkliğini sağlamaya katkı sağlamalı, öğrenenlerin kendi öğrenmelerinde sorumluluk almalarını, hesap verebilirliğini sağlamaya çalışmalıdır.
- Sınav yerine öğrenenlerin çalışmalarını ve bakış açılarını gözlemleyerek değerlendirmelidir (Roustaee, Kadir & Asimiran, 2014).
- Öğrenme ürünü ile birlikte öğrenme sürecini de önemsemelidir (Gunduz & Hursen, 2015).
- Öğrenenlerin beklenen öğrenme çıktılarına ulaşılabilmesi için gerekli katkı ve katılımı sağlamalıdır.
- Öğrenenlerin kendi öğrenme çıktılarını oluşturabilmelerine destek olmalıdır.
- Öğrenenlerle karşılıklı saygı, güven ve birbirlerinin geçmiş yaşantılarının paylaşılmasını sağlayan açık ya da örtük bir etkileşim kurmalıdır (Abualhaija, 2019).
- Sorgulayıcı, araştırmacı, gözlemci olmalıdır (Gürol, 2002).
- Kendi gelişimine önem veren, öğreneni merkeze alan, öğrenenlerle beraber öğrenen olmalıdır (Şaşan, 2002).

2.1.9. Yapılandırmacı Öğrenmede Öğrenenin Rolü

Yapılandırmacılık bilgiyi; nesnel olmayan, geçici, gelişimsel, sosyal ve kültürel açıdan bir aracı olarak tanımlar. Anlam keşfedilmez, ancak inşa edilir. Ortak dil ve kültürler, birçok şeyin temelde herkes tarafından aynı şekilde anlaşılmasını sağlasa bile, bireysel olarak öğrenenlerin farklı deneyimlere sahip olması, aynı şeylere farklı anlam yüklemelerine sebep olur. Bu sebepledir ki; öğrenenler kendi anlamlarını farklı şekil ve yapılarda inşa ederek yapıcı, yansıtıcı, iş birlikçi, aktif, gelişen ve sorgulamaya dayalı olarak altı farklı şekilde bunu gerçekleştirir (Antonio, 2016).

Driver ve diğ. (1994) göre yapılandırmacı öğrenme ortamında öğrenenlerde;

- mevcut fikirlerin geliştirilmesi, bütünleştirilmesi ve değiştirilmesi,
- mevcut fikirler arasında ayrım yapılması,
- mevcut fikirlerin bütünleştirilmesi,
- mevcut fikirlerin değiştirilmesi,
- yeni fikirlerle tanışılması açısından değişimler meydana gelir.

Bu süreçte en zor olan mevcut fikirlerin değişmesidir. Öğrenenlerin zihinlerinde bilişsel çatışmaya, dengesizliğe ve uyumsuzluğa neden olan sokratik sorgulama ve tutarsız olayları tanıtma, kullanılan birçok yöntem arasından en önemlisidir. Bu yöntemler, mevcut fikirlerin değişimi ile yeni fikirlerin oluşturulmasına yardımcı olur. Fikirler değerlendirildikten sonra yeni durumlara uyarlanarak uygulanır. Sonra yeni elde edilen bilgiler, önceki bilgi ve fikirlerle karşılaştırılır. Anlamlar oluşturulduktan sonra değerlendirilir ya kabul edilir ya da reddedilir. Bu şekilde yapılandırmacı öğrenmede öğrenenler kendi öğrenmelerinin sorumluluğunu da almış olur (Sridevi, 2013).

Bunun yanı sıra yapılandırmacı öğrenmenin temel bileşenlerinden biri olan öğrenenin rol ve sorumlulukları ise;

- Yeni bilgileri ezberlemek yerine anlamlandırmaya çalışmalı, mevcut bilgilerine dayalı olarak yorumlamalıdır.
- Anlam oluşturmada diğer eğitimcilerle ve öğrenenlerle sosyal etkileşime geçerek, iş birliği yapmalıdır (Akalın & Şahin, 2019; Tynjälä, 1999).

- İstenen sonuçların en üst düzeye çıkarılmasını sağlayacak eylemleri ve istenmeyen sonuçları en aza indirebilecek deneyimleri düzenleyen ve yöneten kişi olmalıdır (Gatt & Vella, 2003).
- Öğrenme, öğrenenin kontrolünde olmalıdır. Öğrenmenin gerçekleşebilmesi için öğrenenlerin geçmiş yaşantılarını, öğrenme biçimlerini, öğrenmeye hazır bulunuşluk düzeylerini, konuya ve yaşama bakış açılarını dikkate almalıdır.
- Kendi ilgi ve hedefleri çerçevesinde hareket etmeli ve takip etmelidir.
- Kendi yeteneklerini kullanabilmeli ve geliştirmelidir (Bhattacharjee, 2015).
- Bir şey öğrenmekten ziyade bir şey yapma çabası içinde olmalıdır (Demirci, 2009).
- Etkin ve seçici olmalıdır (Şaşan, 2002).
- Mevcut bilgileri ile kendisinden beklenilen ve öğrenmesi istenilen bilgiler arasında köprü kurmalıdır (Amarin & Ghishan, 2013).
- Yapıcı, kendi kararlarını alabilen, meraklı, girişimci olmalıdır.
- Öğrenmenin sorumluluğunu kendisi üstlenmeli, öğrenme etkinliklerini amaçlı olarak tasarlamalıdır.
- Kendi kendine öğrenme becerini geliştirmelidir (Bhattacharjee, 2015).
- Merak ettiği ve gereksinim hissettiği bilgileri kazanabilmek amacıyla değişik yöntemler ve materyaller kullanarak araştırma, inceleme ve gözlem yapmalıdır.
- Verilerin analizini yapıp sentezleyerek eleştirel bir bakış açısıyla problemin çözümlenmesi için sorular sormalıdır.
- Elde ettiği bilgileri yorumlayarak yapılandırmalı, yorumlarını nedenleriyle açıklayarak anlamlandırmalıdır (Erdem & Demirel, 2002; Şaşan, 2002).
- Yeni kavramları, tanıdık durumlara ve tanıdık kavramları yeni durumlara uygulamalıdır (Applefield, Huber & Moallem, 2001).

- Öğrenme başarısını olumlu yönde artırmak için motivasyonu yüksek olmalıdır (Pintrich, 1999).
- Sürekli olarak deneyimleri üzerine düşünmeli, elde ettiği fikir ve bilgilerin karmaşıklığını fark etmeli ve sonrasında yeni bilgileri mevcut bilgilere entegre edebilmek için farklı ve güçlü yetenekler geliştirmelidir (Bhattacharjee, 2015).

2.1.10. Yapılandırmacı Öğrenmede Sınıf Ortamı

Öğrenme, öğrenenlerin dünyalarının nasıl işlediğine ilişkin içsel olarak inşa edilmiş, anlayışlarını sürekli olarak değiştirdikleri karmaşık bir süreçtir. Öğrenme ortamının etkililiği, eğitim programı, öğretim metodolojisi, öğrenen motivasyonu ve öğrenenin gelişimsel hazırlığı dahil pek çok karmaşık unsurun bir fonksiyonudur (Brooks & Brooks, 1999).

Yapılandırmacı öğrenme ortamı, yapılandırmacılığa dayanan ve öğrenenin bilgi oluşturma sürecine destek olmayı amaçlayan, öğrenme durumunu ifade etmek için kullanılan bir kavramdır (Tynjälä, 1999).

Yapılandırmacı öğrenmede sınıf ortamı; öğrenenlerin birbirlerinin deneyimlerinden yararlanabilecekleri, yeniden bilgiyi üreterek inşa edebilecekleri, yaparak yaşayarak öğrenecekleri, gerçek yaşama yansıtabilecekleri ve teknolojik imkânlardan faydalanabilecekleri bir ortamdır (Özkara, 2018).

Wilson'a göre yapılandırmacı öğrenmede sınıf ortamı; öğrenenlerin bilgi kaynağı, yöntem ve materyallerin kullanımı ile sorunların çözümü konusunda iş birliği içinde çalışarak, birbirini desteklediği, aktif, iş birlikli, etkileşimli ve amaçlı bir ortamdır (Kesal & Aksu, 2005; Bay & Karakaya, 2009b). Bu bağlamda yapılandırmacı öğrenmede sınıf ortamının özellikleri ise;

- öğrenenleri, önceki bilgilerini daha iyi kullanmaları için teşvik edecek, bireysel ve grup anlayışını geliştirecek (Batchelor, 2007),
- öğrenenleri merkeze alacak, kendi bilgilerini oluşturmalarına fırsat verecek, bireysel ihtiyaç ve ilgi alanlarını dikkate alacak, teknoloji gibi birincil kaynakları kullanacak,

- öğrenenlerin sadece dinleyici yani pasif alıcı pozisyonda olmayacağı, merakla ve istekle birbirleriyle etkileşim ve iletişim kurmalarını teşvik edecek, yaparak yaşayarak öğrenmeye olanak sağlayacak (Mbise & Lekule, 2020),
- öğrenenlerin elde ettiği bilgileri harmanlamasına, analiz etmesine, yorum ve değerlendirme yapmasına olanak sağlayacak (Antonio, 2016),
- kalıcı ve anlamlı öğrenmeler gerçekleştirmek, akademik başarıyı arttırmak için öğrenenlerin kendi öğrenmesinden sorumlu olmasını, daha fazla sorumluluk almasını sağlayacak (Kesici, 2019; Ayaz & Şekerci, 2015; Gürol, 2002),
- farklı bakış açılarını derinlemesine geliştirecek, bilginin ezberlenmesi yerine kavramları anlama, yorumlama ve uygulamaya yöneltecek şekilde, grup halinde çalışmaya teşvik edecek (Mbise & Lekule, 2020; Bhattacharjee, 2015; Gürol, 2002),
- öğrenenlerin bir konuya ilişkin farklı ve çoklu bakış açılarının gelişimini sağlayacak, deneyim ve birikimlerini ortaya çıkaracak, edinilen bilgiler ile yeni deneyimler arasında bağ kurarak bilgilerin bütünleştirilmesini sağlayacak (Dursun, 2019; Karadüz, 2010),
- öğrenenleri kendi sorularını oluşturmaya, kendi deneyimlerini elde etmeye, kendi benzetmelerini yaparak, kendi sonuçlarına ulaşmaya yönelik cesaretlendirecek (Demirci, 2009),
- öğrenenleri öğrenmeye motive edecek, konuya ilgilerini çekecek (Bay & Karakaya, 2009a),
- gerçek yaşam deneyimleri ile örtüşecek ve bu deneyimlerin paylaşılmasını destekleyecek,
- öğrenme sürecinin daha etkin ve verimli olabilmesi, öğrenmenin kalıcılığının artırılabilmesi için sınıf içinde ve sınıf dışındaki etkinliklerin zenginleştirilmesini sağlayacak (Şaşan, 2002),

- sadece bilgi kazanımı yerine bilişsel açıdan becerilerin geliştirilmesine katkı sağlayacak,
- soyut bir öğretimden ziyade anlamlı içerikleri olan bir yapıyı ortaya koyacak yapı ve düzende olmalıdır (Bay & Karakaya, 2009a).

2.1.11. Yapılandırmacı Öğrenmede Kullanılan Öğretim Yöntem ve Teknikleri, Materyalleri

Yapılandırmacı öğrenme ortamları, öğrenenlerin mevcut bilgilerle, yeni bilgi ve deneyimleri bütünleştirip, yeni anlayış geliştirebilmelerini sağlayacak şekilde öğrenen merkezli olmalıdır. Bu durum eğitimcilerin öğretim yöntem ve tekniklerini, materyallerini yapılandırmacı öğrenmeyi sağlayacak şekilde düzenlemelerini gerektirir (Gunduz & Hursen, 2015; Rahman & Scaife, 2012).

Öğrenenlerin öğrenme sürecine aktif bir şekilde katılabilmelerini destekleyecek, öğrenme stillerine uygun, öğrenme gereksinimlerini karşılayacak, gerçek yaşamla ilgili karmaşık görevleri kapsayacak ve derse/konuya ilişkin tutumların olumlu yönde gelişmesine, farklı bakış açılarına sahip olarak sunum yapabilme ve iş birliği içinde çalışmasını destekleyecek öğretim yöntem ve teknikleri, materyalleri kullanılmalıdır (Abdal-Haqq, 1998; Applefield, Huber & Moallem, 2001; Özgen & Alkan, 2014; Topolovčan & Matijević, 2016; Demirci, 2009; Kara, 2019).

Bu kapsamda genel olarak; probleme dayalı öğrenme, jigsaw (ayrılıp-birleşme) tekniğine dayalı öğrenme, oyun temelli öğrenme, yaparak öğrenme, proje temelli öğrenme, beyin fırtınası, kitap, dergi, slayt ve fotoğraf, geleneksel basılı kaynaklar, ses bandı, video, pratik kitler, uzak veri tabanları ve internet, e-posta, telekonferans ve uydu, TV dahil telekomünikasyon sistemleri ile müzeler, sanat galerileri, kavram haritası, deneyimsel öğrenme, iş birlikçi öğrenme, analojiler ve özetler, sorgulama stratejileri, simülasyon tabanlı öğrenme vb. birbirinden farklı öğretim yöntem ve teknikleri, materyalleri kullanılmalıdır (Abdal-Haqq, 1998; Applefield, Huber & Moallem, 2001; Demirci, 2009; Kala, Isaramalai & Pohthong, 2010; Rahman & Scaife, 2012; Özgen & Alkan, 2014; Topolovčan & Matijević, 2016; Kara, 2019; Vaishali & Misra, 2020).

2.1.12. Yapılandırmacı Öğrenmede Değerlendirme

Yapılandırmacı öğrenmede değerlendirme; öğrenenin neyi ne kadar öğrendiğini/hatırladığını belirlemek yerine öğrenmelerin geliştirilmesi ve davranış değişikliğinin oluşması, öğrenenlerin bilgilerinde niteliksel açıdan ne tür değişikliklerin olduğunun belirlenmesi açısından önemlidir (Bostan & Yapıcı, 2019).

Öğrenmenin değerlendirilmesi biçimlendirici (formative/süreç) ve özetleyici (summative/ürün-çıktı) olmak üzere iki şekilde yapılır. Biçimlendirici (formative/süreç) değerlendirme; öğrenme esnasında gerçekleşmekte olup, öğrenene geribildirim imkânı sağlar. Özetleyici (ürün/çıktı) değerlendirme; bir dersin sonunda yapılan testler/sınavlar aracılığıyla yapılır. Çok az düzeyde geribildirim sağlar. Yapılandırmacı öğrenmede, ezberlenmiş bilgilerin sınanmasından ziyade, özümsenmiş bilgilerin değerlendirmesi bir başka ifadeyle ürünün değerlendirilmesinden ziyade sürecin değerlendirilmesi çok daha önemli ve değerlidir (Kesici, 2019; Brooks & Brooks, 1993; Demirci, 2009; Tynjälä, 1999). Bu nedenle değerlendirme; derslerin/konuların sonunda ayrı bir sınav olarak uygulanmaktan ziyade öğrenme-öğretme sürecinin kendisine entegre edilmeli, formal değerlendirmelerin yanı sıra informal değerlendirmeler de yapılmalıdır (Gürol, 2002; Şaşan, 2002).

Yapılandırmacı öğrenmede değerlendirmede; özgün ve performansa dayalı ölçme ve değerlendirme yöntemleri ve araçları da kullanılır (Şaşan, 2002). Geleneksel sınavlar, genellikle öğrenenleri konuları anlamaya çalışmak yerine materyalleri ezberlemeye yöneltip, çalışma ve öğrenmeye yüzeysel olarak bir yaklaşım benimsemelerine neden olur. Ayrıca geleneksel sınavlar, öğrenenlerin bilgilerindeki gerçek değişiklikleri belirleyemez. Aksine, öğrenme-öğretme sürecini vurgulayan, öğrenenleri üst bilişsel ve yansıtıcı etkinliklere katılmayı teşvik eden değerlendirme yöntemleri, yapılandırmacı öğrenme ile uyumludur.

Yapılandırmacı öğrenmede öğrenenlerin kazanması hedeflenen üst bilişsel ve yansıtıcı etkinliklerin değerlendirilmesi amacıyla; portföy, proje çalışması, kontrol listeleri, performans değerlendirme, öz değerlendirme, akran değerlendirmesi vb. değerlendirme yöntemleri kullanılabilir (Kesici, 2019; Ayaz & Şekerci, 2015b). Ayrıca öğrenenlerin ortak olarak belirlenen hedefler kapsamında elde ettikleri kazanımlara ilişkin değerlendirmede de süreç değerlendirme için kullanılan

değerlendirme yöntemlerinin yanı sıra eşleştirme, boşluk doldurma, kısa cevaplı, açık uçlu veya çoktan seçmeli sorular vb. değerlendirme yöntemleri de kullanılabilir (Gülen, Taş & Darga, 2015).

2.1.13. Yapılandırmacı Öğrenme ve Eleştirel Düşünme

Eleştirel düşünme, bir sorunun çözümlenmesinden önce doğru bir kararın verilmesi için mevcut bilgilerin ayrıntılı olarak incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Eleştirel düşünme süreci, aktif zihinsel bir süreç olup, bilgiyi etkin bir şekilde kullanma eğilimi ve becerisidir (Kaya & Şendir, 2021). Eleştirel düşünme eğilimi ise; zihinsel becerilerin gelişimini sağlayan önemli bir tamamlayıcı olup, neyin nasıl yapılması gerektiğine karar verilebilmesi için eleştirel yeteneğin sağlanmasında etkin ve sürekliliği olan içsel güdülemedir (Akbaba & Özbicakci, 2021; Güler ve diğ., 2021).

Yapılandırmacı öğrenme, öğrenenlerin eleştirel düşünme eğilimlerinin gelişmesini destekler. Ayrıca, sorunların erken dönemde fark edilmesine, hassas durumlarda hızlı, doğru ve etkin kararların alınmasına, alınacak kararların sonuçları ve olası risklerinin tahmin edilmesine katkı sağlar (Güler ve diğ., 2021).

2.1.14. Yapılandırmacı Öğrenme ve Karar Verme

Karar verme; herhangi bir durumda en doğru sonuca ulaşmak için seçeneklerin belirlenmesi ve belirlenen seçenekler içinden en uygun olanın seçilmesidir. Klinik karar verme ise; gözlem, araştırma, inceleme ve deneyim sonucunda elde edilen verilerin analizini, sentez ve değerlendirilmesini içeren bir süreçtir (Çetin & Aydemir, 2019; Özden, Özveren & Gülnar, 2018).

Doğru karar verme durumunun gerçekleşebilmesi için; öncelikle durumun öğrenen tarafından fark edilmesi, belirlenen amaç doğrultusunda sorunlara yönelik araştırma yapılarak veri elde edilmesi, elde edilen verilerin incelenerek değerlendirilmesi, seçeneklerin oluşturulması ve olası sonuçlarının belirlenmesi, bu seçenekler içinden hastanın güvenliğini riske atmayan ve hasta için en iyi, faydalı ve etkili seçeneğin belirlenmesi süreçlerini kapsar (Keskin, 2020).

Yapılandırmacı öğrenmenin en önemli etkilerinden biri de, öğrenenlerin sorunların çözümlenmesi amacıyla doğru ve etkin kararlar verebilmeleri için teşvik etmesidir (Özkara, 2018). Yapılandırmacı öğrenme, klinik karar verme algısının gelişmesi için öğrenenlere sorunları klinik açıdan sorgulamasına, mevcut verilerin doğru yorumlanmasına, yaparak yaşayarak öğrenmesine, deneyim kazanmasına, kanıta dayalı doğru ve güvenilir kararların verilmesine fırsat verir (Özbudak & Koç, 2021).

2.1.15. Yapılandırmacı Öğrenme ve Hemşirelik Eğitimi

Hemşireler, kuramsal eğitimin yanı sıra klinik eğitimi de içeren bir eğitim sürecini tamamlarlar. Bu eğitim süreci öğrenenlere, kuramsal ve klinik eğitimi birbirinden ayrılmayan, birbirini tamamlayan, öğrenenlere kuramsalı ve uygulamayı bütünleştirmesi, deneyim ve bilgi edinmesini sağlayacak ortamlar sağlar (Kern ve diğ., 2014).

Hemşirelik eğitiminde kullanılan geleneksel yöntemler, sınıf içi ve klinik uygulamalarda başarıların daha sınırlı olmasına ve eğitimin etkinliğinin, veriminin ve kalitesinin azalmasına sebep olup, öğrenmenin tam olarak gerçekleşmesine engeldir (West, 2016). Oysa günümüzde gerek mezuniyet öncesi (lisans) gerekse mezuniyet sonrası (lisansüstü eğitim, sertifika programları vb.) hemşirelik eğitiminden; öğrenenleri gerçek yaşam deneyimleri ile anlamlı öğrenmeye yöneltmesi, yeni fikirleri önceki mevcut bilgileri ile bütünleştirmesini sağlaması, sürekli bilgi aramaya teşvik etmesi, bireysel, fiziksel, psikolojik, kültürel ve entelektüel yönlerden geliştirmesi beklenir. Bu beklentilerin karşılanmasında hemşirelik eğitiminin yapılandırmacı öğrenme ortamlarına dönüştürülmesi önem taşır (Heimann ve diğ., 2013).

Hemşirelik eğitiminde yapılandırmacı öğrenme ile; öğrenilecek konulara ilişkin karmaşık ve soyut kavramların anlaşılabilirliğini artırmak, eğitimcilerin kavramlara dayalı öğrenme stratejilerini geliştirmesine, öğrenenlerin ise kendilerini geliştirmelerine yardımcı olacak çıkarımları yapabilmelerine olanak sağlar. Ayrıca lisans ve lisansüstü hemşirelik eğitimleri ile hizmet içi eğitim programlarının yapılandırmacı öğrenmeye göre yapılandırılması; sorgulama, araştırma, eleştirel düşünme, analiz etme yeteneğinin ve klinik karar verme algısının gelişmesine olanak sağlar (Özden, Özveren & Gülnar, 2018; Keskin, 2020). Bu durum, hemşirelerin nitelikli sağlık hizmeti sunabilmeleri, hastaların güvenliğini etkileyebilecek kritik

kararlar alabilmeleri açısından büyük önem taşır (Kaya & Şendir, 2021; Akbaba & Özbicakci, 2021; Güler ve diğ., 2021; Özden, Özveren & Gülnar, 2018).

2.1.16. Hemşirelik Eğitiminde Yapılandırmacı Öğrenme ile İlgili Araştırmalar

Literatür incelendiğinde hemşirelik ve hemşirelik eğitiminde yapılandırmacı öğrenme konusunda ulusal ve uluslararası yapılmış birçok araştırma olduğu görülmektedir.

Dolan ve diğ. (2021) tarafından yapılan araştırmada; Covid-19 salgını sırasında geleceğin hemşirelerini eğitmek, hemşirelik eğitiminde kuramsal ve uygulama arasındaki boşluğun doldurulabilmesi için sanal simülasyonların yaygın olarak kullanıldığı belirtilmiştir (Dolan, Amidon & Gephart, 2021).

Dong ve diğ. (2021) tarafından Doğu Çin'deki bir üniversitede Toplum Hemşireliği Kursunda lisans hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; yapılandırmacılık modeli ile desteklenen ters yüz sınıf yönteminin uygulandığını, bu yöntemin öğrencilerin akademik performanslarını ve üst seviyedeki düşünme becerilerinin gelişimine katkı sağladığı ifade edilmiştir. Ayrıca sorun çözme, grup tartışmaları gibi aktif öğrenme stratejilerinin hemşirelik müfredatına entegre edilmesi gerektiği ifade edilmiştir (Dong ve diğ., 2021).

Abualhaija (2019) tarafından yapılan araştırmada; Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi (Quality and Safety Education for Nurses - QSEN) yetkinliklerinin yapılandırmacı bir öğrenme ortamında hemşirelik programlarında uygulanabildiği, bunun için de bazı önerilerin olduğu belirtilmiştir. Bu öneriler; "öğrenciler öğrenme içerik ve planlarının oluşturulmasında aktif rol almalı, öğrencilerin fikir ve önerilerini kullanan değerlendirme sistemi oluşturulmalı, öğrenciler karar verme sürecine dahil edilmelidir." şeklinde belirtilmiştir. Ayrıca araştırmada son yıllarda hemşirelikte lisans eğitimi ile mezuniyet sonrası eğitim programlarında öğrencilerin başarı düzeyinin artırılması ve öğrenmenin gerçekleşmesi için öğrenciyi merkeze alan aktif öğrenme yöntemlerinin kullanıldığı bir eğitim ortamı oluşturulmaya çalışıldığı, bu yöntemlerden biri olan yapılandırmacı öğrenmenin temel alındığı eğitim programlarının oluşturularak kullanılmaya başlandığı saptanmıştır (Abualhaija, 2019).

Akalın ve Şahin (2019) tarafından yapılan araştırmada; yapılandırmacı öğrenme kuramına dayalı geliştirilmiş olan simülasyonun hemşirelik eğitimlerinde yaygın olarak kullanıldığı belirtilmiştir (Akalın & Şahin, 2019).

Padilha ve diğ. (2019) tarafından Portekizli hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; klinik sanal simülasyonun hemşirelik öğrencilerinin klinik karar vermelerini geliştirdiği, bilgilerinin kalıcılığını ve memnuniyetlerini artırdığı tespit edilmiştir (Padilha ve diğ., 2019).

Pavlic ve diğ. (2019) tarafından Güney Kore'deki hemşirelik yüksek lisans öğrencileri ile yapılan araştırmada; Güney Kore'de hem Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık kuruluşlarının karşılaştığı karmaşık sistem düzeyindeki zorlukların üstesinden gelmek, hem de klinik hemşire liderleri (CNL) olmak için eğitim gören hemşireleri eğitmek için kültürel yapılandırmacılık anlayışı ile tasarlanmış karşılaştırmalı sağlık bakımı kursu düzenlendiği, bu kursun yetkinlik gelişimi için ideal bir araç olduğu belirtilmiştir (Pavlic ve diğ., 2019).

Rieger ve diğ. (2019) tarafından lisans hemşirelik öğrencileri ve hemşire eğitimcileri ile yapılan araştırmada; öğrenme için katalizör olan sanatın, birçok öğrenci için güçlü pedagojik süreçler oluşturduğu, öğrencilerin bu süreçlerle meşgul olduklarında profesyonel hemşirelik için şaşırtıcı ve dönüştürücü öğrenme sonuçları ile karşılaşıldığı belirtilmiştir (Rieger ve diğ., 2019).

Theobald ve Ramsbotham (2019) tarafından hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ve hemşire eğitimciler ile yapılan araştırmada; klinik akıl yürütmeyi, araştırmacı yönlendirmeleri ve vaka örnekleri biçiminde öğrenme yapılarını içeren yapılandırmacı bir öğretim olan sorgulamaya dayalı öğrenme yaklaşımının kullanılmasının, öğrencilerin "hemşire gibi" düşünmelerine yardımcı olduğu belirtilmiştir (Theobald & Ramsbotham, 2019).

Ranjbar ve diğ. (2018) tarafından Tahran'daki hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; her aşamada öğrencilerin hem uygulama becerileri hem de ahlaki yetenekleri ve yeterlikleri açısından belirli değişikliklerin olduğu, ahlaki yeterliliğin hemşirelik uygulayıcısı olarak yetkinlikleriyle birlikte geliştiği saptanmıştır (Ranjbar ve diğ., 2018).

Yang ve diğ. (2018) tarafından Hunan eyaletindeki hastanede görevli, işe yeni başlayan hemşirelerle yapılan araştırmada; iş birlikli öğrenme modelinin hemşirelerin hem teorik bilgilerini, hem hemşirelik becerilerini ve iletişimi geliştirmede etkili olduğu belirtilmiştir (Yang ve diğ., 2018).

Stankiewiczve ve diğ. (2016) tarafından Avustralya'daki üç eyalette faaliyet gösteren sekiz hastanede görev yapan hemşireler ile yapılan araştırmada; yapılandırmacı öğretim yöntemi kullanılarak basınç yaralarını tanıma ve değerlendirmeye yönelik bir eğitim programının oluşturulduğu, eğitim programının katılımcıların basınç yarası aşamalarını belirleme, teşhis koyma ve değerlendirme becerilerini ve bilgi düzeyini arttırdığı ifade edilmiştir (Stankiewicz ve diğ., 2016).

Trujano ve Peña (2015) tarafından Meksika'da bir devlet üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; yapılandırmacı öğrenmeye dayalı gerçekleştirilen eğitimin öğrencilerin kavramsal öğrenmelerini desteklediği belirlenmiştir (Trujano & Peña, 2015).

Duane ve Satre (2014) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; yapılandırmacı öğrenme etkinliği olan iş birlikçi öğrenmenin temel hemşirelik becerilerini geliştirerek, öğrenmenin gerçekleşmesine katkı sağladığı, eleştirel düşünme ve hesap verebilirliği artırdığı, sosyal becerileri ve üretkenliği geliştirdiği ifade edilmiştir (Duane & Satre, 2014).

Nyback (2013) tarafından Novia Uygulamalı Bilimler Üniversitesinde yapılan araştırmada; yapılandırmacılığın, hemşirelik eğitiminde motivasyon, problem ve projeye dayalı öğrenme ve öz denetimli öğrenme yöntem ve tekniklerinin kullanılması ve öğrencilerin kendi öğrenmelerinin desteklenmesi açısından önemli olduğu belirtilmiştir (Nyback, 2013).

Choe ve diğ. (2013) tarafından Koreli hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; öğretim stratejileri olarak uygulanan eylemle öğrenme ve çapraz sorgulama tartışmalarının hemşirelik öğrencilerinin biyoetik konularını anlamaları ve etik yeterlikleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu saptanmıştır (Choe, Park & Yoo, 2013).

Hampton (2012) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; öğrencilerin yapılandırmacı öğrenmeye dayalı psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği dersi ile akıl sağlığı ve hastalığına ilişkin anlayışlarının arttığı, kazandıkları bilgilerle ilişkili olarak bireysel ilgilerinin geliştiği ve akıl hastalığı tanısı alan bireylerin hemşirelik bakımı sırasında karşılaştıkları sorunları çözmeyi öğrendikleri, birçok öğrenci için akıl hastalığına yönelik damgalanmış tutumlarda da bir azalma olduğu saptanmıştır (Hampton, 2012).

Kala ve diğ. (2010) tarafından yapılan araştırmada; yapılandırmacılığın, hemşirelik öğrencilerinin bilgi edinme ve karar verme becerileri üzerinde olumlu sonuçlar ortaya çıkaran bir paradigma olduğu ifade edilmiştir (Kala, Isaramalai & Pohthong, 2010).

Brandon ve All (2010) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; yapılandırmacı öğrenmenin hemşirelik eğitiminde klinik uygulamalara kolayca entegre edilebileceği, kuramsal eğitim ortamlarında da kullanılabilir olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelik eğitiminde yapılandırmacı öğrenmenin; öğrencilerin kendi öğrenme sorumluluklarını almalarını sağlayacağı, bir derse/kursa ait yeterlilikleri kavramalarını kolaylaştıracağı belirtilmiştir (Brandon & All, 2010).

Legg ve diğ. (2009) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; çevrimiçi hemşirelik sınıflarında yapılandırmacı öğrenmenin kullanılması ile, öğrencilerin öğrenmelerini kontrol etmelerine olanak sağlandığı, öğrencileri konulara daha derinlemesine bakmaya ve teoriyi gerçek dünyadaki durumlara uygulamaya yönlendirildiği belirtilmiştir. Ayrıca, eğitimcilerin öğrenmeyi kolaylaştırmasına ve rehberlik etmesine, geleneksel eğitimin "ben tüm bilginin kaynağıyım" sözüne son vermesine ve öğrenenlere değer veren "hemşirelik alanını birlikte paylaşan ve keşfeden farklı düzeylerde meslektaşlarız" yaklaşımının benimsenmesine neden olduğu saptanmıştır (Legg ve diğ., 2009).

Parker ve Myrick (2009) tarafından yapılan araştırmada; hemşirelik eğitiminde yapılandırmacı öğrenmenin sağlanması, psikomotor becerilerin geliştirilmesi, ezberci öğrenim yerine gerçek bilginin geliştirilmesi ve modern hemşirelik öğretiminin sağlanması için yüksek kaliteli hasta simülasyonlarının hemşirelik eğitim

programlarına dâhil edilen teknoloji araçlarından biri olduğu belirtilmiştir (Parker & Myrick, 2009).

Hunter (2008) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; yapılandırmacı öğrenme teorisine ve Campinha-Bacote'un kültürel farkındalık, bilgi ve beceriye dayalı olarak kültür, çeşitlilik ve kültürel yeterlilik üzerine bir hemşirelik yüksek lisans kursu geliştirilmiş, kursun yapılandırmacı öğrenme modelinin hemşirelikte kültürel çalışmaları öğretmek için iyi bir yöntem olması nedeniyle öğrenciler tarafından iyi karşılandığı ve kültürel gelişimin çeşitli aşamalarında öğrencilerde içgörü ve gelişim sağlamada başarı sağladığı belirlenmiştir (Hunter, 2008).

Conceiçao ve Taylor (2007) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; hemşirelik öğrencilerine yönelik gerçekleştirdikleri bir eğitim programında kavram haritaları ve kendini yansıtan günlük kullanımı gibi yapılandırmacı uygulamaların öğrencilerin içeriği bütünleştirmesini, yeni bilgi bağlantıları geliştirmesini, önceki bilgilerini yeni bilgilerle birbirine entegre etmesini ve var olan mevcut bilgileri doğrulamasına olanak sağlayan öğrenme deneyimleri kazandırdığı saptanmıştır (Conceiçao & Taylor, 2007).

Reilly ve Spratt (2007) tarafından Tazmanya Üniversitesindeki bir grup akademisyen ve hemşirelik öğrencileriyle yapılan araştırmada; hemşirelerin klinik alanda uygulamaya çıkmadan önce hemşirelik uygulamalarını daha güvenli bir ortamda uygulamalarını sağlamak için simülasyon tabanlı bir öğrenme deneyiminin geliştirilmesinde yapılandırmacılıktan yararlanıldığı, klinik ortama girmeden önce simülasyon uygulamasına katılan öğrencilerin aktif öğrenme yeteneklerini desteklediği ve klinik açıdan yeterliliklerini geliştirdiği belirlenmiştir (Reilly & Spratt, 2007).

Lee ve Lee (2004) tarafından hemşirelik uzmanlık öğrencileriyle yapılan araştırmada; iş birlikli öğrenme deneyimlerini kolaylaştırmak için yapılandırmacı öğrenme ve probleme dayalı öğrenmeye dayalı sanal bir öğrenme ortamının oluşturulduğu, bunun öğrencilerin öğrendiklerini uygulamaya geçirmelerine, modül çıktılarını karşılamalarına ve modülden aldıkları zevki artırmalarına yardımcı olduğu, öğrenciler için otantik öğrenme deneyimi oluşturmak ve üst biliş becerilerinin gelişimini kolaylaştırmada kullanılabileceği saptanmıştır (Lee & Lee, 2004).

Weeks ve diğ. (2000) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; hemşirelere ilaç dozu hesaplamalarını öğretmek için bilgisayar tabanlı yapılandırmacı bir yaklaşım kullanılmış ve bunun matematiksel öğrenme için çok daha iyi bir çerçeve sunduğu tespit edilmiştir (Weeks, Lyne & Torrance, 2000).

2.2. HASTA GÜVENLİĞİ

2.2.1. Hasta Güvenliği ile İlgili Temel Kavramlar

Güvenlik; "tehlike, risk veya yaralanmadan kurtulma" (https://www.ahdictionary.com/word/search.html?q=safety, Erişim tarihi: 1 Ocak 2020), güvenli olma durumu; "incinme, yaralanma veya kayba uğrama veya sebep olma, zarar verme durumundan kurtulmadır" (https://www.merriam-webster.com/dictionary/safety, Erişim tarihi: 1 Şubat 2020).

Kaza; "bir sistemin devam eden ya da gelecekteki çıktısını kesintiye uğratan, tanımlanmış bir sistemde hasara sebep olan birçok olayın olmasıdır" (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Bir başka ifadeyle kaza; "çoğunlukla olumsuz yönde sonuçlanan, önceden planlanmamış, beklenmeyen ve istenmeyen bir olaydır" (Zipperer & Cushman, 2005).

Olay; "bir arızanın sistemin tüm parçalarını etkilemesine bakılmaksızın, bir bölümün ilgili parçalarıyla sınırlı olan hasardır" (https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae, Erişim tarihi: 10 Mart 2020).

Olumsuz olay; "kişinin hastaneye yatış sebebi olan hastalığın dışında, tıbbi tedavi sonucunda gelişen, kişinin hastanede kalış süresinin uzamasına veya taburculuk esnasında sakatlığa neden olan yaralanmadır" (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Diğer bir ifadeyle "bir sağlık kurumlarında düşme veya yanlış ilaç uygulaması gibi çoğunlukla beklenmeyen ve istenmeyen sebeplerden ötürü hasta veya çalışanın yaşamında kalıcı izli olmasa bile oluşan etkidir" (JCAHO, 2001; James, 2013); "klinik bakım ve tedavi esnasında oluşan ve hastanın zarar görmesine neden olan bir durum veya ihmaldir" (https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae, Erişim tarihi: 10 Mart 2020).

Advers ilaç olayı; "belli bir ilacın, cihaz ya da ürünün kullanıldığı bir durumda, hastada olumsuz bir sonuca neden olmasıdır" (JCAHO, 2001).

Kritik olay; "Hastanede kalış süresinin uzaması, ölüm gibi istenmeyen olumsuz sonuçlara sebep olan, zamanında tespit edilerek düzeltilmemiş bir insan veya cihaz hatasıdır" (Zipperer & Cushman, 2005).

Zarar; "müdahale gerektiren vücut yapı ve fonksiyonlarının geçici ya da kalıcı olarak bozulmasıdır" (https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae, Erişim tarihi: 10 Mart 2020).

Risk; "az veya çok bir kişinin öngörülebilen bir tehlikeden zarar görme olasılığının potansiyel zarar ile çarpılmasıdır" (National Health Service - NHS, 2000).

Hata; "planlanmış bir faaliyetin istenildiği şekilde tamamlanamaması ya da oluşturulmuş planın yanlış olarak kullanılmasıdır" (Liang, 2002; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Tıbbi hata; "mevcut tıbbi bilgilerle önlenebilen advers veya ramak kala olaydır" (https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae, Erişim tarihi: 10 Mart 2020).

Olumsuz sonuçların ve etkilerin varlığına bakılmaksızın, sağlık çalışanı tarafından yanlış bir eylemde bulunulması, mesleki uygulamaların yeterli olmaması ve ihmal nedeniyle hastaya zarar verilmesi ve olayın gerçekleştiği sırada yanlış olduğunun komisyon ve bilgili kişilerce belirlenmesi olayıdır (Metin, 2018).

İhmal; "standartların altında verilen ve gerekli özenin gösterilmediği bakımdır" (https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae, Erişim tarihi: 10 Mart 2020).

Sentinel (beklenmeyen) olay; "ölüm veya ciddi fiziksel veya psikolojik yaralanmayı veya bunun riskini içeren beklenmedik bir olaydır" (JCAHO, 2001). Yanlış ilaç uygulaması, tedavinin doğru planlanamaması, kan transfüzyonunun yanlış hastaya yapılması, bir enfeksiyonun hastaya bulaşması, yanlış taraf ve yanlış hasta cerrahisi vb. hastanın hastanede yatmasına sebep olan ve hastalığının doğal süreci ile bir ilişkisi olmadan yaşam fonksiyonlarında ciddi kayıpların oluşması, fiziksel/psikolojik bir travma yaşanması ya da ölüm olayının gerçekleşmesidir (The Joint Commission International - JCI, 2017b; Akgün, 2014).

Olay raporlama; "rutin olarak hasta bakımı ve tedavisiyle tutarlı olmayan olayları belirlemek ve belgelemek için oluşturulmuş ve sağlık kurumu tarafından kullanılan bir süreçtir" (Zipperer & Cushman, 2005).

2.2.2. Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kalitesini, etkinliğini ve sunumunu önemli ölçüde etkileyen bir kavram olup, sağlık kurumlarının en önemli hedef ve kriterlerinden biridir.

Hasta güvenliği; ortaya çıkan küçük bir hatanın telafisi mümkün olmayacak sonuçlara yol açması nedeniyle hasta ve sağlık çalışanına vereceği düşünülen zararın engellenmesi için yürütülen çalışmalardır (Makary & Daniel, 2016).

Farklı kurum ve kuruluşlar tarafından tanımlanan *Hasta Güvenliği;*

Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü'ne (Institute for Healthcare Improvement – IHI) (2020) göre; "sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetinin önemli bir alt elemanıdır. Sağlık hizmeti alan kişilerin, sunulan hizmetin olumsuz sonuçlarını ve zarar görmesinin engellenmesi için sağlık kurum ve kuruluşları ile görev yapan personel tarafından gerçekleştirilen eylemleridir" (https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae, Erişim tarihi: 10 Mart 2020).

Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (National Patient Safey Foundation – NPSF) (2011) göre; "sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilişkili yaralanmaların ve olumsuz olayların neden olduğu zararların engellenmesi ve iyileştirilmesidir" (akt. Korkmaz, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) (World Health Organization – WHO) (2005) göre; "sağlık bakımı esnasında engellenebilir bir zararın oluşmaması ve zararın meydana gelme riskinin kabul edilebilecek bir düzeye indirgenmesidir." (WHO, 2005).

Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne (International Council of Nurses–ICN) (2006) göre; "sağlık çalışanlarının işe alımı, eğitimi, verimliliğinin sağlanması, enfeksiyonun engellenmesi, ilaç güvenliğinin sağlanması, kullanılan aletlerin güvenliği, risk analizi, işlemlerin güvenli yapılması, uygun ve güvenli bir sağlık bakım ortamının sağlanmasını destekleyecek altyapıya odaklanmış entegre bilimsel bir bilgi bütünüdür" (akt. Korkmaz, 2018).

Amerikan Sağlık Hizmet Araştırmaları ve Kalite Kuruluşu'na (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) (2001) göre; "tıbbi bakım esnasında ortaya çıkabilecek advers etkili olayların ortaya çıkma riskini azaltacak/önleyecek uygulamalardır" (akt. Shojania ve diğ., 2001).

Ulusal Tıp Enstitüsü'ne (Institute of Medicine – IOM) (1999) göre; "sağlık kurumlarında hata oluşma riskini azaltacak, hata meydana geldiğinde belirlenmesini sağlayacak, kurumsal bir düzenin kurulmasıyla istemeden gelişen hataların dışında olma durumu bir başka ifadeyle kaza ile yaralanma olmaması durumudur" (akt. Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Genel olarak *hasta güvenliği;* "sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında meydana gelebilecek hataların, hastaların yaşamını olumsuz şekilde etkileyecek durumların oluşmaması ya da kişilerin hayatını olumsuz yönde etkileyebilecek zararların önlemesi amacıyla gerek sağlık kurum ve kuruluşları gerekse bu kurumlarda görev yapan sağlık çalışanları tarafından alınan önlemlerin tamamıdır" (Aiken ve diğ., 2008; Badir & Herdman, 2008).

2.2.3. Hasta Güvenliğinin Önemi

Hasta güvenliği birçok ülkede etkili olan sağlık hizmetinden kaynaklanan önemli bir sorundur. Hasta güvenliğine ilişkin kuralların ihlal edilmesi, gereken özen ve dikkatin verilmemesi, uygulamalarda yaşanan yetersizlikler sebebiyle hasta/hasta yakınları, sağlık çalışanları ve sağlık kurumları ile ilgili pek çok sorun yaşanmaktadır. (Kıyancicek ve diğ., 2014). Ancak hasta güvenliğine ilişkin bu sorunların bilinmesi tek başına yeterli olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı, uygulamaları, prosedürleri ve tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde yapılandırılması gerekir (Aini, 2014).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında temel amaç; hasta/yakınları için pozitif bir ortamın oluşmasını ve güvenliğin maksimum düzeyde olmasını sağlamak, olası ya da gerçekleşmesi muhtemel risklerin hastaya zarar vermesini engellemek, hata oluştuğunda ise gerekli yerlere bildirimini ve raporlanmasını sağlayarak tekrar meydana gelme olasılığını azaltmak için düzeltici faaliyetlerin ve yol haritalarının oluşturulmasını sağlamaktır (Saufl, 2009).

Hasta güvenliğine ilişkin sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen en önemli gösterge tıbbi hatadır (Benjamin, 2003). 2018 yılında Joint Commission'a bildirimi en fazla yapılan hatalar; hasta düşmeleri, yanlış taraf/bölge cerrahisi, ilaç uygulamalarında yapılan hatalar, ameliyatta vücutta yabancı bir cismin unutulması, ürün ve cihaza bağlı gerçekleşen olaylar, tedavinin uygun sürede yapılmaması ve intihar vakalarıdır (Joint Commission, 2019). Bu bağlamda hasta güvenliğinin sağlanmasında hata oluşmasının önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Hataların önlenmesiyle, teşhisten tedaviye kadar sağlık sisteminin tüm aşamalarında güvenliğin sağlanması daha kolay ve kontrollü olmaktadır. Ayrıca hasta güvenliği kavramının tüm bakım ve tedavi süreçlerine dâhil edilmesiyle hataların oluşması engellenmekte, istenilen düzeyde nitelikli/kaliteli hizmet sunumu gerçekleşmektedir (Kızılelma, 2014).

Ülkeler açısından kritik öneme sahip politikaları içeren hasta güvenliği uygulamaları; gerek bireysel, kurumsal, toplumsal gerekse sağlık sistemleri ve ülkeler açısından ciddi finansal maliyetlerle karşı karşıya gelinmesine (https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety, Erişim tarihi: 2 Mart 2019; Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2017), bakım kalitesinde yaşanan sıkıntıların finansal açıdan israfına neden olmaktadır (CIHI, 2016). İyi geliştirilmiş politika, prosedür ve talimatlarla ve standardize edilmiş sistematik uygulamalar ve önleme faaliyetleri ile hatalar gelişmeden önce müdahale edilmesi, zararların ortaya çıkma oranının azalmasını ve buna bağlı olarak kaynakların etkin ve verimli kullanılmasıyla maliyetin büyük oranda azalmasını sağlamaktadır (Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2017).

DSÖ tarafından hasta güvenliğine gereken özenin gösterilmemesi ve meydana gelen olumsuz olayların, dünyada meydana gelen ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında geldiğini, yüksek gelire sahip bölgelerde her 10 hastadan birinin hastanede kaldığı sürede kendisinde hasara sebebiyet verecek bir durumla karşılaştığı, zararın %50'sinin önlenebilir olduğu, düşük ve orta gelire sahip ülkelerde ise her yıl ortalama 134 milyon advers olayın meydana geldiği ve 2,6 milyon ölüm olduğu ifade edilmektedir. Küresel olarak her 10 hastadan 4'ünün birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinden zarar gördüğü, bu zararların %80'inin önlenebilir olduğu, zararların büyük çoğunluğunun teşhis, reçete ve ilaç kullanımından kaynaklandığı

(https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety, Erişim tarihi: 2 Mart 2019; OECD, 2020); gelişmekte olan ülkelerde ise altyapı sorunları, insan ve teknoloji kaynaklarının yetersiz olması sebebiyle hastaların zarar gördüğü belirtilmektedir (Langlois, 2015).

2.2.4. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişim Süreci

2.2.4.1. Dünya'da Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişim Süreci

Hasta güvenliği kavramı ilk defa 20. yüzyıl başlarında Ernest Codman tarafından kullanılmıştır. Codman, 1911-1916 yılları arasında hastaneden taburcu olan 337 hastada 123 hatanın (%36,5) varlığına dikkat çekerek, bu hataların etkilerini ve sonuçlarını incelemiştir. Yaptığı değerlendirmeler sonucunda hataları; bilgi ve beceri eksikliğinden, teşhisten, cerrahiden, bakım ve ekipman yetersizliğinden kaynaklanan hatalar olarak gruplandırmıştır (Korkmaz, 2018; Neuhauser, 2002).

"Bir hastanenin hastasına karşı en önemli sorumluluğu ona zarar vermemektir" diyen Florence Nightingale, 1854 tarihinde Kırım Savaşında sağlıkta kalitenin artırılmasına yönelik yaptığı çalışmalarda hasta güvenliğinin önemini vurgulamıştır (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019).

Akreditasyon kuruluşlarının ilki olan Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon İşbirliği Komitesinin (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO) girişimleri ile sağlık kurumlarında hasta güvenliği kavramı daha dikkat çekici hale gelmiştir (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). JCAHO, hasta güvenliğini riske sokabilecek durumların önlenmesi için gizlilik esasına dayalı bir sistemi 1996 yılında kurarak olayların bildiriminin yapılmasına öncülük eden çalışmaları başlatmıştır. Aynı yıl içerisinde Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safey Foundation-NPSF) kurulmuştur (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği konusuna dikkati çeken ve en fazla etkiye sahip olan, hasta güvenliğinde yeni bir düzenin kurulmasını sağlayan olay IOM tarafından 1999 tarihinde yayınlanan rapordur. IOM tarafından yayınlanan "To Err is Human" raporu ile ABD'de faaliyet gösteren hastanelerde yapılan tıbbi hatalar nedeniyle her yıl yaklaşık olarak 44.000-98.000 kişinin yaşamını kaybettiği, bu rakamın meme kanseri, AIDS gibi nedenlerden dolayı ölenlerin sayısından daha fazla

olduğu saptanmıştır. Rapor bu yönleri ile hasta bakımında kalitenin sağlanması yönünde iyileştirici çalışmaların yapılmasını teşvik etmesi nedeniyle önem taşımaktadır (Park, 2018; McElroy ve diğ., 2016).

2007 yılında Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International-JCI), hasta güvenliğine dikkat edilmemesi nedeniyle oluşan ölüm oranlarındaki yükseklik nedeniyle altı maddeden oluşan Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini yayımlamıştır. Ayrıca hasta güvenliğinde iletişimden kaynaklı hataların olması nedeniyle hastaları da sürece dâhil eden "Speak Up" adında bir kampanya gerçekleştirmiştir (The Joint Commission International - JCI, 2021; Korkmaz, 2018; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019).

DSÖ, önemli bir sağlık sorunu olarak meydana gelen tıbbi hatalara dikkat çekmek ve hasta güvenliğine yönelik iyileştirici, düzeltici çalışmaların sistematik olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla 2004 yılında üye ülkelerle birlikte "Hasta Güvenliği Dünya İttifakı"nı kurmuştur (WHO, 2005).

DSÖ sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanı, hasta/yakınları ile politika üreticileri için "Hasta Güvenliği İçin Hastalar Çalışması (Patient For Patient Safety - PFPS)"nı oluşturmuştur. Bu şekilde hasta deneyimlerinden öğrenmeyi aracı edinerek, hemen her düzeydeki hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara katılmaya yönlendirmektedir. 52 ülkenin katılımıyla, hasta güvenliğinin yetersizliğinden dolayı olumsuz etkilenen hasta ve yakınlarını kapsayan "Hasta Güvenliği İçin Hasta Ağı" oluşturulmuştur (Sarp, 2018).

DSÖ (2019), hasta güvenliğinin sağlanmasının önemine dikkat çekmek için 17 Eylül tarihini "İlk Dünya Hasta Güvenliği Günü" olarak ilan etmiştir. ICN'de hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin etkisinin önemini vurgulamak ve teşvikini sağlamak amacıyla Dünya Hasta Güvenliği Günü'nü desteklemektedir (https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety, Erişim tarihi: 2 Mart 2019)

2.2.4.2. Türkiye'de Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişim Süreci

Hasta güvenliği, ülkemizde gün geçtikçe önemi artan bir kavramdır. Ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar ilk olarak 2005 yılında T.C. Sağlık

Bakanlığınca yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında başlamıştır (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Sarp, 2018).

Nisan 2006 tarihinde Hasta Güvenliği Derneği kurulmuştur. Derneğin temel amacı; hasta güvenliği eğitiminin sağlanması olup, bu kapsamda hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek için uluslararası kongreler düzenlemiştir (Korkmaz, 2018). 2007 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulmuş olan ve günümüzde "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" adı altında faaliyet gösteren bu kurum, hasta ve çalışan güvenliği konularına ilişkin standartları ve bu standartların uygulanabilirliğini değerlendirmektedir (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). 2007, 2008 ve 2009 yıllarında farklı temalarla Uluslararası Hasta Güvenliği Kongreleri düzenlenmiştir (Korkmaz, 2018; Badir, 2009).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nca 29 Nisan 2009 tarih ve 27214 sayılı "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği" yayınlanmıştır. Bu tebliğde hasta güvenliğine ilişkin konular; "Hasta kimliğinin doğrulanması, doğru iletişim, ilaç güvenliği, kan transfüzyonunun güvenle uygulanması, enfeksiyon gelişme olasılığının engellenmesi, hasta düşmelerinin engellenmesi, güvenli cerrahi girişimlerinin gerçekleştirilmesi, güvenli temel yaşam desteğinin sağlanması, bebek ve çocuk güvenliği" şeklinde belirtilerek, her bir madde için yapılacaklar/uyulması gereken kurallar listesi oluşturulmuştur (Resmi Gazete, 29.04.2009).

T.C. Sağlık Bakanlığı bu tebliğ ile ele aldığı konularda, Resmi Gazete'de yayınlanan 6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" ile düzenleme yapmış, hasta güvenliğine yönelik alınacak önlemler ve yapılacak düzenlemeler için sağlık kurumları tarafından Hizmet Kalite Standartlarının dikkate alınması gerektiğini belirtmiştir (Korkmaz, 2018; Resmi Gazete, 06.04.2011).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve 14 Mart 2020 tarihinde güncellenen Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane (6 Sürüm) ile; tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine azami özen göstermesinin sağlanması amaçlanmaktadır (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.2.5. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Günümüzde uluslararası pek çok kurum tarafından hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmektedir. JCI, hasta güvenliği ile ilgili önemli çalışmalar yürüten en önemli kuruluşlardan biridir. 2007 yılında "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri"ni yayınlamış olan bu kuruluş, belirli aralıklarla bu hedeflerde güncellemeler yapmaktadır (Korkmaz, 2018; The Joint Commission International, 2017c).

DSÖ tarafından belirlenen, JCI tarafından yayınlanan ve 2014 yılında güncellemesi yapılan "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri" şu şekilde sıralanmaktadır (Korkmaz, 2018; The Joint Commission International, 2017c).

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Etkili iletişimin gerçekleştirilmesi
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması
- Doğru hasta, doğru taraf cerrahisi, doğru prosedürün oluşturulması
- Sağlık bakımı ile ilişkili uygulamalardan kaynaklanan enfeksiyon riskinin azaltılması
- Düşme sonucu hastanın zarar görme riskinin azaltılması

2.2.5.1. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi

Hasta güvenliğinin sağlanmasında ilk ve en önemli adım, hastaların doğru kimliklendirilmesi'dir.

Hastaların doğru kimliklendirilmesi; "hastaya doğru bir uygulamanın yapılabilmesi amacıyla, doğru kişi olduğunun güvenli bir şekilde tespit edilmesi için yapılan işlemlerin tamamıdır." (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2020) ve sağlık kurumlarına başvuran bir hastaya tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan tüm işlemlerde hataların oluşma riskinin ve olası zarar verme durumunun engellenebilmesi için hastanın kimlik doğrulamasının yapılması son derece dikkat edilmesi ve önemsenmesi gereken zorunlu bir uygulamadır.

Kimlik doğrulamasında temel amaç; sağlık kurumları/çalışanlar tarafından sunulan tanı, tedavi ve bakımın hangi hastaya yönelik olduğunun güvenli bir şekilde tespitinin sağlanması için tanı, tedavi veya bakımın ilgili hasta ile doğru eşleştirmelerinin yapılmasıdır. Bu kapsamda herhangi bir invaziv girişim/cerrahi bir uygulama öncesinde, ilaç uygulamalarından önce, kan transfüzyonlarından önce, laboratuvar örneklerinin alımından önce veya tedavi protokolünün doğru bir şekilde yürütülebilmesi için aktif iletişim teknikleri kullanılarak mutlaka hastanın kimliği tanımlanmalı/doğrulatılmalıdır (Saufl, 2009; Gürlek, Kanber & Khorshid, 2015).

Hastanın kimlik doğrulaması için, kimlik tanımlayıcıları (bileklik) kullanılmaktadır. Sağlık kurumuna yatışı yapılan her hastaya mutlaka kimlik tanımlayıcının takılması zorunludur. Hastanın kimlik doğrulamasında oda ve yatak numarası asla kullanılmamalıdır. Hastanın cinsiyeti, herhangi bir alerji durumunun varlığı, hastaneye yatış şekli, psikiyatri hastası olup olmama durumları dikkate alınmalıdır.

Sağlık çalışanları tarafından kimlik tanımlayıcılarının nasıl kullanılacağı ve kimlik doğrulamasının gerekli olduğu işlemler/durumlar şu şekilde sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu, 2021):

- Hastaneye yatan her hastaya beyaz bileklik, alerjisi olanlara ise kırmızı bileklik takılmalıdır.
- Bileklik üzerinde barkod olmalıdır. Barkod; protokol numarası, hastanın adı-soyadı, doğum tarihine ilişkin bilgileri içermelidir.
- Bileklik üzerindeki bilgiler okunabilir olmalıdır.
- Doğum esnasında erkek bebekler için mavi, kız bebekler için ise pembe bileklik kullanılmalıdır.
    - Anne ve bebeğe ait bilekliklerin seri numaraları aynı olmalıdır.
    - Bebeğin cinsiyetine göre annedeki bileklik de değiştirilmelidir.
    - Bebeğe takılan bileklikte annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi ile protokol numarası yer almalıdır.

- Hastanın hastanede yattığı süre boyunca bilekliği takılı olmalıdır.
- Kimlik doğrulama işlemleri tüm tanı, tedavi ve bakım sürecindeki uygulamaların yapılmasından önce kontrol edilmelidir.
  - Laboratuvar ve radyoloji/ görüntüleme tetkiklerinden önce
  - İlaç uygulamalarından önce
  - Kan /kan ürünlerinin transfüzyonundan önce
  - Ameliyattan önce
  - Hasta transferinin yapılmasından önce

2.2.5.2. Etkili İletişimin Artırılması

Sağlık kurumlarında yaşanan ve hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataların/olayların en fazla rastlanma sebeplerinden bir diğeri, iletişim eksikliği ya da etkili bir iletişimin kurulamamasıdır (Saufl, 2009). Oysa sağlık çalışanlarının hasta ile etkili ve doğru bir iletişim kurması, bakımın ve tedavinin temelini oluşturmaktadır (Arslanoğlu, 2019).

Etkili iletişim; sağlık kurumlarında hastanın tedavi ve bakımında rol alan tüm sağlık çalışanlarının birbirleriyle, hasta/yakınları ile doğru ve etkili iletişim kurması, hasta güvenliğinin sağlanması için çok önemlidir.

Hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataların/olayların en aza indirgenerek/engellenerek hasta güvenliğinin sağlanması için etkili iletişimde dikkate alınacak noktalar şu şekilde sıralanabilir:

- Hasta ile kurulan iletişimin ilk basamağı, hastanın kliniğe ilk yatışının yapıldığı andır. Bu anda hasta ve ailesine klinik/servis/oda, tedavi ve bakımında görev alacak sağlık çalışanı tanıtılmalıdır.
- Yatarak tedavi gören hastaların, sağlık çalışanları arasındaki vardiya değişimlerinde doğru bir şekilde teslimi yapılmalıdır. Hataların engellenmesi için öncelikle hasta yatak başı teslimi gerçekleştirilmelidir.
- Hastanın bir kinikten/servisten başka bir kiniğe/servise transfer edilmesi esnasında, hastanın tedavi ve bakım protokollerinde değişiklik yapıldığında

sağlık çalışanları arasında mutlaka doğru iletişim kurulmalı ve bilgiler eksiksiz ve tam olarak aktarılmalıdır (Saufl, 2009).

- Hastanın kendi tedavi ve bakımına aktif katılımı sağlanmalı, soru sormaya teşvik edilmeli, sağlık çalışanı ile iletişim kurması sağlanmalıdır (https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/ Erişim tarihi: 15 Ocak 2021).
- Hastanın durumunda gelişen ani değişiklikler neticesinde acil olarak hekim tarafından verilen orderların doğru bir şekilde uygulanabilmesi ve hata oluşma riskinin minimal düzeyde tutulabilmesi için mutlaka geri bildirim verilmeli ya da geri okuma yapılmalı, söylenenler tekrar edilmelidir (Saufl, 2009).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane (Sürüm 6)'da, sağlık çalışanlarının birbiriyle, hasta/hasta yakınları ile etkili iletişim kurarak hasta güvenliğini sağlaması, hata oluşma risklerinin oluşmaması/ortadan kaldırılması için asgari olarak belirtilmiş kurallar şu şekilde sıralamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu, 2021):

- Sağlık çalışanları, hasta ve refakatçisine kendisini tanıtmalıdır.
- İletişimin doğru kurulabilmesi için uygun ortam sağlanmalıdır.
- Ses tonu, beden dili, jest ve mimiklere dikkat edilmelidir.
- Mesleki ve yabancı terimler kullanılmamalıdır.
- Açık, anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.
- Hastanın kendisini ifade etmesine fırsat verilmelidir.
- Aktif dinleme olmalıdır.
- Yanlış iletişim davranışlarından uzak durulmalıdır (bağırma, ilgisiz olma, dinlememe, cevap vermeme vb.).
- Doğru iletişim kurulmalıdır (gülümseme, şefkatle yaklaşma, nazik davranma, endişelerini gidermek vb.).

- Sağlık çalışanları arasında özellikle nöbet değişimlerinde, hasta transferlerinde hastaya ait tüm bilgilerin doğru bir şekilde aktarımı yapılmalı, tüm bilgi ve uygulamalar kayıt edilmelidir.
- Sözel istem yapılırken asgari kurallara uyulmalıdır.
  - Hangi durumlarda sözel istem yapılacağı, hangi ilaçların uygulanabileceği, en fazla kaç saat içinde yazılı hale getirilmesi gerektiği ve hangi hususlara dikkat edileceği bilinmelidir.

2.2.5.3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi

İlaç güvenliği*;* "tıbbi bir preparatın üretilmesi aşaması ile, uygulanması ve gözlemlenmesi aşamalarını kapsayan, ilacın hastaya ve sağlık çalışanına zarar vermesini engellemek için gerçekleştirilen çalışmalar ile ilacın kullanılmasından kaynaklanan olaylarla ilgili yapılan düzeltici eylemlerin tümüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hemşirelerin rol ve sorumluluklarının fazla ve çeşitli olması, hasta ile 7/24 etkileşim halinde bulunması, bakım ve tedavinin gerçekleşmesinde etkin rol üstlenmeleri nedeniyle ilaçlara bağlı hata yapma riski çok daha yüksek olmaktadır (Altuntaş, 2016).

İlaçlara bağlı hata yapma risklerinin en aza indirgenerek/engellenerek hasta güvenliğinin sağlanması için dikkate alınacak noktalar şu şekilde sıralanabilir:

- Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılan ilaçlar, etkin ve doğru bir şekilde kullanılmalı, ilaçların uygulanma ilkelerine dikkat edilmelidir (Eraydın, Tezcan, & Koç, 2019).
- İlaç yönetimi konusunda bir sorun olduğunda hata kaynakları belirlenmeli, kök neden analizi yapılarak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler (DÖF) uygulanmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).
- Sağlık kurumları tarafından ilaçların temininden, saklanması, istemlerin yapılması, transferi, hazırlanması, uygulanması ve uygulama sonrasında izlenmesi, ilaç etkileşimlerinin kontrolü, son kullanma tarihi geçen ilaçların/ilaç atıkları uygun şekilde imhası sağlanmalıdır.

- İlaçların advers etki bildirimleri yapılmalı, yüksek riskli ilaçlar doğru yönetilmelidir.
- Hastaların yanlarında getirdikleri ilaçlara yönelik gerekli kurallar, standart ve rehberler oluşturularak takibi ve denetimi yapılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).
- Sağlık kurumlarının, standartlaştırılmış kısaltmalar listeleri bulunmalıdır. Bu listelerde ilaç adları, doz miktarları, benzer ilaçlar sembol ve kısaltmalarla ifade edilmelidir.

Yazılışları veya okunuşları birbirine benzeyen ilaç isimleri hata oluşma riskini artırmaktadır. Bu nedenle benzer ilaçların birbirine karıştırılmaması için; tüm ilaç kutu/kapları eczane tarafından etiketlenmeli ve orijinal kutularında muhafaza edilmelidir (Saufl, 2009).

2.2.5.4. Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Hasta güvenliğiyle ilişkili yaşanan hataların/olumsuz olayların büyük çoğunluğunun meydana geldiği yerlerden biri de cerrahi alanlarıdır (Organer, Bozkurt & Kılıç, 2014). Bahar (2018) tarafından yapılan araştırmada sağlık kurumlarında yaşanan tıbbi hataların %50 gibi bir oranla cerrahi ünitelerinde meydana geldiği, bu oranın %50'sinin de cerrahinin güvenli yapılması ile engellenebildiği, ameliyat işlemi öncesi dâhil olmak üzere tüm cerrahi tedavi ve bakımı süresince iyi oluşturulmuş ekiplerle cerrahinin güvenle gerçekleştirilebileceği belirlenmiştir. Ayrıca cerrahide sıklıkla; güvenli cerrahi kontrol listesine dikkat edilmemesi, kimlik doğrulamadan kaynaklanan hatalardan dolayı doğru hastaya cerrahi işlemin yapılmaması, doğru taraf işaretlemesinin yapılmaması, doğru taraf cerrahisinin yapılmaması, ameliyatta vücut içinde yabancı bir maddenin bırakılması, cerrahi operasyon sırasında gerçekleşen yanık vakaları, alet yaralanmaları vb. sorunlar yaşandığı ifade edilmiştir (Bahar, 2018).

DSÖ tarafından 2007-2008 yılları arasında güvenli cerrahinin yapılması ile ilgili olarak; cerrahi işlemlere bağlı sakatlıkların, hatta ölüm oranlarının azaltılabilmesi için "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" kampanyası yapılmıştır. 2008 yılında da 19 maddeden oluşan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (Safe Surgery Checklist- GCKL)"

oluşturularak uygulanmaya konulmuştur (Gökay ve diğ., 2016; Organer, Bozkurt & Kılıç, 2014).

Ülkemizde 2009 yılından beri "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi [TR]" ismiyle kullanılmaktadır. Kontrol listesi; ameliyatların daha güvenli bir şekilde yapılmasını sağlamak, hata oluşma riskini en aza indirmek, cerrahi girişimlere bağlı komplikasyonların gelişmesini engellemek ve ölüm oranlarını azaltmak amacıyla oluşturulmuştur. Hastanın servisten ayrılmasından önce, anestezi uygulamasından önce, ameliyat işlemi için atılan kesiden önce ve ameliyattan çıkmadan önce sorumlu sağlık çalışanları tarafından eksiksiz doldurulması önem taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.2.5.5. Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

Enfeksiyonlar, hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyen en önemli durumlardan biri olup geçici/kalıcı işlev kaybının oluşmasına, sağlık kurumlarının maliyetlerin yükselmesine, hastanın hastanede yatma süresinin uzamasına, iş kaybına, maddi ve manevi açıdan hastanın zor durumda kalmasına, morbidite ve mortalite oranının yükselmesine neden olmaktadır (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Saufl, 2009). Bu durum hastada enfeksiyonunun neden ve nasıl geliştiğini, hastanın durumunda meydana gelen değişikliklerin irdelenmesini ve çözüm yollarının bulunmasını gerektirmektedir.

Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonların en aza indirgenerek/engellenerek hasta güvenliğinin sağlanması için dikkate alınacak noktalar şu şekilde sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020):

- Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların azaltılması/engellenmesi için erken dönemde tespiti yapılmalı ve kontrolü sağlanmalıdır.
- Her sağlık kurumunda mutlaka "Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi" olmalıdır.
- Sağlık kurumunda enfeksiyonun azaltılması/engellenmesi ve kontrolünün sağlanması yönünde tüm birimleri de kapsayan bir program oluşturulmalıdır. Tüm sağlık çalışanlarının belirlenen kurallara uyması için

gerekli eğitimler verilmeli, sık sık denetim, takip ve izlemler yapılarak raporlandırılmalıdır.

- Enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili olarak; izolasyon, temizlik, sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin doğru ve etkin bir şekilde yapılması için oluşturulmuş kurallara sağlık çalışanlarının uyması sağlanmalıdır.
- Enfeksiyon riskinin azaltılması/engellenmesi için uygulamalar izlenmeli, izlem sonuçları raporlandırılarak analizleri yapılmalı ve gerekli iyileştirici faaliyetler yapılmalıdır.

Ayrıca enfeksiyonların ve bulaşmanın önlenebilmesinin temelinde el hijyeninin sağlanması en önemli ve en kritik temel kuraldır. Bu bağlamda tüm sağlık çalışanları el hijyeninin önemi, el hijyeni uygulanması gereken durumlar, uygulama aşamaları, politikalar konularında bilgilendirilmeli, belli aralıklarla eğitimler tekrarlanmalı, el hijyenine uyumları değerlendirilmelidir (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Saufl, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.2.5.6. Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Düşme; "yerçekiminin etkisiyle bulunulan yerden ayrılarak veya dengenin yitirilerek yukarıdan aşağıya inmektir" (https://sozluk.gov.tr/, Erişim tarihi: 10 Nisan 2021), "kasıtlı olarak yapılmış bir hareket, içsel veya dışsal şartlara bağlı kalmaksızın bireyin bir yerden ya da olduğu düzeyden bir alt düzeye inmesi sonucu hareketsiz olma durumudur" (Gökçek ve diğ., 2019).

Yaralanmaların ve sakatlanmaların önemli bir nedenini oluşturan düşmelerin, oluşma neden ve sıklığı yaş ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle bebek/çocuk ve yaşlı bireylerde mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (Gökçek ve diğ., 2019). Bu bağlamda sağlık kurumlarında hastanın güvenliğinin sağlanması için; özellikle bebek/çocuk, 65 yaş üstü ve hareket kısıtlılığı olan hastaların korunması önem taşımaktadır (Saufl, 2009).

Sağlık kurumlarında yaşanan düşmelerde hastalarda ağırlıklı olarak ciddi yaralanma, sakatlık, vücut fonksiyonlarında bozulma vb. sorunlar yaşanmakta,

hastaların hastanede kalış ve tedavi sürelerinin artması, işgücü kaybı, yaşam standardının bozulması gibi pek çok olumsuz durum oluşabilmektedir (Karaaslan, Tuna & Soylu, 2019; Özşaker, Yapsu & Yılmaz, 2019).

Hastaların düşmelerden dolayı zarar görme riskinin azaltılarak hasta güvenliğinin sağlanması için; (T.C. Sağlık Bakanlığı , 2020):

- Hastanın servise yatışından itibaren düşme riskinin olup olmadığı belirlenmeli, eğer risk varsa risk değerlendirmesi (düşme riski skorlama ölçekleri vb.) doğru şekilde yapılmalıdır.
- Hastanın durumunda bir değişiklik oluşması durumunda, ameliyat sonrası dönemde, servis/bölümler arasındaki transferinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde risk değerlendirmesi tekrarlanmalıdır.
- Hasta/ailesi düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.
- Hastaların düşmelerden dolayı zarar görme riskinin azaltılması/engellenmesi için izlenmesi gereken kural ve standartlar belirlenmeli, önleyici faaliyetler (düşme riski yüksek olan hastalarda tanımlayıcı figürlerin kullanılması vb.) alınmalıdır.
- Hastaların yattığı servisten başka kliniğe/servise naklinin güvenle yapılması için prosedür ve talimatlar oluşturulmalıdır.
- Belirli aralıklarla tüm sağlık çalışanlarına güncelleme eğitimleri yapılmalıdır.

2.2.6. Hasta Güvenliğini Raporlandırma (Raporlama Sistemi)

Sağlık kurumlarında tıbbi hataların/olayların meydana gelmesi, insanın yaşamında kaçınılmazdır. Çünkü, insanların bir sınırlaması vardır ve yanılabilirler. İnsan hataları bazen tek başına bir sorun oluşturmasa da sistem, cihaz ya da çalışma koşulları ile kurulan etkileşime bağlı olarak zarar meydana gelebilmektedir (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; HIROC, 2017; Karaca & Arslan, 2014). Özellikle insana bağlı olarak ortaya çıkan tıbbi hataların/olayların meydana gelmesini en aza indirmek/engellemek için alınan önlemlerde etkili bir güvenlik ve raporlama sisteminin oluşturulması önem taşımaktadır (Yazıcı & Karabulut, 2018).

Raporlama sistemi; “sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında sağlık çalışanlarının karşılaştığı hataları belirleyerek raporlamasını yaptığı ve iyileştirici düzeltici faaliyetlerin ortaya çıkmasını sağlayan sistemlerdir” (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), 2017). Bu sistemler; sağlık kurumları ile sağlık çalışanları tarafından tanı, tedavi ve bakım sürecinde gerçekleşen hataların belirlenerek tanımlanması, hataların yol açacağı zararın azaltılması ve analiz edilerek gerekli önlemlerin zamanında alınması açısından önemlidir. Ayrıca hataların bildirimi için kullanıma sunulmuş iyi ve etkili bir yöntemdir (Lind, Andresen & Williams, 2018). Hataların bildirimi ile ayrıca hata ve olaylar önlenebilmekte, kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleşebilmektedir. Yaşanması muhtemel hataların azaltılması, ekonomik açıdan önemli olduğu kadar etik açıdan da bir zorunluluk arz etmektedir (Altındiş, 2010; WHO, 2005).

Literatür incelendiğinde hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataların/olayların en aza indirilmesinin/engellenmesinin sağlık çalışanlarının istenmeyen ve ramak kala olayları “Gönüllü” ve “Zorunlu” bildirimi ile doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Aydın ve diğ., 2018; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Gönüllü Bildirim: Hastaya zarar verme düzeyinin düşük ya da hiç olmaması durumunda tıbbi hata/olay bildirimin gönüllü olarak yapılmasıdır. Gönüllü bildirimler, hasta güvenliği ile ilgili iyileştirici faaliyetlerin temelini oluşturmaktadır.

Gönüllü yapılan bildirimler;

Raporlandırma sisteminin varsa eksik yönlerinin belirlenmesi, olay/hataların hastaya ulaşmadan önce tespitinin yapılarak engellenmesi için büyük bir fırsat vermektedir (Richardson ve diğ., 2000).

- Tıbbi hata/olayların erken dönemde tespitinin yapılabilmesi için sıklıkla kullanılan bir yöntem olup, sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanın olumlu davranış geliştirmesini sağlayarak ve yapılan bildirimler sayesinde sağlanan faydaları göstererek hatalardan sonuçlar çıkarılmasını sağlamaktadır (Mitchell ve diğ., 2015).
- Sağlık kurumunda kalitenin iyileştirilmesine büyük ölçüde katkı sağlamaktadır.

- Zorunlu bildirime kıyasla çok daha objektif veriler elde edilmesini sağlamaktadır (Howie, 2009).

Zorunlu Bildirim: Hastaların zarar görme düzeyinin yüksek olduğu, sakatlanma veya ölüm ile sonuçlanan tıbbi hata/olay bildirimin zorunlu olarak yapılmasıdır.

Zorunlu bildirimler hatanın meydana geldiği sağlık kurumu veya hatayı yapan sağlık çalışanının belirlenmesi ve cezalandırılması amacıyla oluşturulmuştur. Bu nedenle çok etkin bir bildirim şekli değildir. Ancak zorunlu bildirimlerin gönüllü bildirimlere göre daha etkin olması; cezalandırıcı olmaması, sağlık çalışanlarının kendilerini güvenli bir ortamda bulunduğuna dair bir duygu oluşturması ve sağlık kurumlarında kabul gören bir uygulama olması ile mümkündür (Cohen, 2000).

Sağlık kurumları tarafından kullanılan raporlandırma sistemlerinin akredite kuruluşlarca onaylanan, sistem bazlı hataları objektif belirleyen, etkin ve multidisipliner bir yapısının olması gerekir (Cohen, 2000). Bu gereklilik ülkelerin altyapısına ve teknolojiyi kullanma düzeylerine göre raporlandırma sistemleri geliştirmelerini (elektronik form, elektronik posta, telefon, kağıt formlar vb.) ve tüm çalışanlar tarafından etkin bir şekilde kullanılmasını zorunlu kılmaktadır (WHO, 2005). Bu sistemler ile aynı zamanda yaşanan ve bildirimi yapılan hatalara/olaylara ilişkin elde edilen veriler analiz edilerek (Altındiş, 2010; Dinagl ve diğ., 2016; Hutchinson ve diğ., 2009; Gong ve diğ., 2015; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; WHO, 2005);

- hataların erken dönemde tespit edilerek tanımlanması,
- hangi süreç veya uygulamalar esnasında gerçekleştiğinin belirlenmesi,
- hata oluşumuna neden olan olaylar ile altında yatan faktörlerin belirlenmesi,
- gelecekte aynı olayların oluşması ya da yaşanması riskine karşı önlemler alınması ve alternatif çözüm önerilerinin oluşturulması,
- tüm çalışanlar tarafından konunun öneminin farkına varılması,
- etkin ve doğru bir şekilde hata bildirimlerinin yapılması sağlanmaktadır.

Tıbbi hata/olay raporlandırma sistemlerinin sahip olması gereken özellikler;

- Raporlandırma sistemi, standartlaştırılmalıdır. Hangi durumlarda bildirimin yapılacağı belirlenmeli, sistemin nasıl kullanılacağı gibi konularda tüm kullanıcılara belli aralıklarla eğitim tekrarlanmalıdır (Holden & Karsh, 2007; Lee, ve diğ., 2018).
- Raporlandırma sistemi; öğrenmeye ve gelişmeye teşvik edici, açık, şeffaf ve tüm sağlık çalışanları tarafından kolaylıkla erişilebilecek şekilde oluşturulmalıdır (IOM, 2004).
- Raporlandırma sistemi, tıbbi hata/olayların tespiti vb. hasta güvenliği ile ilgili tüm verileri içermelidir (Holden & Karsh, 2007).
- Tıbbi hata veya advers bir olay gerçekleştiğinde esasen hatanın kim tarafından yapıldığından ziyade raporlandırma sisteminin aksayan ve eksik yönleri belirlenmelidir (Reason, 2000).
- Bildirimler anonim yapıda olmalı, kişiler ve olaylar deşifre edilmemelidir.
- Raporlandırma sistemi, ihtiyaç ve beklentilere yanıt verebilecek nitelikte oluşturulmalıdır (Vallejo-Gutiérrez ve diğ., 2013).
- Raporlandırma sistemi, hesap verebilirlik açısından yasal mevzuatlar çerçevesinde oluşturulmalıdır.
- Raporlandırma sistemi, yeniden tasarlanmaya ve gelişmeye olanak sağlayacak şekilde düzenlenmelidir (WHO, 2005).
- Belirlenen hedefler açık, net, herkes tarafından kolayca anlaşılır şekilde belirlenmiş olmalıdır.
- Teknik açıdan veri güvenliği ve gizliliği korunmalıdır.
- Raporlandırma sistemine bildirimi yapılan tıbbi hata/olaylardan elde edilen bilgilerin nasıl ve ne şekilde değerlendirileceği, yorumlanacağı ve yapılacak analiz önceden belirlenmelidir (Eroğlu ve diğ., 2009).
- Bildirimler zamanında yapılmalıdır.

- Hasta güvenliği ile ilgili yapılan bildirimlerin devamlılığı için bildirim yapan ve hata yapan çalışan cezalandırılmamalı, suçlayıcı veya cezalandırıcı bir tutum sergilenmemeli ve buna uygun şekilde davranılmalıdır (Eroğlu ve diğ., 2009; Altındiş, 2010; JCI, 2017a). Yapılan hatalarda cezalandırıcı, suçlayıcı bir yaklaşımın olmaması, hataların raporlandırılmasının en önemli ilkesidir. Bu yaklaşım "sağlık çalışanlarının bildirimini yaptığı hata veya olayların kendilerine yönelik yapılmış olmadığını, hataların sağlık çalışanının özlük dosyasında saklanmadığı" şeklinde ifade edilmektedir (Famolaro ve diğ., 2018). Bu konuda sağlık çalışanının ve sağlık kurumu yönetiminin tavrı, bakış açısı, desteği çok önemli olup, suçlayıcı veya cezalandırıcı bir tutum sergilenmemelidir (The Joint Commission (JCI), 2017a).
- Bildirimi yapan sağlık çalışanına mutlaka geribildirim verilmeli, iyileştirici yönde çalışma/düzenleme yapıldığına ilişkin gerekli bilgilendirme yapılmalı, böylece tüm sağlık çalışanlarının tıbbi hata/olay bildirimi yapması teşvik edilmelidir (Eroğlu ve diğ., 2009; Holden & Karsh, 2007; Lee, ve diğ., 2018; Sayek, 2011). Bu şekilde gerçekleştirilen ve uygulamaya konulan raporlama sistemi ile kurumsal ve bireysel açıdan iyi bir performans sergilenebilmekte ve hasta güvenliği üst seviyeye taşınabilmektedir (Altındiş, 2010).
- Bildirimler gruplandırılarak, önem derecesi ve tekrarlanma düzeyine göre değerlendirmesi ayrı ayrı yapılmalıdır.

Ayrıca hasta güvenliği raporlandırma sistemine gönüllü ya da zorunlu bildirimi yapılan tıbbi hataların/olayların, sağlık kurumu tarafından önceden oluşturulmuş, içinde farklı disiplinlerin yer aldığı bir komite tarafından incelenmesi gerekmektedir. İncelemeler bu komite tarafından *"açıklama, rapor etme, çözümleme, tahfif etme, mükâfatlandırma, bölüşüm yapma ve izleme"* adımları doğrultusunda gerçekleştirilmelidir (Eroğlu ve diğ., 2009; Altındiş, 2010).

2.2.7. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Nitelikli ve güvenli hasta bakımı; sağlık kurumları ile tüm sağlık çalışanları için çok önemli olup, hasta güvenliğinin sağlanmasında tüm sağlık çalışanlarının üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesi önem taşımaktadır (Sammer ve diğ., 2010; Kim, Yoo, & Seo, 2018). Ancak sağlık hizmeti sunumunun her bir evresini etkileyen, hastaların tedavi ve bakım sürecinde uzun süreli ve aktif rol üstlenen, onlara birebir hizmet sunan hemşireler hastanın zarar görmesinin engellenmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak hasta güvenliğinin sağlanması, hasta güvenlik sistem ve süreçlerinin doğru bir şekilde yönetilmesi açısından anahtar roldedir (Famolaro ve diğ., 2018; Sammer ve diğ., 2010; Kim, Yoo & Seo, 2018). Ancak disiplinler arası iletişimin yeterli ve etkin olmaması, sağlık çalışanı veya sağlık kurumunun yönetiminden kaynaklanan sorunlar, prosedür ve politikaların oluşturulmamış olması veya belirlenen bu prosedür ve politikaların çalışanlar tarafından yeterince benimsenmemesi/uygulanmaması, açık iletişim için oluşturulmuş standartların kullanılmaması vb. (ISBAR vb.) nedenler hemşireler açısından hasta güvenliğini riske atan hataların/olayların yaşanmasına neden olmaktadır (Brunsveld-Reinders ve diğ., 2015).

Hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataların/olayların en aza indirgenerek/engellenerek hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin dikkate alması gereken noktalar ve sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık kurumları ile hemşireler hizmet sunarken hasta merkezli olarak hareket etmelidir.
- Sağlık kurumları, alınacak tüm kararlarda tüm sağlık çalışanlarının öneri, istek ve tavsiyelerini dikkate almalı ve onları karar verme sürecine dâhil etmeli, disiplinler arası iletişim ve iş birliğini desteklemeli, cezalandırıcı değil aksine geliştirici/önlem alıcı güvenli bir ortam ve sistem oluşturmalıdır (Campione & Famolaro, 2018; Huang, Wu & Lee, 2018).
- Sağlık kurumları, hemşireler ve tüm sağlık çalışanları için güvenli bir çalışma ortamı sağlamalıdır. Çünkü sağlık çalışanlarının güvenli bir ortamda çalışması, hastaların da güvende olmasını sağlar. Sağlıklı ve

güvenli bir çalışma ortamı, çok daha nitelikli bir hizmetin/hemşirelik bakımının hastalara sunulmasına ve güvenliğinin üst düzeyde korunmasına olanak sağlamaktadır (Yassi & Hancock, 2005).

- Sağlık kurumları, hemşirelere hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için gerekli kaynakları sağlamalıdır (Comprehensive Medication Management, 2021).
- Hemşire yöneticiler, hemşirelerin hasta güvenliğini dikkate alan hemşirelik bakımı sunmasını desteklemelidir.
- Hemşire yöneticiler, hemşirelerin kendi hemşirelik uygulamalarını kontrol ettikleri uygun çalışma ortamını teşvik ederek, onları motive eden, yol gösterici bir tutum sergileyerek hasta güvenliğinin sağlanmasına katkı sağlamalıdır (Spencer & McLaren, 2016; Patrick ve diğ., 2011; Kim, Yoo & Seo, 2018)
- Hemşire yöneticiler, hemşirelik bakımını yönlendirmek için hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürler geliştirmeli, bu politika ve prosedürlerin yorumlanması ve uygulanması konusunda hemşirelere gerekli eğitimleri vermelidir.
- Hemşirenin eğitim ve beceri düzeyi ile işbaşında gerçekleşen eğitimler hasta sonuçları ile doğrudan ilişkilidir. Daha eğitimli hemşirelerin görev yaptığı bölümlerde hata oluşma riski daha az olmaktadır (PSNet , 2021). Bu sebeple hasta güvenliğinin sağlanmasında kilit bir rolde yer alan hemşirelerin mezuniyet öncesi eğitimlerine hasta güvenliği eğitimi ayrı bir ders olarak eklenmelidir (Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Sarp, 2018).
- Hasta güvenliğine ilişkin mezuniyet sonrası eğitimlerin sürekliliği sağlanmalı, bu eğitimler belli aralıklarla tekrarlanmalı, gelişen ve değişen koşullar ile literatür kapsamında güncellenmelidir. Hemşireler Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) çerçevesinde olan veya olmayan herhangi bir değişiklikte gerekli düzenlemeler yapılarak erken dönemde bilgilendirilmeli, bu sayede yeterlikleri sağlanmalıdır (Sayek, 2011).

- Göreve yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon eğitimlerinin yanı sıra hem genel hem de bölüm bazlı olacak şekilde hasta güvenliği eğitimleri yapılmalı, belirli aralıklarla yönetici ve diğer meslektaşları tarafından değerlendirilmeli ve mesleki açıdan hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik bilincin oluşturulması sağlanmalıdır.
- Herhangi bir olası hata durumunda gerekli bildirimler yapılarak düzeltici önleyici faaliyetlerin uygulanmasına katkı sağlanmalı, her çalışanın fikrine önem verilerek karar mekanizmalarında aktif rol almaları sağlanmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; Sarp, 2018).
- Hemşireler, tedavi ve bakım ekibini destekleyen "ikinci çift göz" olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle hemşireler, tedavinin nasıl planlandığı veya uygulandığı konusunda herhangi bir endişesi olduğunda bunu diğer ekip üyeleri ve yöneticiler ile konuşmalı, yanlış yer, yanlış prosedür ve yanlış hasta gibi önlenebilir hataların azaltılmasına yardımcı olmalıdır.
- Hemşireler hasta güvenliğini engelleyen tıbbi hatalara/olaylara karşı tetikte olmalı, hasta güvenliği için diğer sağlık çalışanları ile etkili bir iletişim kurmalı, gerekli önlemleri alarak tıbbi hata/olay meydana gelme riskini en aza indirmek için çabalamalıdır.
- Yaşam boyu öğrenen olarak güvenli ve yetkin kalmak, bir hemşirenin mesleki sorumluluğudur. Bu nedenle hemşireler, hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataları/olayları belirlemek ve tanımlamak için tıbbi terminolojiyi öğrenmelidir.
- Hemşire eğitimciler, hemşirelerin hasta güvenliğini etkileyen mevcut veya olası sorunların ya da risklerin belirlenebilmesi için eleştirel düşünme becerilerinin gelişimini desteklemelidir.

Hemşire eğitimciler, hasta bakımı ile ilgili tıbbi hataların/olayların en az indirgenmesi/engellenmesi için bir temel oluşturulmasını sağlayan profesyonel davranışları öğretmelidir.

2.2.8. Hasta Güvenliği ile İlgili Araştırmalar

Yapılması ve tamamlanması gereken bir eylemin ya da tedavinin, insan, sistem ya da teknolojiden kaynaklı hatalar nedeniyle yapılmaması hasta güvenliğini riske atabilecek olayların oluşmasını tetikleyebilir (Classen ve diğ., 2011). Hastanede yatış süresinin uzaması hasta güvenliğini olumsuz olarak etkilemektedir. Hasta güvenliğini önemseyen ve iyileştirici programlar yapmaya odaklanan sağlık kurumlarında bile, hasta güvenliğini etkileyen pek çok hata/olay gerçekleşebilmektedir (Landrigan ve diğ., 2010).

Literatür incelendiğinde hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hata/olayların;

- yorgunluk, yetersiz dinlenme ve uyuma, stres, iş yükü ile orantılı olmayacak şekilde az personel çalıştırılması, sorumluluk duygusunun yeterince gelişmemiş olması, dikkat dağınıklığı (Ahmed ve diğ., 2019; Mobarakabadi ve diğ., 2017; Caymaz, 2015),
- nöbet usulü çalışma, nöbet süre ve sıklığının fazla olması, uzun çalışma saatleri, nöbette yalnız olma durumu, iş yükünün fazla olması (Ahmed ve diğ., 2019; Kang, Kim & Lee, 2016; Bari, Khan & Rathore, 2016; Özlü ve diğ., 2015),
- hemşirelere görevi dışında başka işlerin sorumluluğunun verilmesi (Kang, Kim & Lee, 2016), gece nöbetlerinde yeterince denetim yapılmaması (Leproult ve diğ., 2003),
- disiplinler arası iletişim yetersizliği/ eksikliği, iyi bir ekip anlayışı ve çalışmasının olmaması, nöbet ya da hasta teslimi sırasında hasta ile ilgili bilgilerin ve dosyasının takibi ile aktarımının eksik/hatalı yapılması (Saleem ve diğ., 2015),
- tedavinin zamanında yapılmaması (Shitu ve diğ., 2018),
- oluşturulan politika, prosedür ve talimatlara uyulmaması (Suresh ve diğ., 2004),
- deneyimsizlik (Hergül, Özbayır & Gök, 2016),

- mezun hemşirelerin aynı veya yeterli düzeyde eğitimlerinin olmaması, çalışanların görevlerinde yetkin olmaması, teknolojik açıdan yetersiz malzeme, ekipman ve cihazların kullanılması, ilaç ve malzeme yetersizliği (Pittet, Allegranzi & Storr Julie, 2006),
- hasta hakkında yetersiz bilgi, yaşanan sağlık sorunları, kişilik, dil sorunları, kaynak yetersizliği, çalışma ortamının fiziksel açıdan sıkıntılı olması (havalandırma, aydınlatma, ısınma),
- ilaçlarla yapılan hatalar (Caymaz, 2015; Bülbül ve diğ., 2014; Özkan, Kocaman & Öztürk, 2013),
- değişimlere karşı gösterilen direnç, bilgi eksikliği (Özlü ve diğ., 2015),
- sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması (Özata & Altunkan, 2010) vb. olduğu vurgulanmakta, hasta güvenliği ve hasta güvenliğini etkileyen bu faktörlerle ilgili uluslararası ve ulusal araştırmaların yapıldığı görülmektedir.

Suresh ve diğ. (2004) tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yaşanan tıbbi hatalar için oluşturdukları internet tabanlı bir raporlama sistemini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada; prosedür, talimat ve kurallara uygun şekilde davranılmaması (%47), dikkat dağınıklığı (%27), iletişimden kaynaklanan sorunlar (%22), çizelge veya belgelerden kaynaklı sorunlar (%13), dikkatin dağılmasına sebep olan bazı unsurlar (%12), tecrübesizlik (%10), yanlış, eksik veya hatalı etiketlemeden kaynaklanan sorunlar (%10), iyi bir ekip çalışmasının ve anlayışının olmaması (%9) nedenleri ile tıbbi hatalar yaşandığını saptamıştır (Suresh ve diğ., 2004).

Bos ve diğ. (2011) tarafından ABD'de ölçülebilir tıbbi hataların sıklığını ve maliyetini belirlemek için yapılan araştırmada; 2008 yılında yaklaşık 17,1 milyar dolar maliyetin oluştuğu, bunun sebebinin hastanede yatan hastaların cerrahi operasyon sonrası yaşadığı komplikasyonlar başta olmak üzere, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon ve basınç yaralarına bağlı olarak meydana geldiği saptanmıştır (Bos ve diğ., 2011).

Wilson ve diğ. (2012) tarafından Afrika ülkelerinde (Kıbrıs, Ürdün, Yemen, Güney Afrika, Tunus, Sudan, Fas, Kenya) geriye dönük 15548 hastanın tıbbi

kayıtların incelendiği araştırmada; %8,2 oranında advers olay görüldüğü, hataların yaklaşık %30'unun ölüm sebebi olabileceği, %83'ünün önlenebilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wilson ve diğ., 2012).

Kılıç ve Elbaş (2014) tarafından bir eğitim ve araştırma hastanesinin cerrahi kliniklerinde görevli hekim ve hemşireler ile yapılan araştırmada; hemşirelerin hasta güvenliği konusunda tüm çalışanlarının sorumlu olduğunu düşündükleri, ancak hekimlerin bu konuda bir ayrım yapamadıkları, "hataların önlenebilir olduğu" görüşüne hemşirelerin %94,9'unun, hekimlerin ise %90,6'sının katıldığı, hasta güvenliği konusunda her iki grubunda bilgilerinin yeterli düzeyde olduğu, ayrıca hataların bildirimi ile ilgili bir eğitim ihtiyacının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kılıç & Elbaş, 2014).

Cebeci ve diğ. (2014) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; öğrencilerin %33,3'nün tıbbi hata olayına tanıklık ettiği, %3,8'inin hata bildirimi yaptığı, %66,7'sinin ilaç hatası yaptığı, hataların ise %49'unun hastalara ulaşmadan önlendiği saptanmıştır (Cebeci, Karazeybek & Dağ, 2014).

Karaca ve Arslan (2014) tarafından iki özel hastanede görevli hemşireler ile yapılan araştırmada; hemşirelerin hasta düşmeleri konusunda en fazla bildirim yaptığı, hemşirelerin hasta güvenliği ve uygulamalarına ilişkin eğitim almasına rağmen bildirimlerin düşük olduğu (%8,6), bunun sebebinin ise hata bildirimine ilişkin tutum ve davranışlardaki yetersizlik olduğu saptanmıştır (Karaca & Arslan, 2014).

Brunsveld-Reinders ve diğ. (2015) tarafından bir hastanenin veri tabanlarını, hastane içi nakil yönergelerini, kontrol listelerini incelendikleri araştırmada; hastaların yoğun bakım ünitesinden tanı veya tedavi amacıyla diğer bölümlere taşınması ile ilgili olarak hasta fizyolojisi ve ekipman arızası nedeniyle en sık zarara uğradıkları saptanmıştır (Brunsveld-Reinders ve diğ., 2015).

Şahin ve Özdemir (2015) tarafından üniversite hastanesinin yataklı birimlerinde görev yapan hemşireler ile yapılan araştırmada; hemşirelerin %67'sinin tıbbi hata ile karşılaştığı, en sık rastlanan hatanın ilaç uygulamalarından kaynaklandığı (%56,1), hataların oluşma nedenlerinin aşırı iş yükü, personel yetersizliği, görev dışı işlerin

yapılması, stres, yorgunluk olduğu belirtilmiş ve hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Şahin & Özdemir, 2015).

Ürkmez ve diğ. (2015) tarafından bir eğitim araştırma hastanesinde yatan hasta kliniklerinde görevli hemşireler ile yapılan araştırmada; katılımcıların %99'unun hasta düşmelerinin önlenmesi amacıyla değerlendirme skalasını uyguladıkları, %94,8'inin düşme riski yönünden bir değerlendirmenin yapılması gerektiğini düşündüğünü, %87,7'sinin düşmelerin önlenmesi için hasta ve ailesine eğitim verildiğini ifade etmiştir. Ayrıca hasta düşmelerinin önlenmesi için yatak kenarlıklarının kaldırıldığını (%98,1), hastaların refakatçilerinin olması gerektiğini (%58,9) belirttikleri saptanmıştır (Ürkmez ve diğ., 2015).

Khan ve diğ. (2016) tarafından bir çocuk hastanesinde yatan hastaların (0-17 yaş) ebeveynleri ile yapılan araştırmada; morbidite ve mortalite kaynağının tıbbi hata olduğu, aileler tarafından bildirilen hasta güvenliği olaylarının tıbbi hata (%62) ve hastaya zarar verici nitelikte (%30) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Khan ve diğ., 2016).

Hergül ve diğ. (2016) tarafından ameliyathanede en çok yapılan hasta güvenliğini riske sokan tıbbi hataların belirlenmesi amacıyla yapılan sistematik derlemede, ameliyathanede yapılan hataların %80'inin ekip üyeleri arasındaki yetersiz ve eksik iletişimden kaynaklandığı, en sık görülen hataların cerrahi işlemler sonrasında enfeksiyonun oluşması veya komplikasyonların oluşması olduğu, basınç ülseri ve uygun antibiyotik seçiminin ve uygulamasının yapılmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Hergül, Özbayır & Gök, 2016).

Yücesan ve Alkaya (2017) tarafından Ankara'nın farklı iki bölgesinde bulunan halk eğitimdeki kursiyerler ile yapılan araştırmada; kursiyerlerin %46,7'sinin kendisi yada yakınının tıbbi hata ile karşılaştığını, %69,3'ünün tıbbi hataların sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklandığını, ilaç hatalarının en sık karşılaşılan hata türü olduğunu (%34,3), %78,5'inin ortaya çıkan tıbbi hata neticesinde zarara uğradığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Yücesan & Alkaya, 2017).

Karayurt ve diğ. (2017) tarafından bir üniversite hastanesinin merkezi ameliyathanesinde görevli hekim, hemşire, anestezi ve ameliyathane teknikeri ile

yapılan araştırmada; katılımcıların %81,3'ünün güvenli cerrahi kontrol listesini bilmediği, %71,9'unun hiç olay raporlamadığı saptanmıştır (Karayurt ve diğ., 2017).

Öztürk ve diğ. (2017) tarafından kamu, üniversite ve özel hastanede görevli 184 hemşire ile yapılan araştırmada; 2 gün ve 12 saat şeklinde tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılması amacıyla eğitim gerçekleştirildiği, bu eğitimlerin tüm kurumlarda görev yapan hemşirelerde etkili olduğu, bilgi seviyelerinin önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir (Öztürk, Kahriman & Babacan, 2017).

Ko ve Yu (2017) tarafından 5 Kore hastanesinde görev yapan hemşireler ile yapılan araştırmada; yönetici konumunda olan hemşirelerin davranışlarının, sürecin doğru yönetilmesini ve hataların doğru şekilde bildiriminin yapılmasını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Ko & Yu, 2017).

Topçu ve diğ. (2017) tarafından İstanbul'da faaliyet gösteren 20 devlet hastanesi ile 14 eğitim ve araştırma hastanesinde görevli hekim ve hemşireler ile yapılan araştırmada; hekim ve hemşirelerin büyük kısmının daha önce tıbbi hata ile karşılaştığı, etkili iletişim kurulamamasından dolayı tıbbi hata yaşadığı, hekimler arasında yanlış ilaç uygulamasının (%32,8) en fazla yapılan tıbbi hata olduğu, hemşireler arasında ise yanlış hastaya ilaç verilmesi (%40,7) ve tıbbi hataların büyük çoğunluğunun iletişim kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Topçu ve diğ., 2017).

Finn ve diğ. (2018) tarafından akademik tıp merkezinin genel yatan hasta servisinde 1259 hasta kaydını inceleyerek gerçekleştirdikleri araştırmada; tıbbi hata görülme oranının 1000 hasta günü başına % 107,6 olduğu, önlenebilir advers olayın %80, ramak kala olayların %27,6 olduğu, bunların %2,6'sının ölümle, %12,3'ünün ise yoğun bakım ünitesine nakil edilme ile sonuçlandığı saptanmıştır (Finn ve diğ., 2018).

Aydın ve diğ. (2018) tarafından hasta bakım sürecinde doğrudan görev alan sağlık çalışanları ile yapılan araştırmada; katılımcıların son 3 ay içerisinde ramak kala olayı yaşadığı/tanıklık ettiği (%16,90) ancak bu olayların bildiriminin yapılmadığı (%69,77) bildirim yapmama nedenleri sorgulandığında bildirim için yeterli zaman olmadığını (%26,66) ve bildirim yapmaları gerektiğini bilmedikleri (%23,33) sonucuna ulaşılmıştır (Aydın ve diğ., 2018).

Rutledge ve diğ. (2018) tarafından Amerikan hastanelerinde görev yapan hemşireler ile yapılan araştırmada; hemşireler tarafından bildirimlerin zamanında yapılmadığı, bildirim işleminin uzun sürmesi, bildirimi yapan/yapılan sağlık çalışanının ceza alma endişesinin olması nedeniyle olayların raporlandırılmasının yeterli ve istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Rutledge, Retrosi & Ostrowski, 2018).

Küçükali ve diğ. (2019) tarafından bir devlet hastanesinde görevli hekim ve hemşireler ile yapılan araştırmada; iki grup arasında iletişimin istenilen seviyede kurulamadığı, iletişim kaynaklı sıkıntıların olduğu, kişisel ve mesleki niteliklerin iletişimin doğru ve etkili kurulmasında önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Küçükali, Çakır & Özdemir, 2019).

Özdemir ve diğ. (2019) tarafından bir üniversitedeki hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmada; öğrencilerin çoğunluğunun hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu (%77,3), hataların önlenmesine ilişkin yapılacak uygulamalar (%59,7) ile hata olduğunda yapılması gerekenler (%44,8) bilgilerinin olmadığı saptanmıştır (Özdemir ve diğ., 2019).

Toygar ve diğ. (2020) tarafından bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesindeki 279 öğrenci ile yapılan araştırmada; öğrencilerin eğitim aldıkça artan akademik düzeylerinin, bu bilgi ve yeterlilikler üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Toygar, Hançerlioğlu & Gacaner, 2020).

Yıldız ve Yıldız (2020) tarafından bir üniversite ve devlet hastanesinde görevli 274 hemşire ile yapılan araştırmada; hemşirelerin ilaç hatası ile karşılaştığı (%65,3), ilaç hatalarını bildirmedikleri (%79,9), hatalı bir uygulamayla karşılaştığında bunu bildirecekleri (%50,7), sözel/telefon ile alınan istemlerde gerekli kontrolleri yaptığı (%71,9) ve ilaç uygulamalarından önce kimlik kontrolü yaptığı (%77) saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda hemşirelerin ilaç hatalarının bildirimi konusunda olumsuz, fakat ilaç uygulamalarına ilişkin olumlu bir tutum geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Yıldız & Yıldız, 2020).

Arslan ve Basit (2021) tarafından Türkiye'de bulunan vakıf ve devlet üniversitelerine bağlı 150 hemşirelik bölümünün lisans programlarında verilen kalite

ve hasta güvenliği derslerinin özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada; müfredatların çoğunluğunda kalite ve hasta güvenliğine yönelik bir dersin olduğu, fakat bu derslerin içerik bakımından hemşirelerin kaliteli bir hizmet sunması ve hasta güvenliğine ilişkin standartların belirlenmesi için yetersiz olduğu belirtilmiştir (Arslan & Basit, 2021).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmada, Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyine, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma, karma araştırma tipindedir. Araştırma; girişim, kontrol ve plasebo gruplu (ön test- son test kontrol desenli) deneysel araştırma tasarımındadır.

3.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERI

$H1_a$: Girişim grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası hasta güvenliği bilgi testi puanı kontrol ve plasebo grubundaki hemşirelerin puanından daha yüksektir.

$H1_b$: Girişim grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası eleştirel düşünme eğilimi puanı kontrol ve plasebo grubundaki hemşirelerin puanından daha yüksektir.

$H1_c$: Girişim grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası klinik karar verme algı puanı kontrol ve plasebo grubundaki hemşirelerin puanından daha yüksektir.

3.4. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmanın niteliksel boyutunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Katılımcı hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin eğitim ihtiyaçları nelerdir?
2. Katılımcı hemşirelerin eğitime ilişkin yansımaları nelerdir?

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Hasta Güvenliği Bilgi Testi puanı (Ön-Son test), Eleştirel düşünme eğilimi, Karar verme algısı

Bağımsız değişkenler: Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programı

3.6. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir şehir hastanesinde görev yapan hemşireler ile gerçekleştirilmiş ve araştırma verileri 10 Ekim 2018- 1 Ekim 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÇALIŞMA GRUBU

3.7.1. Nicel Verilerin Evren ve Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir şehir hastanesinde görev yapan tüm hemşireler (N: 643 hemşire) oluşturmuştur. Örneklem sayısı; girişim, kontrol ve plasebo gruplarında minimum 18 hemşire olarak belirlenmiştir (evreni oluşturan hemşirelerin power analizi ile tip1 hata payı (α)= 0.05 ve testin gücü (1-β)= 0.80, etki büyüklüğü 0,66 olarak hesaplanarak). Araştırmanın örneklemini, veri kaybı olasılığı dikkate alınarak girişim grubu 20, kontrol grubu 20 ve plasebo grubu 20 olmak üzere toplam 60 hemşire oluşturmuştur.

Girişim grubu: Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan hemşirelerde oluşan gruptur.

Kontrol grubu: Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan hemşirelerden oluşan gruptur.

Plasebo grubu: Hemşirelerin aynı zaman diliminde ve aynı hastanede görev yapmaları nedeniyle gruplar arasında etkileşim kurma riskini ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulmuş gruptur.

Girişim, Kontrol ve Plasebo Gruplarının Belirlenmesi

Araştırmaya; araştırmaya gönüllü olarak katılan, son 1 yıl içerisinde hasta güvenliği eğitimi almayan, farklı dahili ve cerrahi birimlerde (yatan hasta) çalışan servis (yatak başı) hemşiresi olan hemşireler dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip hemşirelere yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, çalışma süresi, görev, hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlendiği bir form uygulanmıştır. Hemşirelerden ilgili formları rumuz yazarak doldurmaları istenmiştir. Yazılan rumuzların hangi hemşireye ait olduğunu belirlemek için hemşirelerden, ayrı bir listede rumuzlarının karşısına ad soyad ve iletişim bilgilerini yazmaları istenmiştir.

İlgili formlar doldurulduktan sonra hemşirelerin rumuzları bir tabloda listelenerek, her birine rastgele sıra numaraları verilmiştir. Örneklem grubunu oluşturacak hemşirelerin (girişim, kontrol ve plasebo gruplarında yer alan) seçimi, rumuzlarının karşısında bulunan sayıların seçimi ile gerçekleştirilmiştir (http://www.random.org). Sayıların seçimi rastgele bir şekilde gerçekleştirilmiştir. İlk seçilen 20 sayıya denk gelen hemşire girişim grubuna, ikinci seçilen 20 sayıya denk gelen hemşire kontrol grubuna, son seçilen 20 sayıya denk gelen hemşire ise plasebo grubuna dahil edilmiştir. Daha sonra sayıların karşılığına denk gelen rumuzlar listelenmiş ve girişim, kontrol ve plasebo gruplarına giren hemşireler belirlenmiştir.

Gruplar arası homojenlik hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışılan birim, hemşire olarak çalışma süresi test edilerek sağlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda girişim, kontrol ve plasebo gruplarındaki hemşirelerin yaşları ve hemşire olarak çalışma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3). Sonuçlar doğrultusunda girişim grubu (n:20), kontrol grubu (n:20) ve plasebo grubu (n:20) homojen dağılım göstermiştir.

3.7.2. Nitel Verilerin Çalışma Grubu

Araştırmanın nitel boyutunda örneklem, amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Maksimum çeşitlilik örneklemede, araştırmaya katılan hemşirelerin çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmak amaçlanmaktadır (Yıldırım & Şimşek 2016; Neuman & Robsen, 2014). Bu bağlamda hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerine ilişkin ihtiyaçlarının belirlenmesi için hemşire öğretim elemanı, yönetici hemşire, eğitim hemşiresi, servis sorumlu hemşiresi ve servis hemşiresi seçilerek çeşitliliğin sağlanması amaçlanmıştır. Ancak bireysel görüşme derinlemesine görüşme yapılması hedeflenen katılımcı sayısı başlangıçta belirlenmemiş, veri doygunluğu esas alınmıştır.

Bireysel görüşmelerde katılımcıların Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nda (EK 1) bulunan sorulara ilişkin görüş ve düşünceleri doğrultusunda daha farklı görüş ve düşünce üretilemeyeceğine ve veri doygunluğuna ulaşıldığına karar verilerek görüşmeler sonlandırılmıştır (Çelik, Baykal & Memur, 2020; Neuman & Robsen, 2014). Bireysel görüşmeler; farklı kurumlarda çalışan, farklı pozisyon, görev, deneyim, uzmanlık alanlarına, unvanlara sahip olan ve görüşmeye gönüllü olarak katılmayı kabul eden 3 hemşire öğretim elemanı, 6 yönetici hemşire, 7 eğitim hemşiresi, 3 servis sorumlu hemşiresi, 5 servis hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir.

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak;

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programı oluşturulmadan önce ihtiyaçların tespit edilebilmesi amacıyla Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (İhtiyaç Analizi) kullanılmıştır.

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programı oluşturulduktan sonra;

- Hemşire Bilgi Formu
- Hasta Güvenliği Bilgi Testi (Ön-Son Test)
- California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ)
- Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ)
- Hemşire Günlüğü kullanılmıştır.

3.8.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (İhtiyaç Analizi) (EK 1)

Araştırmanın ilk aşaması Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının geliştirilmesidir. Bu kapsamda hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerine ilişkin ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu geliştirilmiştir.

Geliştirilen Görüşme Formunda yer alan sorular; araştırmanın amacına uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla 2 hemşire öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Alınan geribildirimler doğrultusunda görüşme formunda düzenlemeler yapılmıştır. Düzenlenmeler yapıldıktan sonra görüşme formunda yer alan sorular doğrultusunda 3 hemşire ile bireysel görüşme (pilot uygulama) yapılmıştır. Görüşme yapılan 3 hemşire örnekleme dâhil edilmemiştir. Görüşme sırasında elde edilen geribildirimler doğrultusunda görüşme formunda yer alan sorular yeniden düzenlenmiş ve son hali verilmiştir. Son hali verilen Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formunda 5 açık uçlu soru yer almaktadır.

3.8.2. Hemşire Bilgi Formu (EK 2)

Araştırmacı tarafından literatür ışığında geliştirilmiştir (Saufl, 2009; The Joint Commission International, 2017c; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). Formda; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalıştığı birim, çalışma süresi, çalışma şekli vb.), hasta güvenliği ile ilgili bilgi düzeylerini ve görüşlerini (hasta güvenliğinin ne kadar önemli olduğu, eğitim alma durumu, hasta güvenliğini tehlikeye sokan bir hata olma durumunun varlığı, hasta güvenliğini riske sokan öncelikli nedenler vb.) belirlemeye yönelik 21 soru yer almaktadır.

3.8.3. Hasta Güvenliği Bilgi Testi (Ön-Son Test) (EK 3)

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür ışığında geliştirilmiştir (Saufl, 2009; The Joint Commission International, 2017c; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Hasta Güvenliği Bilgi Testi hazırlanırken öncelikle Hasta Güvenliği Eğitim Programının amaç ve hedefleri doğrultusunda belirtke tablosu hazırlanmıştır. Bu doğrultuda eğitim programının hedeflerine yönelik beş seçenekli 35 çoktan seçmeli soru hazırlanmıştır. Eğitim programının hedeflerinin ve hedeflere uygun hazırlanan soruların uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla sorular uzman görüşüne sunulmuştur (EK 8). Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış, 20 sorunun uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgi Testi, daha önceden hasta güvenliği eğitimine katılan 50 hemşireye uygulanmış, soruların madde güçlük ve madde ayırt

edicilik analizleri yapılmıştır. Bilgi Testinin KR-20 güvenirlik katsayısı 0,85 bulunmuş, testin güvenilir olduğu kabul edilmiştir (EK 9) (Hasançebi, Terzi & Küçük, 2020).

Araştırmada geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan Hasta Güvenliği Bilgi Testinde konular bazında eşit soru dağılımı, hedef düzeyi, madde güçlük indeksi ve madde ayırt edicilik indeksi göz önüne alınarak %25'i kolay, %25'i zor ve %50'ı orta güçlükte olacak şekilde 20 sorudan oluşmuştur (EK 10).

Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo grubunda yer alan hemşirelere uygulanan Hasta Güvenliği Bilgi Testinin; eğitim öncesi güvenirlik katsayısı 0,81, eğitim sonrası güvenirlik katsayısı 0,84, eğitimden bir ay sonraki güvenirlik katsayısı 0,86, eğitimden altı ay sonraki güvenirlik katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Testin güvenilir olduğu kabul edilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Hasta güvenliği bilgi testi madde sayısı, puan aralığı ve iç tutarlık katsayısı (n:60)

	Madde Sayısı	**Puan Aralığı**	**EÖ**	**ES**	**ES 1**	**ES 6**
Bilgi Testi TOPLAM	1-20	0-100	,81	,84	,86	,89

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, ES 1: Eğitimden bir ay sonra, ES 6: Eğitimden altı ay sonra
Bilgi Testine verilen yanıtlar doğru-yanlış şeklinde kodlanarak Kuder Richardson-20 iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır.

3.8.4. California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ) (EK 4)

California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ), Amerikan Felsefe Derneği (1990) tarafından Delphi projesi kapsamında eleştirel düşünme eğilimini değerlendirmek amacıyla Facione, Facione & Giancarlo (1990-1998) tarafından geliştirilmiştir. Kökdemir (2003) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Ölçek, analitiklik (11 madde) (2, 3, 12, 13, 16, 17, 24, 26, 37, 40, 46 madde), açık fikirlilik (12 madde) (5, 7, 15, 18, 22, 33, 36, 41, 43, 45, 47, 50 madde), meraklılık (8 madde) (1, 8, 30, 31, 32, 34, 38, 42 madde), kendine güven (7 madde) (14, 29, 35, 39, 44, 48, 51 madde), doğruyu arama (7 madde) (6, 11, 20, 25, 27, 28, 49 madde), sistematiklik (6 madde) (4, 9, 10, 19, 21, 23 madde) olmak üzere altı alt boyuttan ve toplam 51 maddeden oluşmaktadır.

Analitiklik; problem oluşturabilecek durumlara yönelik dikkatli olma, çözümlenmesi zor olabilecek sorunlarda akıl yürütme ve kanıt kullanarak sonuçlara ulaşma eğilimidir. Açık fikirlilik; kişinin farklı görüşlere karşı hoşgörülü olması ve kendinde var olan hatalara duyarlı olması, karar verme aşamasında kendi görüşleri dışında diğer görüşleri dikkate almasıdır. Meraklılık; herhangi bir çıkar beklentisi olmadan bilgi elde etme ve uygulamaları öğrenme eğilimidir. Kendine güven; kişinin kendi akıl yürütme becerilerine güvenmesidir. Doğruyu arama; kişinin farklı alternatif ya da düşünceleri değerlendirme eğilimidir. Sistematiklik ise; karmaşık ve zor düzeydeki tüm problemleri organize, planlı ve dikkatli yaklaşımla araştırma, bilgiye dayalı ve belli kurallar çerçevesinde karar verme stratejilerini kullanabilme eğilimidir.

Altı'lı likert tipindeki ölçeğin seçenekleri; (1) Hiç katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılmıyorum (4) Kısmen katılıyorum (5) Katılıyorum ve (6) Tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçekte maddelere verilen yanıtların toplanmasıyla alt boyut ham puanları belirlenmektedir. Alt boyut toplam ham puanları, önce madde sayısına bölünmekte daha sonra 10'la çarpılarak ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan 60'dır. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar; bireyin o boyuttaki eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Bir alt boyuttan 40 puan altı düşük eleştirel düşünme eğilimini, 50 puan üstü yüksek eleştirel düşünme eğilimini göstermektedir. Alt boyutların toplamı eleştirel düşünme eğilim puanını vermektedir. Ölçek toplamından alınabilecek en düşük puan 60, en yüksek puan 360'dır. Ölçek puanı 240 puanın altında ise eleştirel düşünme eğilimi düşüklüğünü, 300 puan ve üzerinde ise eleştirel düşünme eğilimi yüksekliğini göstermektedir.

Kökdemir (2003) tarafından yapılan araştırmada CEDEÖ'nün Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,88, alt boyutların Cronbach alpha katsayısı 0,61-0,78 arasında bulunmuştur (Kökdemir, 2003).

Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo grubunda yer alan hemşirelere uygulanan California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeğinin ölçek toplamı için; eğitim öncesi güvenirlik katsayısı 0,86, eğitim sonrası güvenirlik katsayısı 0,83, eğitimden bir ay sonraki güvenirlik katsayısı 0,87, eğitimden altı ay sonraki güvenirlik katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Testin güvenilir olduğu kabul edilmiştir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2: California eleştirel düşünme eğilimi ölçeği toplam ve alt boyut madde sayısı, puan aralığı ve iç tutarlık katsayısı (n:60)

	Madde Sayısı	Puan Aralığı	EÖ	ES	ES 1	ES 6
Analitiklik	2, 3, 12, 13, 16, 17, 24, 26, 37, 40, 46	6-60	,55	,69	,58	,77
Açık Fikirlilik	5, 7, 15, 18, 22, 33, 36, 41, 43, 45, 47, 50	6-60	,42	,71	,76	,81
Meraklılık	1, 8, 30, 31, 32, 34, 38, 42	6-60	,79	,75	,80	,78
Kendine Güven	14, 29, 35, 39, 44, 48, 51	6-60	,81	,75	,71	,39
Doğruyu Arama	6, 11, 20, 25, 27, 28, 49	6-60	,50	,60	,60	,80
Sistematiklik	4, 9, 10, 19, 21, 23	6-60	-,01	,42	,56	.55
Ölçek TOPLAM	1-51	60-360	,86	,83	,87	,89

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, ES 1: Eğitimden bir ay sonra, ES 6: Eğitimden altı ay sonra
Ölçeğe verilen yanıtlar altılı likert tipte olduğundan Cronbach's alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır.

3.8.5. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (EK 5)

Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme algılarını belirlemek amacıyla Jenkins (1983) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Durmaz-Edeer ve Sarıkaya (2015) tarafından yapılmıştır.

Ölçek; seçenek ve fikirleri araştırmak (10 madde) (1, 3, 6, 7, 16, 22, 27, 30, 32, 37 madde), amaçları ve değerleri soruşturmak (10 madde) (2, 9, 10, 14, 21, 31, 33, 35, 38, 40 madde), sonuçları değerlendirmek (10 madde) (13, 17, 18, 23, 25, 26, 28, 29, 34, 39 madde), ve bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (10 madde) (4, 5, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 36 madde) olmak üzere dört alt boyut ve 40 maddeden oluşmaktadır.

Beş'li likert tipindeki ölçeğin seçenekleri; (1) Asla (2) Nadiren (3) Ara sıra (4) Sık sık (5) Her zaman olarak puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan 22 madde (1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 20, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 36, 37, 38) pozitif ve 18 madde (2, 4, 6, 12, 13, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 34, 39, 40) negatif anlamlıdır. Ölçeğin negatif anlamlı 18 maddesi ters puanlandırılmaktadır. Ölçeğin toplamından 40 ile 200 arasında, her alt ölçekten 10 ile 50 arasında puan alınmaktadır ve kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan yüksek puan karar verme algısının yüksek olduğunu, düşük puan karar verme algısının düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin

değerlendirilmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır (Jenkins, 1983, Jenkins 2001; Durmaz-Edeer & Sarıkaya, 2015).

Jenkins (1983) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,83 (Jenkins, 1983), Durmaz-Edeer ve Sarıkaya (2015) tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbachalpha güvenirlik katsayısı 0,78 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo grubunda yer alan hemşirelere uygulanan Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeğinin ölçek toplamı için; eğitim öncesi güvenirlik katsayısı 0,90, eğitim sonrası güvenirlik katsayısı 0,96, eğitimden bir ay sonraki güvenirlik katsayısı 0,97, eğitimden altı ay sonraki güvenirlik katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur. Testin güvenilir olduğu kabul edilmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3: Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği toplam ve alt boyut madde sayısı, puan aralığı ve iç tutarlık katsayısı (n:60)

	Madde Sayısı	**Puan Aralığı**	**EÖ**	**ES**	**ES 1**	**ES 6**
Seçenek ve fikirleri araştırmak	1, 3, **6**, 7, 16, **22,** 27, **30, 32**, 37	10-50	,718	,907	,927	,927
Amaçları ve değerleri soruşturmak	**2,** 9, 10, 14, **21,31,** 33, 35, 38, **40**	10-50	,576	,495	,504	,556
Sonuçları değerlendirmek	**13,** 17, 18, **23, 25**, 26, 28, 29, **34, 39**	10-50	,780	,806	,851	,840
Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek	**4**, 5, 8, 11, **12, 15**, **19**, 20, **24**, 36	10-50	,829	,941	,952	,954
Ölçek TOPLAM	1-40	40-200	,90	,96	,97	,97

**Ters puanlanan maddeler koyu renkte gösterilmiştir.*
EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, ES 1: Eğitimden bir ay sonra, ES 6: Eğitimden altı ay sonra
Ölçeğe verilen yanıtlar beşli likert tipte olduğundan Cronbach's alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır.

3.8.6. Hemşire Günlüğü (EK 6)

Hemşire günlüğü; Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan hemşireler (girişim grubu) ile Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan hemşirelerin (kontrol grubu) her eğitim oturumu sonrasında eğitim sürecini değerlendirmeleri amacıyla tuttukları kayıtlardan oluşmaktadır. Hemşire günlüğünde; girişim ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin eğitimde hissettikleri, eğitimin kazandırdıkları, eğitim sonrası

uygulamaya aktaracakları, eğitime ilişkin ilişkin duygu, düşünce, gözlem, görüş ve yorumları, önerileri yer almıştır. Hemşire günlüklerinden elde elde edilen veriler doğrultusunda ana temalar ve alt temalar oluşturulmuştur.

3.9. YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMININ GELİŞTİRİLMESİ (GİRİŞİM GRUBU İÇİN)

3.9.1. İhtiyaç Analizi

Eğitim programının oluşturulması sürecinde ilk izlenmesi gereken ve eğitim programının en önemli aşamalarından biri, ihtiyaç analizi yani ihtiyaçların belirlenmesidir. İhtiyaç analizi, hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerine ilişkin ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nda (EK 1) yer alan sorular doğrultusunda bireysel görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bireysel görüşmeler doğrultusunda elde edilen veriler, bulgular bölümünde ayrıntılı olarak sunulmuştur.

3.9.2. Eğitim Programını Geliştirme

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programı; ihtiyaç analizi ile elde edilen veriler ve ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Abualhaija, 2019; Bhattacharjee, 2015; Choe, Park & Yoo, 2013; Demirci, 2009; Ekpenyong & Edokpolor, 2016; Gülen, Taş & Darga, 2015; Hampton, 2012; Sayek, 2011; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2015).

Öncelikle eğitim programının genel amaç ve hedefleri, içeriği, öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri, değerlendirme yöntemleri, eğitimin tarihi ve süresi, yeri, bütçesi belirlenmiştir. Daha sonra eğitim programının genel amaç ve hedefleri, içeriği dikkate alınarak her oturumda sunulacak konuya özgü amaç ve hedefler, içerik, öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri, değerlendirme yöntemleri belirlenmiştir (Tablo 3.4).

3.9.3. Eğitim Programını Uygulama

Araştırmanın uygulama sürecinde, girişim ve kontrol grubundaki hemşireler arasındaki etkileşimi ve paylaşımı engellemek amacıyla öncelikle kontrol grubundaki hemşirelere klasik öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programı geliştirilmiş, uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Bu eğitim programı tamamlandıktan sonra geliştirilen Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programı girişim grubundaki hemşirelere uygulanmıştır (Tablo 3.4).

Eğitim programının ilk oturumunda hemşirelerle birlikte "Eğitim Sırasında Uyulacak Kurallar" belirlenmiş, eğitim programının amaç ve hedefleri, içeriği paylaşılmıştır. Eğitim ortamının fiziki açıdan uygun olmasına dikkat edilmiştir. Eğitim programının gerçekleştirileceği ortam, eğitimde kullanılacak öğretim materyallerine göre düzenlenmiş, materyaller katılımcı sayısına göre ve erişilebilir şekilde hazır bulundurulmuştur.

Bilgi, eğitimciden katılımcılara doğrudan aktarılmamış, hemşireler eğitimci rehberliğinde bilgiyi aktif şekilde yapılandırmaları için cesaretlendirilmiş ve gerekli olanaklar sağlanmıştır. Her oturuma "Şapkadan kim çıktı?", "Kulaktan kulağa, kelime türetme", "Her görüşte farklılığı fark etme", "Verilen kelimelerden dörtlük oluşturma", "Bir nesneyi farklı şekillerde türetme", "Şarkı mırıldama" vb. ısınma etkinlikleri ile başlamış, hemşirelerin oturuma/konuya hazırlanmaları sağlanmıştır.

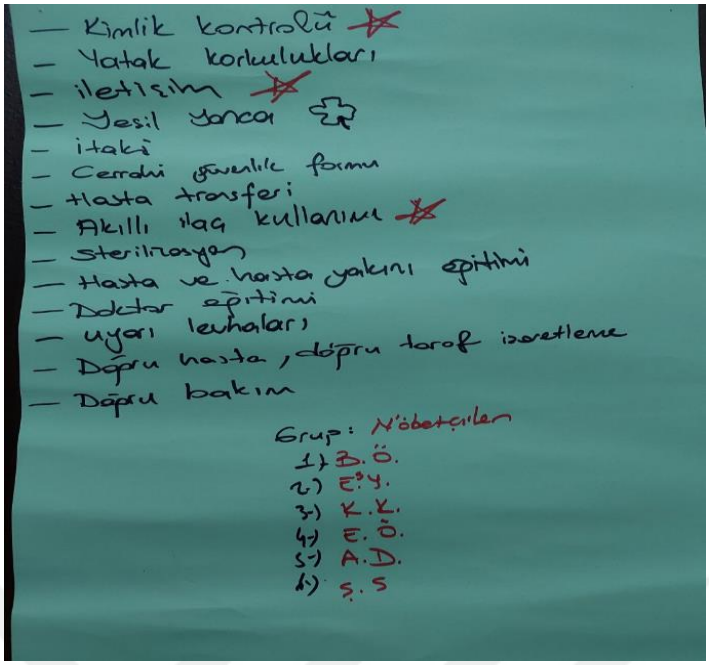
Her oturumda sunulacak konunun amaç ve hedefleri paylaşılmıştır.

Etkili bir giriş yapılarak, konunun önemine dikkat çekilmiştir.

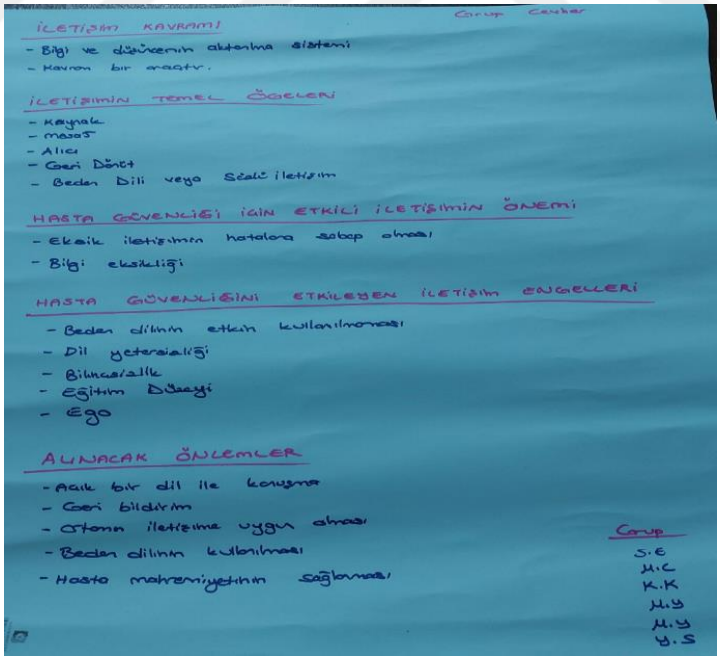
Her eğitim oturumuna hemşirelerin aktif katılmaları, hem bireysel hem de grup halinde iş birliği içinde çalışmaları, araştırma ve inceleme yapmaları, bilgiyi üretmeleri, kullanmaları ve yapılandırmaları, kendi deneyimlerini paylaşmaları, kendilerini ifade etmeleri, kendi davranışlarını kontrol etmeleri desteklenmiş, yaparak ve yaşayarak öğrenmelerini destekleyecek öğretim yöntem ve teknikleri, materyalleri kullanılmış, uygun eğitim ortamı sağlanmıştır. Düz anlatım, soru cevap, beyin fırtınası, resim çizme, iş birliğine dayalı öğrenme, iletişim engeli etkinliği, balık kılçığı, örnek olay, anıların paylaşımı, rol oynama, tombala, gösterip yaptırma, kavram

haritası, grup çalışması (slogan oluşturma), altı şapkalı düşünme tekniği vb. öğretim yöntem ve teknikleri; video gösterimi, hasta kimlik örnekleri, afiş oluşturma, kalem, tahta kalemi, renkli kâğıt, renkli kalem, kağıt tahtası, barkovizyon/slayt, ataç/iğne, makas vb. öğretim materyalleri kullanılmıştır. Konunun anlaşılması için örnekler verilmiş, düşündürücü sorular sorulmuş, soruların anlaşılırlığını sağlamak için gerekli açıklamalar yapılmıştır. Eğitime katılan hemşirelerin bireysel farklılıkları göz önünde bulundurularak, oturum süresince ihtiyaç duyulduğunda gerekli tekrarlar yapılmış, pekiştireçler kullanılmıştır. Eğitim sırasında motivasyonu artırmak için; bireysel ve grup halinde yapılan çalışmalarda başarılı olanlara küçük hediyeler verilmiştir.

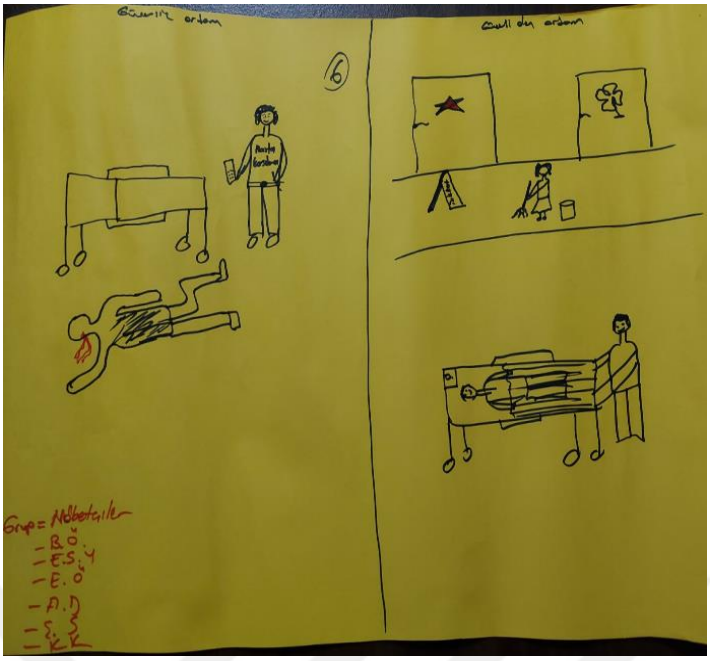
Eğitim programı haftada iki gün olmak üzere toplam yedi oturumdan oluşmuştur. Her oturum 90 dakikadır. 45 dakikada bir 15 dakika ara verilmiştir. Bazı oturumlar grupların ihtiyaçları doğrultusunda 10-15 dakikalık ek süre ile tamamlanmıştır.



Şekil 3.1: Hasta güvenliği beyin fırtınası uygulaması



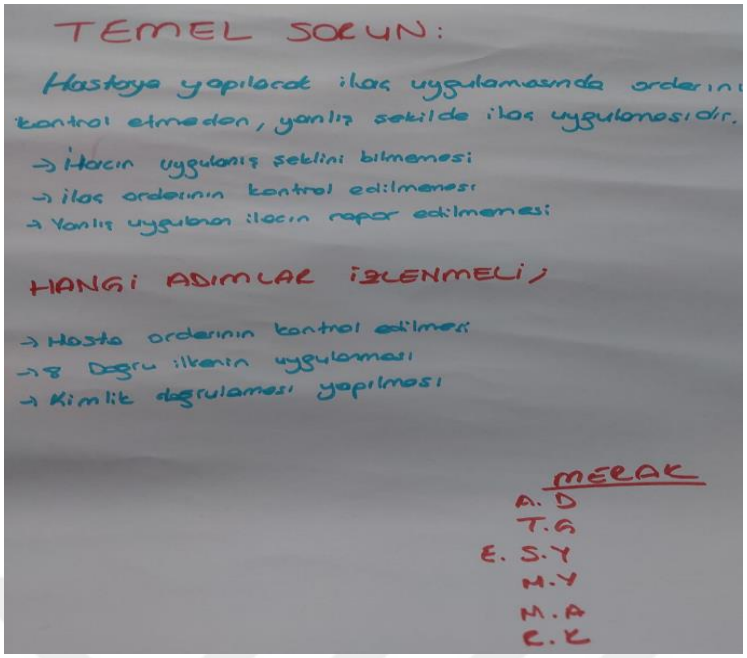
Şekil 3.2: Jigsaw tekniği (ayrılıp-birleşme) çalışması



Şekil 3.3: Resim çizme uygulaması



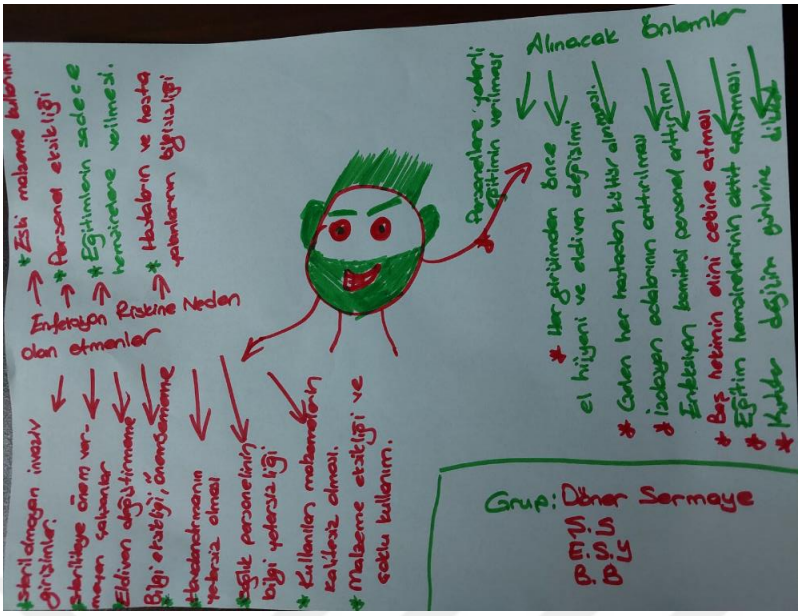
Şekil 3.4: Enfeksiyon riski eğitimi tombala oyunu



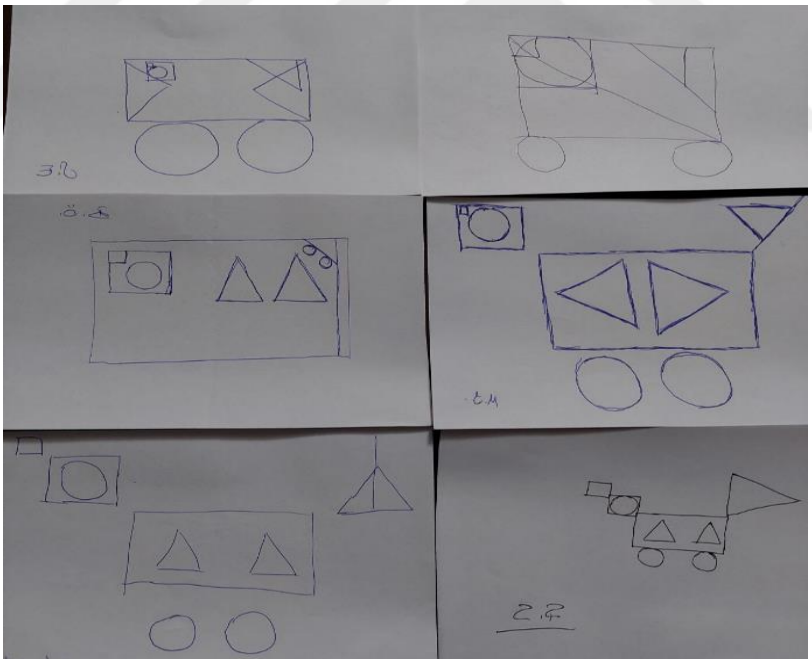
Şekil 3.5: Örnek olay çalışması



Şekil 3.6: Resim çizimi (hasta için güvenli ortam)



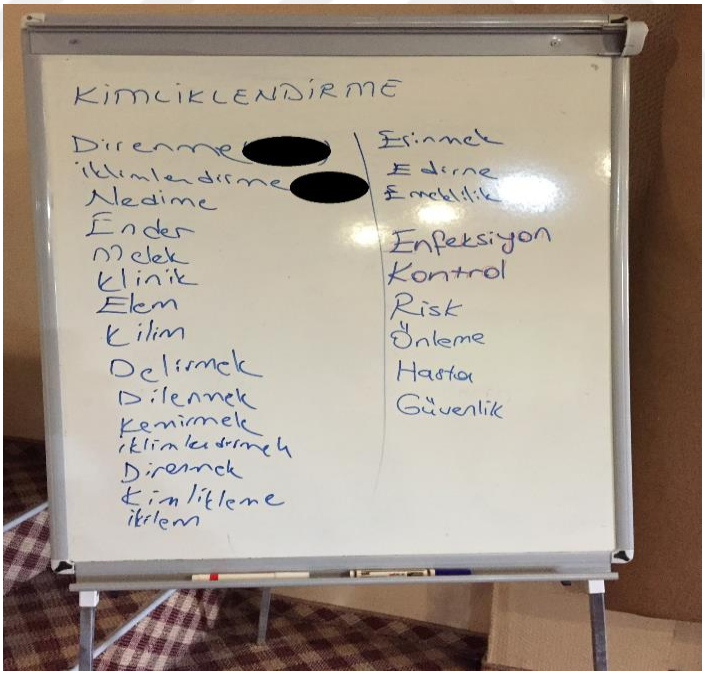
Şekil 3.7: Enfeksiyon ile ilgili kavram haritası çalışması



Şekil 3.8: Isınma etkinliği



Şekil 3.9: Gösterip yaptırma (doğru el yıkama/ovalama tekniği)



Şekil 3.10: Isınma etkinliği



Şekil 3.11: Isınma etkinliği



Şekil 3.12: İletişim engeli etkinliği



Şekil 3.13: Grup çalışması



Şekil 3.14: Isınma etkinliği

3.9.4. Eğitim Programını Değerlendirme

Her eğitim oturumu, hemşireler tarafından sözlü ve yazılı olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede hemşirelerin söz almalarına fırsat verilmiş, sosyal ve iletişim becerilerinin gelişmesine destek olunmuştur. Hemşirelerin ihtiyaç duyması halinde, eğitim oturumları dışında da hemşirelere gerekli destek sağlanmıştır (Tablo 3.4).

Tablo 3.4: Yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programı akışı (her oturuma özgü)

KONU	AMAÇ	HEDEFLER	İÇERİK PLANI	ÖĞRETİM YÖNTEM ve TEKNİKLERİ ÖĞRETİM MATERYALLERİ	DEĞERLERLENDİRME
I. OTURUM HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ	Hemşirenin hasta güvenliği kavramını ve tarihsel gelişim sürecini inceleyerek, sağlık kurumları, hasta ve ailesi açısından öneminin farkında olması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Hasta güvenliği kavramını açıklar. 2. Hasta güvenliğinin amacını irdeler. 3. Hasta güvenliğinin tarihsel gelişim sürecini tartışır. 4. Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerini inceler. 5. Raporlandırma ve olay bildiriminin farkında olur.	1. Hasta Güvenliği Kavramı 2. Hasta Güvenliğinin Amacı 3. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişim Süreci 4. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri 5. Olay Bildirimi ve Raporlandırma	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap, Beyin Fırtınası, Resim Çizme **Öğretim Materyalleri:** Kalem, Tahta Kalemi, Renkli Kâğıt, Kağıt Tahtası, Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü
II. OTURUM ETKİLİ İLETİŞİM	Hemşirenin hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi için hasta ve ailesi, meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile doğru ve etkili iletişim kurması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. İletişim kavramını açıklar. 2. İletişimin temel öğelerini irdeler. 3. Hasta güvenliği için etkili iletişimin önemine inanır. 4. Hasta güvenliğini etkileyen iletişim engellerini tartışır. 5. Hasta güvenliğini etkileyen iletişim engellerini ortadan kaldırmak amacıyla	1. İletişim Kavramı 2. İletişimin Temel Öğeleri 3. Hasta Güvenliği İçin Etkili İletişimin Önemi 4. Hasta Güvenliğini Etkileyen İletişim Engelleri 5. Hasta Güvenliğini Etkileyen İletişim Engellerini Ortadan Kaldırmada Alınacak Önlemler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap, İşbirliğine Dayalı Öğrenme, İletişim Engeli Etkinliği, Balık Kılçığı **Öğretim Materyalleri:** Kalem, Tahta Kalemi, Renkli Kalem, Renkli Kâğıt, Kağıt Tahtası, Barkovizyon/Slayt, Video gösterimi, Ataç/İğne, Makas	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü

		alınacak önlemleri değerlendirir. 6. Hasta güvenliği için hasta ve ailesi, meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile doğru ve etkili iletişim kurar.			
III. OTURUM **DOĞRU KİMLİKLENDİRME**	Hemşirenin hasta güvenliği için hastanın doğru kimliklendirilmesinin önemine inanması ve doğru kimliklendirme aşamalarını uygulaması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Doğru kimliklendirme kavramını açıklar. 2. Hasta güvenliği için doğru kimliklendirmenin önemine inanır. 3. Doğru kimliklendirme aşamalarını irdeler. 4. Hasta güvenliği için doğru kimliklendirme aşamalarını uygular.	1. Doğru Kimliklendirme Kavramı 2. Hasta Güvenliği İçin Doğru Kimliklendirmenin Önemi 3. Doğru Kimliklendirme Aşamaları	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap, Örnek Olay, Anı Paylaşımı **Öğretim Materyalleri:** Kalem, Tahta Kalemi, Renkli Kalem, Renkli Kâğıt, Kağıt Tahtası, Barkovizyon/Slayt, Hasta Kimlik Örnekleri	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü
IV. OTURUM **İLAÇ GÜVENLİĞİ**	Hemşirenin hasta güvenliği için ilaç güvenliğinin önemine inanması ve ilaç güvenliğini sağlamak için alınacak önlemleri uygulaması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. İlaç güvenliği kavramını açıklar. 2. İlaç güvenliğindeki 8 D kuralını tartışır. 3. Hasta güvenliği için ilaç güvenliğinin önemine inanır. 4. İlaç güvenliğini etkileyen durumları/etkenleri değerlendirir. 5. İlaç güvenliğini sağlamak için alınacak	1. İlaç Güvenliği Kavramı 2. İlaç Güvenliğinde 8 D Kuralı 3. Hasta Güvenliği İçin İlaç Güvenliğinin Önemi 4. İlaç Güvenliğini Etkileyen Durumlar/ Etkenler 5. İlaç Güvenliğini Sağlamak İçin Alınacak Önlemler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap, Örnek Olay, Rol Oynama **Öğretim Materyalleri:** Kalem, Tahta Kalemi, Renkli Kalem, Renkli Kâğıt, Kağıt Tahtası, Afiş Oluşturma, Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü

		önlemleri uygular.			
V. OTURUM ENFEKSİYON RİSKİ	Hemşirenin hasta güvenliği için enfeksiyon risklerinin azaltılmasının/önlenmesinin önemini tartışması ve enfeksiyon risklerini azaltmaya/önlenmeye yönelik önlemleri uygulaması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Enfeksiyon kavramını açıklar. 2. Enfeksiyon kaynaklarını irdeler. 3. Hasta güvenliği için enfeksiyon risklerinin belirlenmesinin önemini yorumlar. 4. Enfeksiyon risklerine neden olan faktörleri tartışır. 5. Enfeksiyon risklerini azaltmaya/ önlemeye yönelik alınacak önlemleri uygular.	1. Enfeksiyon Kavramı 2. Enfeksiyon Kaynakları 3. Hasta Güvenliği İçin Enfeksiyon Risklerinin Belirlenmesinin Önemi 4. Enfeksiyon Risklerine Neden Olan Faktörler 5. Enfeksiyon Risklerini Azaltmaya /Önlemeye Yönelik Alınacak Önlemler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap, Tombala, Gösterip Yaptırma, Kavram Haritası **Öğretim Materyalleri:** Kalem, Tahta Kalemi, Renkli Kalem, Renkli Kâğıt, Kağıt Tahtası, Barkovizyon/Slayt, Kahoot Uygulaması	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü
VI. OTURUM DÜŞME RİSKİ	Hemşirenin hasta güvenliği için düşme risklerini belirleyerek, düşme risklerini azaltmaya/önlemeye yönelik alınacak önlemleri alması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Düşme kavramını açıklar. 2. Hasta güvenliği için düşme risklerinin belirlenmesinin önemini yorumlar. 3. Düşme risklerini ortaya çıkaran nedenleri tartışır. 4. Düşme risklerini risklerine neden olan faktörleri tartışır. 5. Düşme risklerini azaltmaya/önlemeye yönelik alınacak önlemleri uygular.	1. Düşme Kavramı 2. Hasta Güvenliği İçin Düşme Risklerinin Belirlenmesinin Önemi 3. Düşme Risklerine Neden Olan Faktörler 4. Düşme Risklerini Azaltmaya /Önlemeye Yönelik Alınacak Önlemler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap, Balık Kılçığı, Grup Çalışması (Slogan Oluşturma) **Öğretim Materyalleri:** Kalem, Tahta Kalemi, Renkli Kalem, Renkli Kâğıt, Kağıt Tahtası, Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü

**Eğitim programının başında ve sonunda, Hasta Güvenliği Bilgi Testi, California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği, Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği, Hemşire Günlüğü kullanılmıştır.*

3.10. KLASİK ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMI (KONTROL GRUBU İÇİN)

3.10.1. Eğitim Programını Geliştirme

Her yıl Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) doğrultusunda; T.C Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum/kuruluşlarında görevli sağlık personellerine yönelik online/yüz yüze hasta güvenliği eğitimleri hizmet içi eğitim kapsamında zorunlu olarak gerçekleştirilmektedir. Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programı, ilgili literatür dikkate alınarak geliştirilmiştir (Abualhaija, 2019; Battacharjee, 2015; Demirci, 2009; Ekpenyong & Edokpolor, 2016; Sayek, 2011; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2015).

Öncelikle eğitim programının genel amaç ve hedefleri, içeriği, öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri, değerlendirme yöntemleri, eğitimin tarihi ve süresi, yeri, bütçesi belirlenmiştir. Daha sonra eğitim programının genel amaç ve hedefleri, içeriği dikkate alınarak her oturumda sunulacak konuya özgü amaç ve hedefler, içerik, öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri, değerlendirme yöntemleri belirlenmiştir (Tablo 3.5).

3.10.2. Eğitim Programını Uygulama

Eğitim programının ilk oturumunda hemşirelere “Eğitim Sırasında Uyulacak Kurallar” açıklanmış, eğitim programının amaç ve hedefleri, içeriği paylaşılmıştır. Eğitim ortamının fiziki açıdan uygun olmasına dikkat edilmiştir. Her oturuma ısınma etkinlikleri ile başlanmış, eğitimin amaç, hedefleri, içeriği, öğretim yöntem ve teknikleri, materyalleri ve değerlendirme yöntemleri paylaşılmıştır. Eğitim programı doğrultusunda hazırlanan eğitim slaytları katılımcılara düz anlatımla sunulmuş, arada sorular sorulmuştur. Konuların anlaşılması için örnekler verilmiş, katılımcıların yanıtlaması için sorular sorulmuştur. Soruların anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak için gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Eğitim programı haftada 2 (iki) gün olmak üzere toplam yedi oturumdan oluşmuştur. Her oturum 90 dakikadır. 45 dakikada bir 15dakika ara verilmiştir. Bazı

oturumlar grupların ihtiyaçları doğrultusunda 10-15 dakikalık ek süre ile tamamlanmıştır (Tablo 3.5).

3.10.3. Eğitim Programını Değerlendirme

Her eğitim oturumu, hemşireler tarafından sözlü ve yazılı olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede hemşirelerin söz almalarına, sosyal ve iletişim becerilerinin gelişmesine destek olunmuştur. Hemşirelerin ihtiyaç duyması halinde, eğitim oturumları dışında da hemşirelere gerekli destek sağlanmıştır (Tablo 3.5).

Tablo 3.5: Klasik öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programı (her oturuma özgü)

KONU	AMAÇ	HEDEFLER	İÇERİK PLANI	ÖĞRETİM YÖNTEM ve TEKNİKLERİ ÖĞRETİM MATERYALLERİ	DEĞERLERLENDİRME
I. OTURUM HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ	Hemşirenin hasta güvenliği kavramını ve tarihsel gelişim sürecini inceleyerek, sağlık kurumları, hasta ve ailesi açısından öneminin farkında olması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Hasta güvenliği kavramını açıklar. 2. Hasta güvenliğinin amacını irdeler. 3. Hasta güvenliğinin tarihsel gelişim sürecini tartışır. 4. Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerini inceler. 5. Raporlandırma ve olay bildiriminin farkında olur.	1. Hasta Güvenliği Kavramı 2. Hasta Güvenliğinin Amacı 3. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişim Süreci 4. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri 5. Olay Bildirimi ve Raporlandırma	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü
II. OTURUM ETKİLİ İLETİŞİM	Hemşirenin hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi için hasta ve ailesi, meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile doğru ve etkili iletişim kurması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. İletişim kavramını açıklar. 2. İletişimin temel öğelerini irdeler. 3. Hasta güvenliği için etkili iletişimin önemine inanır. 4. Hasta güvenliğini etkileyen iletişim engellerini tartışır. 5. Hasta güvenliğini etkileyen iletişim engellerini ortadan	1. İletişim Kavramı 2. İletişimin Temel Öğeleri 3. Hasta Güvenliği İçin Etkili İletişimin Önemi 4. Hasta Güvenliğini Etkileyen İletişim Engelleri 5. Hasta Güvenliğini Etkileyen İletişim Engellerini Ortadan Kaldırmada Alınacak Önlemler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt, Video gösterimi	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü

		kaldırmak amacıyla alınacak önlemleri değerlendirir. 6. Hasta güvenliği için hasta ve ailesi, meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile doğru ve etkili iletişim kurar.			
III. OTURUM DOĞRU KİMLİKLENDİRME	Hemşirenin hasta güvenliği için hastanın doğru kimliklendirilmesinin önemine inanması ve doğru kimliklendirme aşamalarını uygulaması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Doğru kimliklendirme kavramını açıklar. 2. Hasta güvenliği için doğru kimliklendirmenin önemine inanır. 3. Doğru kimliklendirme aşamalarını irdeler. 4. Hasta güvenliği için doğru kimliklendirme aşamalarını uygular.	1. Doğru Kimliklendirme Kavramı 2. Hasta Güvenliği İçin Doğru Kimliklendirmenin Önemi Doğru Kimliklendirme Aşamaları	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü
IV. OTURUM İLAÇ GÜVENLİĞİ	Hemşirenin hasta güvenliği için ilaç güvenliğinin önemine inanması ve ilaç güvenliğini sağlamak için alınacak önlemleri uygulaması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. İlaç güvenliği kavramını açıklar. 2. İlaç güvenliğindeki 8 D kuralını tartışır. 3. Hasta güvenliği için ilaç güvenliğinin önemine inanır 4. İlaç güvenliğini etkileyen	1. İlaç Güvenliği Kavramı 2. İlaç Güvenliğinde 8 D Kuralı 3. Hasta Güvenliği İçin İlaç Güvenliğinin Önemi 4. İlaç Güvenliğini Etkileyen Durumlar/ Etkenler 5. İlaç Güvenliğini	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü

		durumları/etkenleri değerlendirir. 5. İlaç güvenliğini sağlamak için alınacak önlemleri uygular.	Sağlamak İçin Alınacak Önlemler		
VI. OTURUM ENFEKSİYON RİSKİ	Hemşirenin hasta güvenliği için enfeksiyon risklerinin azaltılmasının/önlenmesinin önemini tartışması ve enfeksiyon risklerini azaltmaya/önlenmeye yönelik önlemleri uygulaması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Enfeksiyon kavramını açıklar. 2. Enfeksiyon kaynaklarını irdeler. 3. Hasta güvenliği için enfeksiyon risklerinin belirlenmesinin önemini yorumlar. 4. Enfeksiyon risklerine neden olan faktörleri tartışır. 5. Enfeksiyon risklerini azaltmaya/ önlemeye yönelik alınacak önlemleri uygular.	1. Enfeksiyon Kavramı 2. Enfeksiyon Kaynakları 3. Hasta Güvenliği İçin Enfeksiyon Risklerinin Belirlenmesinin Önemi 4. Enfeksiyon Risklerine Neden Olan Faktörler 5. Enfeksiyon Risklerini Azaltmaya /Önlemeye Yönelik Alınacak Önlemler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü
VI. OTURUM DÜŞME RİSKİ	Hemşirenin hasta güvenliği için düşme risklerini belirleyerek, düşme risklerini azaltmaya/önlemeye yönelik alınacak önlemleri alması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Düşme kavramını açıklar. 2. Hasta güvenliği için düşme risklerinin belirlenmesinin önemini yorumlar. 3. Düşme risklerini ortaya çıkaran nedenleri tartışır.	1. Düşme Kavramı 2. Hasta Güvenliği İçin Düşme Risklerinin Belirlenmesinin Önemi 3. Düşme Risklerine Neden Olan Faktörler 4. Düşme Risklerini Azaltmaya /Önlemeye Yönelik	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü

		4. Düşme risklerini risklerine neden olan faktörleri tartışır. 5. Düşme risklerini azaltmaya/önlemeye yönelik alınacak önlemleri uygular.	Alınacak Önlemler		
VII. OTURUM DOĞRU TARAF, DOĞRU PROSEDÜR VE DOĞRU HASTA CERRAHİSİ	Hemşirenin doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisini engelleyen durumlar ve bu engelleri azaltmaya/ortadan kaldırmaya yönelik önlemleri tartışarak, hasta güvenliği için önemini değerlendirmesi	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisi kavramlarını açıklar. 2. Hasta güvenliği için doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisinin önemini tartışır. 3. Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisini engelleyen durumları tartışır. 4. Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisini engelleyen durumlara ilişkin önlemleri değerlendirir.	1. Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisi Kavramları 2. Hasta Güvenliği İçin Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Önemi 3. Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisini Engelleyen Durumlar 4. Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisini Engelleyen Durumları Azaltmaya/ Ortadan Kaldırmaya Yönelik Önlemler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme ▪ Hemşire Günlüğü

** Eğitim programının başında ve sonunda, Hasta Güvenliği Bilgi Testi, California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği, Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği, Hemşire Günlüğü kullanılmıştır.*

3.11. PLASEBO GRUBU İÇİN OLUŞTURULMUŞ EĞİTİM PROGRAMI

Plasebo grubu için hazırlanan eğitim programı, hasta güvenliği ile ilgisi olmayan, ancak T.C Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında görev yapan personele yönelik gerçekleştirilen hizmet içi eğitim programlarında yer alan konu başlıklarından hazırlanmış, literatür doğrultusunda yapılandırılmıştır (Baltaş & Baltaş, 2016; Resmi Gazete, 18.01.2007; Resmi Gazete, 14.07.1965; Resmi Gazete, 10.06.2020; https://saglik.gov.tr/, Erişim tarihi: 10 Haziran 2018; https://www.ilkadim.bel.tr /yerel-esitlik/8.pdf, Erişim tarihi: 13 Haziran 2018).

Eğitim programının amaç ve hedefleri, içeriği, tarihi ve süresi, yeri, öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri, değerlendirme yöntemleri, bütçesi belirlenmiştir (Tablo 3.6).

Tablo 3.6: Plasebo grubuna yönelik eğitim programı (her oturuma özgü)

KONU	AMAÇ	HEDEFLER	İÇERİK PLANI	ÖĞRETİM YÖNTEM ve TEKNİKLERİ ÖĞRETİM MATERYALLERİ	DEĞERLERLENDİRME
I. OTURUM SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI VE BAĞLI BİRİMLER	Hemşirenin Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatları ile bağlı birimlerini farkında olması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısını açıklar. 2. Sağlık Bakanlığı görev dağılımlarını bilir. 3. Sağlık Bakanlığı görev yetkilerini inceler. 4. Sağlık Bakanlığı merkez kurullarının farkında olur. 5. Sağlık Bakanlığı merkez birimlerinin farkında olur.	1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı 2. Sağlık Bakanlığı Görev Dağılımı 3. Sağlık Bakanlığı Görev Yetkileri 4. Sağlık Bakanlığı Merkez Kurulları 5. Sağlık Bakanlığı Hizmet Birimleri	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme
II. OTURUM SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI VE BAĞLI BİRİMLER	Hemşirenin İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinin yapısı ve işleyişi hakkında farkındalığının olması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısını açıklar. 2. İl Sağlık Müdürlüğü teşkilat yapısını bilir. 3. İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı başkanlık ve birimlerinin farkında olur. 4. Başkanlık ve birimlerin görev, yetki ve sorumluluklarını bilir. 5. Hastanelerin	1. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı 2. İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Yapısı 3. İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Başkanlıklar ve Birimlerin Organizasyonu 4. İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Başkanlık ve Birimlerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları 5. İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme

		yapılanmasını açıklar.	Hastanelerin Yapılanması		
III. OTURUM STRES VE YÖNETİMİ	Hemşirenin stresin nedenleri ve belirtilerinin farkına vararak stresle başa çıkma yöntemlerini uygulayabilmesi	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Stres kavramını açıklar. 2. Stresin nedenlerini tartışır. 3. Stresin türlerini açıklar. 4. Stres belirtilerinin farkında olur. 5. Stresin sonuçlarını açıklar. 6. Stres ile başa çıkma yöntemlerini uygulamanın önemine inanır. 7. Stresle başa çıkma yöntemlerini uygular.	1. Stres Kavramı 2. Stresin Nedenleri 3. Stres Türleri 4. Stres Belirtileri 5. Stresi Sonuçları 6. Stres ile Başa Çıkma Yöntemleri	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme
IV. OTURUM DEVLET MALINI KORUMA	Hemşirenin kamu mallarını korunmasının öneminin farkında olması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Kamu malı kavramını açıklar. 2. Kamu mallarının özelliklerini bilir. 3. Kamu malını korumanın önemine inanır. 4. Kamu malının korunması için gerekli tasarruf tedbirlerini uygular. 5. Sorumluluklarının farkında olur.	1. Kamu Malı Kavramı 2. Kamu Malı Sınıflandırması 3. Kamu Mallarının Özellikleri 4. Devletin Özel Malları 5. Devlet Malının Korunması 6. Tasarruf Tedbirleri 7. Yöneticilerin Sorumlulukları 8. Personelin Sorumlulukları	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri**: Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme

VI. OTURUM **RESMİ YAZIŞMA KURALLARI**	Hemşirenin resmi yazışma kurallarını bilmesi ve fiziksel/elektronik ortamda uygulayabilmesi	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Resmi yazışma kurallarına ilişkin mevzuatları bilir. 2. Belgenin özelliklerini açıklar. 3. Belgenin bölümlerini açıklar. 4. Belgenin gönderim kurallarını uygular. 5. Uygun yazılmayan yazılarda izlenecek yolu tartışır.	1. Resmi Yazışma Kavramı 2. Resmi Yazışma Kurallarına İlişkin Mevzuat 3. Belge ve Doküman Kavramı 4. Belgenin Özellikleri 5. Belgenin Bölümleri 6. Belgenin Gönderilmesi 7. Uygun Yazılmayan Yazılar	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme
VI. OTURUM **657 SAYILI DEVLET MEMURLARI GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI**	Hemşirenin 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında görev, yetki ve sorumluluklarının farkında olması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Devlet Memuru kavramını açıklar. 2. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununu irdeler. 3. Devlet Memurunun görev, yetki ve sorumluluklarının farkında olur. 4. Devlet memurunun hukuki sorumluluklarını tartışır. 5. Devlet memurunun uyması gereken yasakların farkında olur. 6. Devlet memurunun disiplin ve idari soruşturmalarını	1. Devlet Memuru Kavramı 2. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu Temel İlkeleri 3. Devlet Memurunun Görev ve Sorumlulukları 4. Devlet Memurunun Hukuki Sorumlulukları 5. Devlet Memurunun Uyması Gereken Yasaklar 6. Devlet Memurunun Disiplin ve İdari Soruşturmaları	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt	▪ Sözel Değerlendirme

		tartışır.			
VII. OTURUM KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE	Hemşirenin şiddet oluşmadan önce riskleri belirleyerek önlem alınmasının öneminin farkında olması	Bu oturum sonunda hemşire; 1. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kavramını açıklar. 2. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarını tartışır. 3. Şiddet kavramını açıklar. 4. Şiddet döngünü irdeler. 5. Şiddet türlerinin farkında olur. 6. Şiddetin olası sonuçlarını tartışır. 7. Şiddet durumunda başvuru yapılabilecek kurumları bilir. 8. Şiddeti önlemenin önemine inanır. 9. Şiddeti önlemek için gerekli tedbirleri alır.	1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği 2. Sosyal Hayatta Kadın 3. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Sonuçları 4. Şiddet Kavramı 5. Kadına Yönelik Şiddet Kavramı 6. Şiddet Döngüsü 7. Şiddet Türleri 8. Şiddetin Sonuçları 9. Şiddet Durumunda Başvuru Yapılabilecek Kurumlar 10. Şiddeti Önlemek İçin Alınacak Tedbirler	**Öğretim Yöntem ve Teknikleri:** Düz Anlatım, Soru Cevap **Öğretim Materyalleri:** Barkovizyon/Slayt Video gösterimi	▪ Sözel Değerlendirme

** Eğitim programının başında ve sonunda, Hasta Güvenliği Bilgi Testi, California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği, Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği kullanılmıştır.*

3.12. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler etik kurul onayı, kurum izni ve bireysel onam alındıktan sonra 10 Ekim 2018- 1 Ekim 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerine ilişkin ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla 24 katılımcı ile Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nda yer alan sorular doğrultusunda bireysel görüşmeler yapılmıştır. Katılımcılar, hasta güvenliği konusunda daha önce çalışmaları olan, T.C Sağlık Bakanlığına bağlı bir kurumda görev yapmış/halen yapmakta olan, SKS kapsamında hasta güvenliği ile ilgili eğitim almış ve alandaki uygulamaları bilen kişiler arasından seçilmiştir. Bireysel görüşmeler hemşireler ile uygun zaman belirlenerek gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde, yanıtların amaçtan sapmamasına, zengin ve derinliğe sahip yanıtlar elde edilmesi için katılımcının görüşlerine müdahale edilmemesine dikkat edilmiştir. Görüşmeler sessiz, aydınlık, güvenli, kolay ulaşılabilir ortamlarda yüz yüze gerçekleştirilmiş, gerekli malzemeler (ses kayıt cihazı, deşifre defteri, gözlem defteri) önceden hazırlanmıştır (Erdoğan, Nahcivan & Esin, 2015). Görüşmelerin veri doygunluğu sağlanıncaya kadar sürdürülmesine dikkat edilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 30-50 dk. sürmüştür. Veri kaybını engellemek için katılımcıların izni alınarak görüşmelerde ses kaydı ve gözlem notları alınmıştır. Görüşme esnasında formda bulunan soruların dışında gerektiğinde alt sorular sorulmuş, anlaşılmayan sorularda açıklamalar yapılmıştır. Veri doygunluğu sağlanıncaya kadar görüşmelere devam edilmiştir (Baltacı 2018; Yıldırım & Şimşek, 2016).

Araştırmacı tarafından araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hemşirelere Hemşire Bilgi Formu uygulanmıştır. Gruplar arası homojenlik tespiti yapıldıktan sonra girişim, kontrol ve plasebo gruplarında yer alan hemşireler belirlenmiştir.

Eğitim programlarına başlamadan önce girişim, kontrol ve plasebo gruplarında yer alan hemşirelere araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgi verilerek bireysel onamları alındıktan sonra Hasta Güvenliği Bilgi Testi (Ön Test), California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği, Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği uygulanmıştır.

Eğitim programları, yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Yapılandırmacı ve Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programları ile Plasebo grubuna yönelik hazırlanan eğitim programı haftada iki gün olmak üzere toplam yedi oturumdan oluşmuştur. Her oturum 90 dakika sürmüştür. 45 dakikada bir 15 dakika ara verilmiştir.

Eğitim programları tamamlandıktan sonra girişim, kontrol ve plasebo gruplarındaki hemşirelere; Hasta Güvenliği Bilgi Testi (Son Test), California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ), Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) uygulanmıştır.

Eğitimden bir ay sonra ve altı ay sonra Hasta Güvenliği Bilgi Testi (Son Test), California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ), Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) uygulanmıştır.

Girişim grubundaki hemşireler Yapılandırılmış Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının, kontrol grubundaki hemşireler Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının her eğitim oturumu sonunda eğitim sürecini değerlendirmek amacıyla Hemşire Günlüğü tutmuştur.

3.13. VERİ ANALİZİ

Verilerin analizinde hem niteliksel ve hem de niceliksel analiz yöntemleri kullanılmıştır.

3.13.1. Nicel Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri, IBM SPSS Statistics 21.0 programında (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa lisanslı) analiz edilmiştir. Analizler %95 güven aralığında ve $p<0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

Örneklemden elde edilen verilerin güvenirliklerini test etmek için iç tutarlık analizleri (Kuder-Richardson 20 ve Cronbach’s alfa) yapılmıştır.

Araştırmaya katılarak girişim, kontrol ve plasebo gruplarında yer alan hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerinin ve hasta güvenliği bilgi testine verdikleri yanıtların dağılımlarını belirlemek için tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, en

düşük-en yüksek ve ortalama değerler ile standart sapması) yapılmıştır. Gruplar arasında bireysel ve mesleki özellikler açısından anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için ise karşılaştırma analizleri (Ki-kare ve Kruskall Wallis) kullanılmıştır.

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Testi, California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyutları ile Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımını belirlemek için tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, en düşük-en yüksek ve ortalama değerler ile standart sapması) gerçekleştirilmiştir. Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında grup içi ölçümler arasındaki farklılıkların incelenmesi için eşleştirilmiş gruplarda tek faktörlü varyans analizi ("zaman" faktörüne göre) uygulanmıştır. Girişim, kontrol ve plasebo gruplarından elde edilen ölçümlerin gruplara göre karşılaştırılması için ise eşleştirilmiş gruplarda çift faktörlü varyans analizi ("zaman" X "grup" faktörüne göre) uygulanmıştır. Eşleştirilmiş gruplarda tek ve çift yönlü varyans analizleri gerçekleştirilirken, Mauchly's küresellik testinin anlamlı olduğu durumlarda Greenhouse-Geisser sonucu, anlamlı olmadığı durumlarda ise Sphericity Assumed değeri rapor edilmiştir. Zaman ya da grup faktörünün ölçümler üzerindeki etkisinin ortaya konması için regresyon katsayısı (Partial Eta Squared R^2) raporlanmıştır. Son olarak gruplar arası anlamlılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesinde Bonferroni düzeltmesi uygulanarak post hoc Tukey analizi yapılmıştır.

3.13.2. Nitel Verilerin Analizi

Yapılandırmacı Eğitim Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının ilk aşaması olarak gerçekleştirilen ihtiyaç analizine ilişkin veriler, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formunda yer alan sorular doğrultusunda bireysel görüşme yapılarak elde edilmiştir. Bireysel görüşmeler sırasında alınan ses kayıtları herhangi bir değişiklik veya müdahale edilmeden, tüm detay ve gözlem notları ile birlikte araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazılı metin haline getirilmiş ve deşifre edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır (Güven & Kabaran, 2021). Tüm verilerin güvenilirliği için, ana temaların alt temalarla tutarlılığı doğrulanmıştır. Sonrasında ana temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Veriler; 5 ana tema ve 19 alt tema olarak gruplandırılmıştır (Tablo 4.2). Metin içinde

verileri kullanılan hemşirelerin; yaşı, mesleki deneyim yılı, görevi ifadelerin sonunda parantez içinde belirtilmiştir.

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan hemşireler (girişim grubunda yer alan) ile Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan hemşirelerin (kontrol grubunda yer alan) her eğitim sonrasında tuttuğu kayıtlardan (Hemşire Günlüğü) elde edilen veriler, herhangi bir değişiklik veya müdahale yapılmadan araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazılı metin haline getirilmiş ve deşifre edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır (Güven & Kabaran, 2021). Tüm verilerin güvenilirliği için, ana temaların alt temalarla tutarlılığı doğrulanmış, sonrasında ana temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Veriler; 5 ana tema olarak gruplandırılmıştır (Tablo 4.8, Tablo 4.9). Metin içinde görüşleri kullanılan hemşireler (Hemşire1, Hemşire2 vb. şeklinde) ifadelerin sonunda parantez içinde belirtilmiştir.

3.14. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

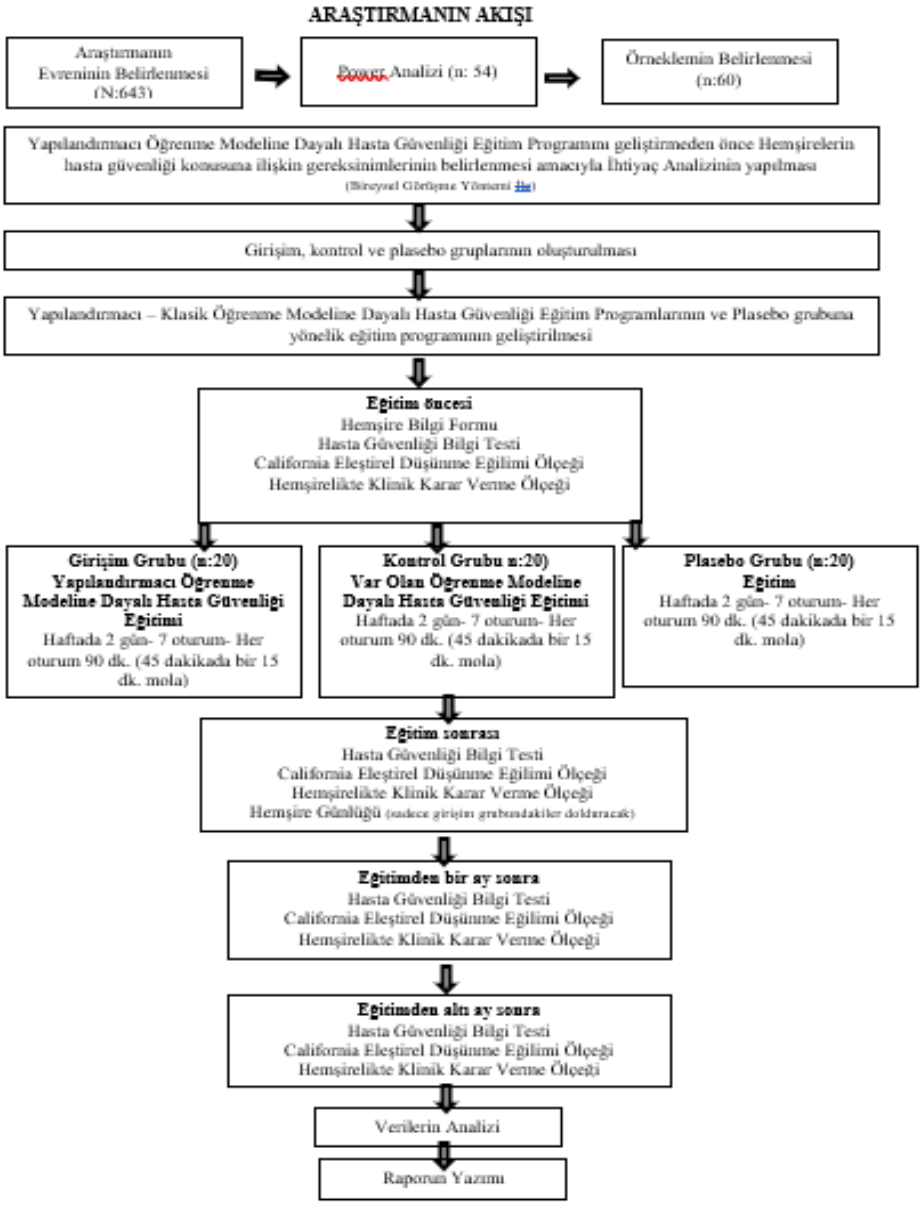
Araştırmanın etik kurul onayı, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Etik Kurul Başkanlığı'ndan (Tarih: 24.07.2018 Sayı: 937) alınmıştır (EK 11). İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurularak araştırmanın gerçekleştirileceği kurum izni (Tarih: 25.10.2018 Sayı: 3323) alınmıştır (EK 12).

California Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği için yazılı izin alınmıştır (EK 13). Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Doç. Dr. Aylin DURMAZ EDEER'den e-posta ile yazılı izin alınmıştır (EK 14). Araştırmada gönüllü katılım esas alınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK 7).

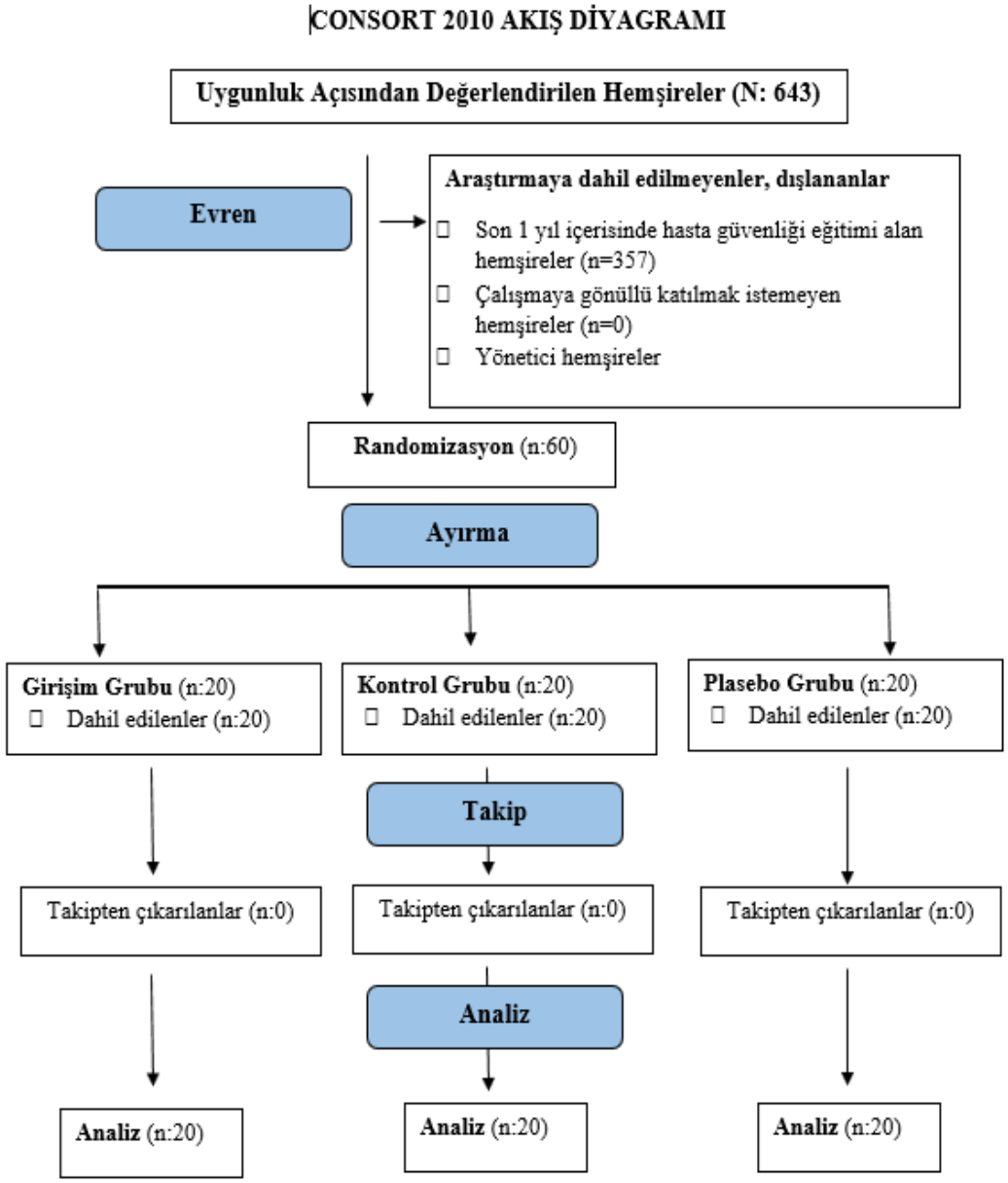
3.15. ARAŞTIRMA AKIŞI

Araştırma süreci akış şemasında (Şekil 3.15) belirtildiği gibi planlanmış ve uygulanmıştır. Literatürde randomize kontrollü çalışmalar ve tüm adımlarının, Çalışmanın Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of

Reporting Trials: CONSORT) doğrultusunda gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Schulz, Altman & Moher, 2010). Araştırma online olarak CONSORTsistemine kaydedilerek araştırmanın aşamaları CONSORT 2010 akış diyagramı doğrultusunda hazırlanmıştır (Şekil 3.16).



Şekil 3.15: Araştırma akış şeması



Şekil 3.16: Araştırmanın CONSORT diyagramı

4. BULGULAR

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyine, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısına etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen veriler, iki ana başlık altında verilen alt başlıklar altında sunulmuştur.

İhtiyaç Analizine İlişkin Bulgular

- Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri
- Hemşirelerin Hasta Güvenliği ile İlgili Bilgi ve Becerilerini Geliştirmeye Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Ana Temalar ve Alt Temalar

Eğitim Sürecine İlişkin Bulgular

- Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşlerine İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Grup içi – Gruplar arası ve Zamana göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup içi – Gruplar arası ve Zamana göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup içi – Gruplar arası ve Zamana göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular
- Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgular
- Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgular

4.1. İHTİYAÇ ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Araştırma, 6 yönetici hemşire, 7 eğitim hemşiresi, 3 servis sorumlu hemşiresi, 5 servis hemşiresi, 3 hemşire öğretim elemanı ile gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri (N: 24)

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Unvan	Çalışma yılı	Uzmanlık Alanı
Öğretim Elemanı-1	45	Kadın	Profesör	20 yıl	Sağlık Yönetimi
Öğretim Elemanı-2	48	Kadın	Doçent	20 yıl	Dahiliye
Öğretim Elemanı-3	44	Kadın	Doçent	20 yıl	Eğitim
Hemşire (Yönetici)-1	34	Kadın	Uzman Hemşire	13 yıl	Yönetici
Hemşire (Yönetici)-2	38	Kadın	Uzman Hemşire	12 yıl	Yönetici
Hemşire (Yönetici)-3	38	Kadın	Uzman Hemşire	14 yıl	Yönetici
Hemşire (Yönetici)-4	46	Kadın	Uzman Hemşire	28 yıl	Yönetici
Hemşire (Yönetici)-5	43	Kadın	Uzman Hemşire	23 yıl	Yönetici
Hemşire (Yönetici)-6	49	Kadın	Uzman Hemşire	31 yıl	Yönetici
Hemşire (Sorumlu)-1	41	Erkek	Hemşire	13 yıl	Ameliyathane
Hemşire (Sorumlu)-2	44	Kadın	Hemşire	26 yıl	Enfeksiyon
Hemşire (Sorumlu)-3	42	Kadın	Hemşire	24 yıl	Dahiliye
Hemşire (Eğitim)-1	42	Kadın	Hemşire	22 yıl	Eğitim Birimi
Hemşire (Eğitim)-2	35	Kadın	Uzman Hemşire	9 yıl	Eğitim Birimi
Hemşire (Eğitim)-3	40	Kadın	Uzman Hemşire	19 yıl	Eğitim Birimi
Hemşire (Eğitim)-4	34	Kadın	Uzman Hemşire	9 yıl	Eğitim Birimi
Hemşire (Eğitim)-5	41	Kadın	Uzman Hemşire	11 yıl	Eğitim Birimi
Hemşire (Eğitim)-6	40	Kadın	Uzman Hemşire	19 yıl	Eğitim Birimi
Hemşire (Eğitim)-7	39	Kadın	Hemşire	19 yıl	Eğitim Birimi
Hemşire-1	40	Kadın	Hemşire	19 yıl	Servis hemşiresi – Stoma ve yara bakımı hemşiresi
Hemşire-2	41	Kadın	Uzman Hemşire	22 yıl	Servis hemşiresi
Hemşire-3	41	Kadın	Uzman Hemşire	23 yıl	Servis hemşiresi
Hemşire-4	38	Kadın	Hemşire	16 yıl	Servis hemşiresi
Hemşire-5	40	Kadın	Hemşire	9 yıl	Servis hemşiresi

4.1.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Becerilerini Geliştirmeye Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Ana Temalar ve Alt Temalar

Katılımcılarla yapılan bireysel görüşmelerin analizinde; hemşirenin hasta güvenliğinin sağlanmasının önemi, en sık rastlanan hasta güvenliği hataları, hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gerekenler, bu bilgi ve becerilerin geliştirilmesi için yapılacaklar ve hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarını yapılandırmaya ilişkin görüşlerini içeren ana temalar ve alt temalar belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik ihtiyaçlarına ilişkin ana temalar ve alt temalar

ANA TEMALAR	ALT TEMALAR
Hasta güvenliği sağlanmasının önemi	▪ Hasta açısından ▪ Kurumsal açıdan ▪ Hemşire açısından
En sık rastlanan hasta güvenliği hataları	▪ Yanlış/eksik ilaç uygulamaları ▪ İletişim ▪ Hasta kimliğinin doğrulanmaması ▪ Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru cerrahi ▪ Hasta düşmeleri ▪ Enfeksiyon
Hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gerekenler	▪ Bilgi ▪ Beceri
Hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirilmesi için yapılacaklar	▪ Birim-alan-hastaneye özgü hizmetiçi eğitimlerin yapılması (uzaktan/yüzyüze şeklinde) ▪ Lisans eğitim programlarına ders olarak eklenmesi ▪ Mezuniyet sonrası eğitimlerin düzenlenmesi ▪ Belirli aralıklarla denetimlerin yapılması
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarını yapılandırma	▪ Öğretim Yöntem ve Teknikleri ▪ Öğretim Materyalleri ▪ Değerlendirme Yöntemleri ▪ Konu/İçerik

4.1.2.1. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasının Önemi

Katılımcıların hasta güvenliğinin sağlanmasının önemine ilişkin görüşleri; hasta, kurumsal ve hemşire açısından olmak üzere 3 alt tema altında tanımlanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanmasının kurumsal açıdan önemini; kurum verimliliğini arttırması, hastanın hastanede yatış süresinin ve sağlık maliyetlerinin düşmesi olarak ifade etmişlerdir.

"Tedavi sürecinin eksiksiz ve tam yapılabilmesi için hasta güvenliğini sağlamada hemşirenin fonksiyonu çok büyük" (42 yaş, 22 yıl, Eğitim Hemşiresi)

"Hasta ve kurumu maddi ve manevi yönden zarara uğratmak istemeyiz. Dolayısıyla önemli." (38 yaş,14 yıl, Yönetici Hemşire)

Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanmasının hemşire açısından önemini; bakım kalitesinin ve hizmetin niteliğinin artması, hasta ve diğer sağlık personelleri ile doğru iletişim kurulması olarak ifade etmişlerdir.

"Hastanın takip ve tedavilerinin doğru yapılabilmesi için hastanın alacağı hizmet kalitesinin artırılması önemlidir." (40 yaş, 19 yıl, Eğitim Hemşiresi)

"Hemşire hastanın bakımı konusunda pek çok sorumluluk alır. Bu nedenle hasta ve hemşire sürekli iletişim halindedir." (38 yaş, 16 yıl, Servis Hemşiresi)

Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanmasının hasta açısından önemini ise; bakım kalitesinin artması, ilaç güvenliğinin sağlanması, hastada olası komplikasyonların oluşmasının engellenmesi, tıbbi hataların önlenmesi, tedavinin etkinliğinin ve doğruluğunun sağlanması, hastanın hastanede yatış süresinin kısalması, hastanın normal hayatına en kısa sürede dönmesi ve hastane enfeksiyonlarının önlenmesi olarak ifade etmişlerdir.

"Hasta bakım kalitesini artırmak, hastanın daha iyi tedavi alması ve tedavi süresi boyunca tedavide beklenen riskler dışında dışarıdan çevresel risklerden korunabilmesi için gerekli tedbirlerin alınması önemli." (35 yaş, 9 yıl, Eğitim Hemşiresi)

"Hastanın güvenliğinin sağlanması en başta bir tedavisinin tam olarak yapılabilmesi için, çok uzun süre hastanede kalabilmesine engel olabilmesi için, hastane enfeksiyonlarını kapmaması için, onun dışında hem hasta

yakınlarının o ortamda bulunup gerek ekonomik gerekse sosyal faaliyetlerinden ayrı kalmaması için bence güvenliği çok önemli. Çünkü güvenlik olduğunda daha kısa sürede hasta taburcu olup normal hayatına dönebilir." (41 yaş, 22 yıl, Servis Hemşiresi)

4.1.2.2. En Sık Rastlanan Hasta Güvenliği Hataları

Katılımcıların en sık rastlanan hasta güvenliği hatalarına ilişkin görüşleri; iletişim, yanlış/eksik ilaç uygulamaları, hasta kimliğinin doğrulanmaması, doğru taraf, doğru prosedür ve doğru cerrahi, hasta düşmeleri, enfeksiyon olmak üzere 6 alt tema altında tanımlanmıştır (Tablo 4.2).

"Düşme ile ilgili sıkıntılar çok yaşanıyor. Özellikle diyabet bölümlerinde. Çünkü oradaki hastalar yaşlı ve şeker seviyeleri çok değişken olduğu için maalesef bizim de hasta yoğunluğumuz fazla olduğu için bazen yanında bulunan kişilerin de farkında olmadan düşmeler olabiliyor. Ya da enfeksiyon sorunu yaşanıyor. Hastanın izole olması gerekiyor ama engel olmaya çalışsanız da yakınlarının ziyaret etmesine engel olamadığınız durumlar da olabiliyor." (41 yaş, 22 yıl, Servis Hemşiresi)

"En çok yaşadığımız hasta güvenliğine ilişkin hatalar, hastaların günübirlik ameliyata geldikleri durumlarda yaşanıyor. Akşamdan yatışları yapılıp gündüz sabah erken saatlerde ameliyata alınıyorlar. Bu kişiler ameliyata her zaman hemşire ile gidemiyorlar. Bazen teslimi yapılamıyor. Hastanın dosyayla bilekliğini her zaman kontrol etmeye çalışıyoruz ama hemşire sayısının azlığı sebebiyle edemediğimiz durumlar olabiliyor…." (41 yaş, 23 yıl, Servis Hemşiresi)

"Kimlik doğrulama.. Çünkü bazen yanlış kan transfüzyonunun eşiğinden dönebiliyoruz ya da yanlış ilaç uygulamaları." (38 yaş, 12 yıl, Yönetici Hemşire)

4.1.2.3. Hemşirenin Hasta Güvenliğine İlişkin Sahip Olması Gerekenler

Katılımcıların hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gerekenlere ilişkin görüşleri; bilgi ve beceri olmak üzere 2 alt tema altında tanımlanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcılar hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gereken bilgileri; hasta güvenliğine ilişkin prosedür ve talimatlar, düşmelere karşı alınacak önlemler, hasta mobilizasyonu, enfeksiyondan korunma yolları, ilaç uygulamalarında 8D (sekiz doğru) kuralı etkili iletişim yöntemleri, hastayı doğru kimliklendirme şeklinde ifade etmişlerdir.

> *"Tamamen konulan tanıya göre hasta güvenliğinin boyutları değişiyor. Cerrahi hasta mı, enfeksiyon hastası mı? Bunlar konusunda hemşirenin bilgi ve donanım sahibi olması gerekiyor. Kurumu tarafından bu konulara ilişkin hasta güvenliği konusunda bilgilendirilmiş olması gerektiğini düşünüyorum…." (35 yaş, 9 yıl, Eğitim Hemşiresi)*

> *"Hemşire hangi bilgi ve beceriye sahip olursa olsun mutlaka bilgileri tekrar tekrar teyit etmeli, tekrar tekrar kontrol etmeli, hastanın kimliğini, hastanın barkodunu, hastanın dosyasını, hastanın ilacını, hastanın tedavisini her türlü bilgiyi tekrar tekrar sorgulamalı." (34 yaş, 13 yıl, Yönetici Hemşire)*

> *"Hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin prosedür ve talimatları biliyor olması ve eksiksiz uygulaması gerekir." (49 yaş, 31 yıl, Yönetici Hemşire)*

Katılımcılar hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gereken becerileri; etkili iletişim kurma, hasta mobilizasyonuna eşlik etme, el hijyeni kurallarına uyma, kimlik bilgileriyle hastaya müdahale etme, ilaç uygulamalarında 8D kuralını uygulama, düşmelere karşı önlemler alma, enfeksiyonlardan korunma, hasta güvenliğine ilişkin prosedür ve talimatları eksiksiz uygulama, kurum, birime ve hastaya özgü riskleri belirleme, karar verme ve problem çözme olarak ifade etmişlerdir.

> *"Özellikle gece herkes uyuduğu, hastaların odaları karanlık olduğu için hemşire her odaya girip çıkmıyor. Ama sorunlu olan hastaları belirleyip ya şu*

hastada böyle bir risk söz konusu diye düşünüp kontrol edebilmeli, hasta ve ailesi ile bu konuda iletişim halinde olmalıdır." (40 yaş, 19 yıl, Servis Hemşiresi)

"Hasta düşmelerinin önemini bilmesi ve bunun gibi tüm hasta güvenliği konularını bilmesi, bu konulardaki önlemi-tedbirleri alabilecek, hemşirelik uygulamalarını yapabilecek becerilere de sahip olması gerekiyor…" (40 yaş, 19 yıl, Eğitim Hemşiresi)

"Doğru hastaya doğru işlem yapıyor muyuz? Hani yatak numarasıyla değil de özellikle kimlik bilgileriyle hastaya müdahale etmemiz gerekiyor." (44 yaş, 26 yıl, Sorumlu Hemşire)

4.1.2.4. Hemşirenin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi ve Becerilerini Geliştirme

Katılımcıların hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirmeye ilişkin görüşleri; birim-alan-hastaneye özgü hizmet içi eğitimlerin yapılması, lisans eğitim programlarına ders olarak eklenmesi, mezuniyet sonrası eğitimlerin düzenlenmesi ve belirli aralıklarla denetimlerin yapılması olmak üzere 4 alt tema altında tanımlanmıştır (Tablo 4.2). Katılımcıların tamamına yakını, hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerin eğitimle geliştirilebileceğini belirtmişlerdir.

"Hem SKS hem de verimlilik kapsamında verilen eğitimler içerisinde bulunan bir konu bu.. Hem yüz yüze de almalı, hem de güncelliğinin korunabilmesi adına yılda bir iki sefer hem hastane bazlı hem de birim içerisinde ufak toplantılarda dile getirilebilmeli." (42 yaş, 22 yıl, Eğitim Hemşiresi)

"Hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesinde okullarda bu konuyla ilgili bir dersin müfredata eklenmesi gerekiyor." (49 yaş, 31 yıl, Yönetici Hemşire)

"Küçük bir hatanın veya dikkatsizliğin insan hayatına mal olabileceği vurgulanmalı, olası hataları da en aza indirgemek için sürekli hizmet içi eğitimler verilmeli, kişiler çalışma ortamında denetlenmeli." (38 yaş, 16 yıl, Servis Hemşiresi)

4.1.2.5. Hasta Güvenliği ile İlgili Eğitim Programlarını Yapılandırma

Katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarının yapılandırılmasına yönelik görüşleri; öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri, değerlendirme yöntemleri ve konu/içerik olarak 4 alt tema altında tanımlanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcılar hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları yapılandırılırken; hasta güvenliği ile ilgili standartlar, talimatlar/prosedürler, Dünyada ve Türkiye'de yaşanan hasta güvenliği hataları ve alınabilecek önlemler vb. konuların programda yer alması gerektiğini ifade etmişlerdir.

"... hazırlanacak eğitim programında mutlaka hastanemizdeki hatalar ya da Türkiye'deki hatalar ele alınmalıdır." (40 yaş, 19 yıl, Eğitim Hemşiresi)

"Eğitim programlarında hasta güvenliğine ilişkin talimatlara/prosedürlere ve hasta güvenliğini riske sokan neden olan hatalar ve bu hataların önlenmesine yönelik alınacak tedbirler açıklanmalıdır." (38 yaş, 16 yıl, Servis Hemşiresi)

Katılımcılar hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları yapılandırılırken; örnek olay, soru cevap, grup tartışması, rol oynama, beyin fırtınası, demonstrasyon, gösterip yaptırma, psikodrama vb. interaktif öğretim yöntemlerinin kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

"Genelde eğitimler kurumlarda hani anlatıp konferans tarzında geçme şeklinde oluyor. Ama bu çok etkin değil. Çünkü insanların çoğu odaklanamıyor, dinleyemiyor. Ama eğitime birebir dahil edildiklerinde interaktif çalışmalar yapıldığında daha etkin olabiliyor. Rol oynama, psikodrama, vaka çalışmaları olabilir." (35 yaş, 9 yıl, Eğitim Hemşiresi)

"Sadece tek düze okuyup geçmenin ya da sadece bir anlatıcının anlatıp geçmesinin çok doğru olmadığını düşünüyorum. ... onları olaya çekmek belki onların yaşanmışlıklarını ya da aktarılan şeylerin üzerinden gerçek yaşamla nasıl bütünleştireceğini, farkındalığını sağlayacak vaka çalışması, soru cevap, beyin fırtınası vb. yöntemlerin kullanılması ile eğitim daha etkili olacaktır." (45 yaş, 20 yıl, Öğretim Elemanı)

Katılımcılar hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları yapılandırılırken; simülatör, el kitapçıkları, akış şemaları, video gösterimi ve slayt vb. öğretim materyallerinin kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

"Yaşanmış olayları video gösterisi ile kişilere anlattığınız zaman nerede, neyin eksik olduğunu idrak edebilirler diye düşünüyorum." (41, 23, Servis Hemşiresi)

"Farklı simülasyon örnekleri. Hasta güvenliğinde de ben bunların kullanılabileceğini düşünüyorum." (45 yaş, 20 yıl, Öğretim Elemanı)

"Talimatlara, prosedürlere ilişkin el kitapçıklarının, akış şemalarının güncel tutulması ve bunların hemşire çalışma alanlarında bulunması gerekiyor." (38 yaş, 16 yıl, Servis Hemşiresi)

Katılımcılar hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları yapılandırılırken; gözlem, görüşme, hata/olay sayısı (istatistiksel açıdan), ön test – son test, güvenlik raporlama sistemi, 6 ay-1 yıl sonra retest yapılması vb. değerlendirme yöntemlerinin kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

"Re-testini yapmanız lazım 6 ay sonra, 1 yıl sonra.." (45 yaş, 20 yıl, Öğretim Elemanı)

"……. hasta güvenliğini sarsan olay sayısı istatistiksel olarak incelenmeli, böylelikle eğitim bilgi oranı değerlendirilebilir…" (38 yaş, 14 yıl, Yönetici Hemşire)

"Değerlendirme için eğitimin öncesi ve sonrasında ön test son test uygulanabilir. Yine çalıştığı birimde sorumlu hemşiresi tarafından bu kişiler gözlemlenebilir. Açıklar varsa bunlar üzerine tekrar yeni eğitimler düzenlenebilir diye düşünüyorum." (38 yaş, 16 yıl, Servis Hemşiresi)

4.2. EĞİTİM SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.2.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan girişim, kontrol ve plasebo gruplarındaki hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular, Tablo 4.3'de yer almaktadır.

Tablo 4.3 incelendiğinde;

Girişim grubundaki hemşirelerin çoğunluğu erkek (%65), bekâr (%65), lisans mezunudur (%75). Özellikli birimlerde (%65) hemşire olarak (%100) vardiyalı şekilde çalışmaktadır (%95). Hemşirelerin yaş ortalaması 28,90±4,49 yıl; hemşire olarak çalışma süresi ortalama 5,50±4,42 yıl; çalışan birimde çalışma süresi ortalama 3,95±4,37 yıl; görevde çalışma süresi ortalama 4,40±4,37 yıldır.

Kontrol grubundaki hemşirelerin çoğunluğu kadın (%60), bekâr (%70), lisans mezunu (%80) olduğu ve özellikli birimlerde (%65), hemşire olarak (%100) vardiyalı şekilde çalışmaktadır (%95). Hemşirelerin yaş ortalaması 28,95±6,82; hemşire olarak çalışma süresi ortalama 5,75±6,48; çalışan birimde çalışma süresi ortalama 4,15±6,23; görevde çalışma süresi ortalama 3,85±6,18 yıldır.

Plasebo grubundaki hemşireler yarı yarıya kadın-erkektir (%50), bekâr (%65), lisans mezunudur (%85). Özellikli birimlerde (%60), hemşire olarak (%100) vardiyalı şekilde çalışmaktadır (%100). Hemşirelerin yaş ortalaması 28,75±4,10; hemşire olarak çalışma süresi ortalama 5,60±5,10; çalışan birimde çalışma süresi ortalama 3,72±4,24; görevde çalışma süresi ortalama 3,80±4,53 yıldır.

Girişim, kontrol ve plasebo gruplarındaki hemşirelerin cinsiyetleri, medeni durumları, çalıştıkları birimler ile yaş, hemşire olarak çalışma süresi, çalışan birimdeki çalışma süresi ve görevde çalışma süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri (N:60)

Değişkenler	Girişim Grubu (n:20)		Kontrol Grubu (n:20)		Plasebo Grubu (n:20)		TOPLAM		Test istatistiği	Anlamlılık (p)
	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Cinsiyet										
Kadın	7	35,0	12	60,0	10	50,0	**29**	**48,3**	2,536	
Erkek	13	65,0	8	40,0	10	50,0	31	51,7	,281	
Medeni durum										
Bekar	13	65,0	14	70,0	13	65,0	40	66,7	,150	
Evli	7	35,0	6	30,0	7	35,0	20	33,3	,928	
Öğrenim durumu										
SML	1	5,0	1	5,0	0	0,0	2	3,3	-	
Ön Lisans	2	10,0	3	15,0	1	5,0	6	10,0	-	
Lisans	15	75,0	16	80,0	17	85,0	48	80,0		
Lisansüstü	2	10,0	0	0,0	2	10,0	4	6,7		
Çalışılan birim										
Servis	7	35,0	7	35,0	8	40,0	22	36,7	,144	
Özellikli	13	65,0	13	65,0	12	60,0	38	63,3	,931	
Görev										
Hemşire	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	-	
Yönetici	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	
Çalışma şekli										
Gündüz	1	5,0	1	5,0	0	0,0	2	3,3	-	
Vardiyalı	19	95,0	19	95,0	20	100,0	58	96,7	-	
	Ort±SS		**Ort±SS**		**Ort±SS**		**Ort±SS**		**KW**	**p**
Yaş	28,90±4,49		28,95±6,82		28,75±4,10		28,87±5,19		,387	,824
Hemşire olarak çalışma süresi	5,50±4,42		5,75±6,48		5,60±5,10		5,62±5,31		,077	,962
Çalışılan birimde çalışma süresi	3,95±3,55		4,15±6,23		3,05±1,96		3,72±4,24		1,034	,596
Görevde çalışma süresi	4,40±4,37		3,85±6,18		3,15±2,39		3,80±45,3		1,194	,550

n: sayı, %: yüzde, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma X^2: Ki-kare; KW: Kruskall Wallis

4.2.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşlerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan girişim, kontrol ve plasebo gruplarındaki hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşlerine ilişkin bulgular, Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4'deki bulgular incelendiğinde hemşireler;

- hasta güvenliği ile ilgili yeterli bilgiye (girişim %55, plasebo %55) ya da kısmen bilgiye sahip olduğunu (kontrol %50,0),
- çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir çalışmaya katılmadığını (girişim %95, kontrol %90, plasebo %95),
- hasta güvenliğine ilişkin hataların en sık hemşireler (girişim %85, kontrol %80, plasebo %55) ya da hekimler (girişim %70, kontrol %70, plasebo %50) tarafından yapıldığını,
- hasta güvenliğinden öncelikle sorumlu sağlık çalışanının yine hemşireler (girişim %85, kontrol %95, plasebo %50) ya da hekimler (girişim %90, kontrol %85, plasebo %60) olduğunu,
- çalışma yaşamında hasta güvenliğini tehlikeye sokan herhangi bir hata yapmadığını (girişim %85, kontrol %100, plasebo %95),
- hasta güvenliğini tehlikeye/riske sokan öncelikli nedenlerin; iş yükünün fazla olması (girişim %95, plasebo %90), uzun ve yorucu çalışma saatleri (kontrol %90) olduğunu,
- çalıştıkları kurumda yaşanan en önemli hasta güvenliği hatasının; etkili iletişimin sağlanamaması (girişim %70, plasebo 55) ve enfeksiyona bağlı risklerin olması (kontrol %75,0) olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.4: Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri (N:60)

Değişkenler	Girişim Grubu (n:20)		Kontrol Grubu (n:20)		Plasebo Grubu (n:20)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta güvenliği ile ilgili bilgi sahibi olma durumu								
Yeterli bilgiye sahibim	11	55,0	9	45,0	11	55,0	31	51,7
Tam olmasa da kısmen bilgim var	8	40,0	10	50,0	9	45,0	27	45,0
Hiçbir bilgiye sahip değilim	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Fikrim yok	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	1,7
Çalışılan kurumda hasta güvenliği ile ilgili çalışmaya katılma durumu								
Evet	1	5,0	2	10,0	1	5,0	4	6,7
Hayır	19	95,0	18	90,0	19	95,0	56	93,3
Hasta güvenliğine ilişkin en sık hata yapan sağlık çalışanı**								
Hekim	14	70,0	14	70,0	10	50,0	38	63,3
Hemşire	17	85,0	16	80,0	11	55,0	42	70,0
Eczacı	3	15,0	4	20,0	2	10,0	9	15,0
Laboratuvar görevlisi	4	20,0	3	15,0	4	20,0	11	18,3
Hasta bakıcı	13	65,0	13	65,0	15	75,0	41	68,3
Hasta güvenliğinden öncelikle sorumlu sağlık çalışanı**								
Hekim	18	90,0	17	85,0	12	60,0	47	78,3
Hemşire	17	85,0	19	95,0	20	10,0	56	93,3
Diğer sağlık personeli	7	35,0	3	15,0	7	35,0	17	28,3
Hasta bakıcı	7	35,0	8	40,0	9	45,0	24	40,0

Tablo 4.4: Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri (N:60) (Devam)

Değişkenler	Girişim Grubu (n:20)		Kontrol Grubu (n:20)		Plasebo Grubu (n:20)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışma yaşamında hasta güvenliğini tehlikeye sokan hata yapma durumu								
Evet	3	15,0	0	0,0	1	5,0	4	6,7
Hayır	17	85,0	20	100	19	95,0	56	93,3
Hasta güvenliğini tehlikeye/riske sokan öncelikli nedenler**								
Hemşire sayısının yetersiz olması	17	85,0	18	90,0	17	85,0	52	86,7
Hekim sayısının yetersiz olması	8	40,0	13	65,0	11	55,0	32	53,3
Uzun ve yorucu çalışma saatleri	16	80,0	18	90,0	17	85,0	51	85,0
İş yükünün fazla olması	19	95,0	17	85,0	18	90,0	54	90,0
Hastalara ayrılan sürenin az olması	11	55,0	14	70,0	9	45,0	34	56,7
Tıbbi bakımın karmaşık olması	2	10,0	3	15,0	2	10,0	7	11,7
Etkili bir iletişimin olmaması	10	50,0	12	60,0	11	55,0	33	55,0
Sağlık bakım ekibinin üyeleri arasında çatışmanın olması	9	45,0	13	65,0	9	45,0	31	51,7
Hemşirelerin mesleki açıdan eğitimlerinin yetersiz olması	6	30,0	9	45,0	9	45,0	24	40,0
Hekimlerce verilen istemlerindeki yazım hataları ve doğru okunamaması	10	50,0	9	45,0	13	65,0	32	53,3
Ekipman yetersizliği	12	60,0	11	55,0	13	65,0	36	60,0
Sağlıklı/hasta bireylerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi eksikliğinin olması	8	40,0	12	60,0	12	60,0	32	53,3
Diğer	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	1,7
Çalışılan kurumda yaşanan en önemli hasta güvenliği hatası**								
Hastanın doğru kimliklendirilmemesi	10	50,0	8	40,0	5	25,5	23	38,3
Etkili iletişimin sağlanamaması	14	70,0	13	65,0	11	55,0	38	63,3
İlaç güvenliğinin sağlanamaması	6	30,0	4	20,0	4	20,0	14	23,3
Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisinin sağlanamaması	4	20,0	4	20,0	6	30,0	14	23,3
Enfeksiyona bağlı risklerin olması	12	60,0	15	75,0	10	50,0	37	61,7
Düşmelerin önlenememesi	8	40,0	4	20,0	2	10,0	14	23,3
Diğer	2	10,0	0	0,0	2	10,0	4	6,7

*n: sayı, %: yüzde ** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

4.2.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

"$H1_a$: Girişim grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası bilgi testi puanı kontrol ve plasebo grubundaki hemşirelerin puanından daha yüksektir." hipotezinden hareketle girişim, kontrol ve plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki hasta güvenliği bilgi testi puan ortalamalarının grup içinde eşleştirilmiş gruplarda tek faktörlü (zaman) varyans analizi ve gruplar arası eşleştirilmiş gruplarda çift faktörlü (zaman X grup) varyans analizi ile karşılaştırılmasından elde edilen bulgular Tablo 4.5'de sunulmuştur.

Girişim, kontrol ve plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki hasta güvenliği bilgi testi puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.5);

Girişim grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki hasta güvenliği bilgi testi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki hasta güvenliği bilgi testi puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarından yüksektir.

Kontrol ve plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası ile eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki hasta güvenliği eğitimi bilgi testi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hasta güvenliği bilgi testi puan ortalamaları eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puan ortalamalarından yüksektir.

Araştırmaya katılan grupların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında yapılan tekrarlı ölçümlerde hasta güvenliği eğitimi bilgi testi toplamından elde ettikleri ölçümler tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; $p>0,001$). Yapılan ileri analizde (Post-hoc Tukey HSD) bu farkların eğitim öncesi ölçümlerinde kontrol grubundakilerin girişim grubundaki katılımcılardan yüksek puan almasından kaynaklanırken; eğitimden sonraki ölçümlerle, eğitimden bir ay ve altı ay sonraki

ölçümlerinde ise girişim grubunun diğer iki gruptan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Ayrıca Tablo 4.5'teki bulgulara göre, dört farklı zaman diliminde yapılan ölçümlerin gruplar arasındaki farkı %42,8 oranında açıkladığı bulunmuştur.

Tablo 4.5: Hasta güvenliği bilgi testi puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması

Değişkenler	Girişim Grubu[x] (n:20)		Kontrol Grubu[y] (n:20)		Plasebo Grubu[z] (n:20)		Test ve Anlamlılık
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	
Eğitim öncesi[a]	74,25±17,42	25-100	86,00±6,20	75-95	79,75±8,03	55-90	F:4,108 p:0,022* y>x
Eğitim sonrası[b]	93,50±6,90	75-100	84,50±8,09	70-95	81,75±8,16	65-95	F:11,299 p<0,001*** x>y,z
Eğitimden bir ay sonra[c]	92,75±5,73	85-100	81,50±9,19	60-95	77,25±7,52	65-90	F:19,439 p<0,001*** x>y,z
Eğitimden altı ay sonra[d]	94,00±5,53	85-100	78,00±8,65	60-95	74,25±8,63	55-85	F:38,539 p<0,001*** x>y,z
F1 **P**	25,309 p<0,001*** a<b,c,d		7,308 p=0,007** a,b>c>d		9,425 p=0,001** a,b>c>d		
F2 **P**			**21,301** **p<0,001*** **b>a,c>d**				
R^2			**0,428**				

**p<0,05, **p<0,01; ***p<0,001 , R2: Etki katsayısı (PartialEtaSquared)*

F: Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA), F1: Tekrarlanan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi (zaman), F2: Tekrarlanan ölçümlerde çift yönlü varyans analizi (Zaman x Grup)

4.2.4. Hemşirelerin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

"$H1_b$: Girişim grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası eleştirel düşünme eğilimi puanı kontrol ve plasebo grubundaki hemşirelerin puanından daha yüksektir." hipotezinden hareketle girişim, kontrol ve plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki CEDEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içinde eşleştirilmiş gruplarda tek faktörlü (zaman) varyans analizi ve gruplar arası eşleştirilmiş gruplarda çift faktörlü (zaman X grup) varyans analizi ile karşılaştırılmasından elde edilen bulgular Tablo 4.6'de sunulmuştur.

Girişim, kontrol ve plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki CEDEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.6);

Girişim grubunda CEDEÖ toplam puan ortalaması eğitim öncesi 219,08±23,21 iken eğitimden sonra 248,62±28,84, eğitimden bir ay sonra 243,02±25,61 ve eğitimden 6 ay sonra 251,50±26,38 olarak saptanmıştır.

Girişim grubunda CEDEÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde en yüksek puan ortalamasının analitik (47,82±5,00), en düşük puan ortalamasının açık fikirlilik (28,05±5,25); eğitimden sonra en yüksek puan ortalamasının analitiklik (45,14±6,34), en düşük ölçek puan ortalamasının doğruyu arama (36,71±8,44); eğitimden bir ay sonra en yüksek puan ortalamasının analitiklik (44,36±7,35), en düşük puan ortalamasının doğruyu arama boyutu (36,86±6,58); eğitimden altı ay sonra ise en yüksek puan ortalamasının doğruyu arama (45,14±6,95), en düşük puan ortalamasının meraklılık (39,19±5,04) alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Girişim grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki CEDEÖ toplam ve analitiklik, açık fikirlilik, doğruyu arama, sistematiklik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0,01$; $p<0,001$) saptanmıştır. Eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki CEDEÖ toplam ve analitiklik, açık fikirlilik, doğruyu arama, sistematiklik alt boyut puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarından yüksektir. Girişim grubunun meraklılık ve kendine güven alt boyutlarının eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Kontrol grubunda CEDEÖ toplam puan ortalaması eğitim öncesi 235,22±20,75, eğitimden sonra 261,13±24,56, eğitimden bir ay sonra 254,19±33,21 ve eğitimden altı ay sonra 245,42±25,73 olarak saptanmıştır.

Kontrol grubunda CEDEÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde en yüksek puan ortalamasının analitiklik (49,77±4,66), en düşük puan ortalamasının açık fikirlilik (28,95±4,09); eğitimden sonra en yüksek puan ortalamasının analitiklik (47,23±5,49), en düşük puan ortalamasının doğruyu arama (36,21±7,35); eğitimden bir ay sonra en yüksek puan ortalamasının analitiklik (45,23±7,26), en düşük puan ortalamasının doğruyu arama (35,57±9,29); eğitimden altı ay sonra ise en yüksek puan ortalamasının meraklılık (44,63±6,28), en düşük puan ortalamasının doğruyu arama (33,50±7,51) alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki CEDEÖ toplam ve analitiklik, açık fikirlilik, sistematiklik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Özellikle eğitim sonrası CEDEÖ toplam ve analitiklik, açık fikirlilik, sistematiklik alt boyut puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarından yüksektir. Kontrol grubunun meraklılık, kendine güven ve doğruyu arama alt boyutlarının eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Plasebo grubunda CEDEÖ toplam puan ortalaması ise; eğitim öncesi 225,47±16,80, eğitimden sonra 255,32±22,21, eğitimden bir ay sonra 254,00±27,08 ve eğitimden altı ay sonra 233,19±29,08 olarak bulunmuştur.

Plasebo grubunda CEDEÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde en yüksek puan ortalamasının analitiklik (49,36±2,89), en düşük puan ortalamasının açık fikirlilik (26,27±5,87); eğitimden sonra en yüksek puan ortalamasının analitiklik (47,82±4,21), en düşük ölçek puan ortalamasının doğruyu arama (36,93±6,83); eğitimden bir ay sonra en yüksek puan ortalamasının analitiklik (48,27±3,92), en düşük puan ortalamasının doğruyu arama (35,36±8,12); eğitimden altı ay sonra ise en yüksek puan ortalamasının analitiklik (43,68±8,53), en düşük puan ortalamasının doğruyu arama (32,00±9,03) alt boyutunda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki CEDEÖ toplam ve analitiklik, açık fikirlilik, sistematiklik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Özellikle eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonraki CEDEÖ toplam ve analitiklik, açık fikirlilik, sistematiklik alt boyut puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitimden altı ay sonraki puan ortalamalarından yüksektir. Plasebo grubunun meraklılık, kendine güven ve doğruyu arama alt boyutlarının eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Grupların zamana göre elde ettiği ölçümler arasında, açık fikirlilik ve doğruyu arama alt boyutlarında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olmasına karşın ($p<0,01$), ölçek toplamı ve diğer alt boyutlardaki farkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan girişim, kontrol ve plasebo gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında yapılan tekrarlı ölçümlerde California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği toplamından elde ettikleri ölçümler Tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, katılımcıların elde ettikleri ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.6).

Tablo 4.6: California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması

California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği		Girişim Grubu (n:20)		Kontrol Grubu (n:20)		Plasebo Grubu (n:20)		Test istatistiği (F1)	Anlamlılık (p1)	R^2
		Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max			
Analitiklik	Eğitim öncesi[a]	47,82±5,00	35,45-54,55	49,77±4,66	38,18-57,27	49,36±2,89	43,64-53,64	,644	,658	**,022**
	Eğitim sonrası[b]	45,14±6,34	25,45-42,73	47,23±5,49	31,82-55,45	47,82±4,21	34,55-55,45			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	44,36±7,35	24,55-56,36	45,23±7,26	31,82-55,45	48,27±3,92	40,91-54,55			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	40,59±3,56	36,36-50,00	44,36±6,76	29,09-56,36	43,68±8,53	27,27-57,27			
	F	6,299		3,953		5,028				
	p	,001** a,b>d		,035* a<c,d		,017* a<d				
Açık Fikirlilik	Eğitim öncesi[a]	28,05±5,25	15,45-35,45	28,95±4,09	19,09-34,55	26,27±5,87	17,27-38,18	3,051	,008** b,c>d>a	,097
	Eğitim sonrası[b]	40,27±8,12	26,36-56,36	43,77±6,06	25,45-51,82	44,82±6,86	30,00-55,46			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	41,68±6,75	28,18-51,82	42,95±8,49	27,27-58,18	42,09±7,53	26,36-51,82			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	42,68±5,76	35,45-53,64	37,73±8,45	20,91-55,45	35,09±9,34	14,55-52,73			
	F	20,843		20,581		29,157				
	p	<0,001*** b,c,d>a		<0,001*** b,c>d>a		<0,001*** b,c>a,d				
Meraklılık	Eğitim öncesi[a]	42,25±7,84	28,75-57,50	46,19±8,23	26,25-56,25	43,31±8,01	31,25-57,50	,267	,951	,009
	Eğitim sonrası[b]	41,94±8,20	23,75-53,75	46,00±8,73	31,25-60,00	42,94±7,20	31,25-56,25			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	40,81±7,44	25,00-60,00	44,88±8,94	31,25-60,00	42,69±8,19	23,75-53,75			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	39,19±5,04	31,25-48,75	44,63±6,28	33,75-58,75	43,31±9,78	27,50-50,00			
	F	,928		,410		,037				
	p	,433		,746		,990				
Kendine Güven	Eğitim öncesi[a]	37,00±7,89	20,00-48,57	42,50±7,95	22,86-55,71	40,29±6,68	24,29-50,00	1,002	,421	,034
	Eğitim sonrası[b]	41,64±6,75	21,43-52,86	43,50±6,05	28,57-57,14	41,07±7,07	14,29-48,57			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	38,64±7,95	18,57-54,29	43,14±6,58	31,43-57,14	42,93±5,04	35,71-52,86			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	41,14±6,89	31,43-52,86	42,90±5,84	27,14-52,29	40,86±8,27	27,14-54,29			
	F	2,354		,124		,686				
	p	,082		,945		,564				

Tablo 4.6: California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması (Devam)

California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği		Girişim Grubu (n:20)		Kontrol Grubu (n:20)		Plasebo Grubu (n:20)		Test istatistiği (F1)	Anlamlılık (p1)	R^2
		Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max			
Doğruyu Arama	**Eğitim öncesi[a]**	34,21±8,20	18,57-50,00	33,14±7,37	18,57-50,00	32,07±5,89	20,00-45,71			
	Eğitim sonrası[b]	36,71±8,44	20,00-48,57	36,21±7,35	20,00-55,71	36,93±6,83	24,29-52,86			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	36,86±6,58	25,71-50,00	35,57±9,29	14,29-55,71	35,36±8,12	22,86-51,43			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	45,14±6,98	30,00-57,14	33,50±7,51	18,57-50,00	32,00±9,03	10,00-47,14	3,831	,004** d>a	,119
	F	7,246		,786		2,283				
	p	,003** d>a,b,c		,507		,099				
Sistematiklik	**Eğitim öncesi[a]**	29,75±4,02	23,33-40,00	34,67±5,48	25,00-46,67	34,17±5,09	26,67-46,67			
	Eğitim sonrası[b]	42,92±6,07	31,67-55,00	44,42±6,47	33,33-60,00	41,75±6,79	23,33-51,67			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	40,67±5,50	26,67-51,67	42,42±8,76	28,33-60,00	42,67±7,79	20,00-55,00			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	42,75±6,27	30,00-55,00	39,75±7,93	28,33-50,00	38,25±6,96	26,67-51,67			,072
	F	22,718		6,629		8,813				
	p	<0,001*** b,c,d>a		,001** b>c,a		<0,001*** b,c>a				
TOPLAM	**Eğitim öncesi[a]**	219,08±23,21	175,94-250,60	235,22±20,75	187,94-275,77	225,47±16,80	191,73-251,28	3,169	0,050	
	Eğitim sonrası[b]	248,62±28,84	185,32-295,74	261,13±24,56	230,11-326,49	255,32±22,21	209,78-287,48	1,220	0,303	
	Eğitimden bir ay sonra[c]	243,02±25,61	207,60-297,08	254,19±33,21	199,64-326,49	254,00±27,08	191,30-310,20	0,984	0,380	
	Eğitimden altı ay sonra[d]	251,50±26,38	219,49-303,81	245,42±25,73	200,78-303,07	233,19±29,08	195,39-299,70	2,366	,103	
	F	7,302		4,809		10,278		1,952	,083	,240
	p	,001*** b,c,d>a		,005** b>a		,001*** b,c>a,d				

**p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, R^2: Etki katsayısı (PartialEtaSquared), F: Tekrarlanan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi- One-way ANOVA (zaman), F1: Tekrarlanan ölçümlerde çift yönlü varyans analizi (Zaman x Grup)*

4.2.5. Hemşirelerin Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

"$H1_c$: Girişim grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası klinik karar verme algı puanı kontrol ve plasebo grubundaki hemşirelerin puanından daha yüksektir." hipotezinden hareketle girişim, kontrol ve plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki HKKVÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içinde eşleştirilmiş gruplarda tek faktörlü (zaman) varyans analizi ve gruplar arası eşleştirilmiş gruplarda çift faktörlü (zaman X grup) varyans analizi ile karşılaştırılmasından elde edilen bulgular Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Girişim, kontrol ve plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki HKKVÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.7);

Girişim grubunda HKKVÖ toplam puan ortalamasının eğitim öncesi 125,75±2,53, eğitimden sonra 166,90±5,01, eğitimden bir ay sonra 169,50±3,65 ve eğitimden altı ay sonra 170,35±4,74 olduğu saptanmıştır.

Girişim grubunda HKKVÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (35,65±1,35), en düşük puan ortalamasının bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (25,60±,82); eğitimden sonra en yüksek puan ortalamasının seçenek ve fikirleri araştırmak (44,85±1,90), en düşük puan ortalamasının amaçları ve değerleri soruşturmak (37,50±1,85); eğitimden bir ay sonra en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (44,95±1,57), en düşük puan ortalamasının yine amaçları ve değerleri soruşturmak (38,30±1,34); eğitimden altı ay sonra ise en yüksek puan ortalamasının seçenek ve fikirleri araştırmak (45,85±2,08), en düşük puan ortalamasının amaçları ve değerleri soruşturmak (39,00±1,26) alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Girişim grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki HKKVÖ toplam ve seçenek ve fikirleri araştırmak, amaçları ve değerleri soruşturmak, sonuçları değerlendirmek, bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı fark olduğu

(p<0,001) saptanmıştır. Eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki HKKVÖ toplam ve seçenek ve fikirleri araştırmak, amaçları ve değerleri soruşturmak, sonuçları değerlendirmek, bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyut puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarından yüksektir.

Kontrol grubunda HKKVÖ toplam puan ortalamasının eğitim öncesi 126,80±2,57, eğitimden sonra 149,40±20,93, eğitimden bir ay sonra 125,75±2,53 ve eğitimden altı ay sonra 126,50±8,60 olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda HKKVÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (36,55±1,32), en düşük puan ortalamasının bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (25,90±1,17); eğitimden sonra en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek boyutu (39,90±4,15), en düşük puan ortalamasının bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (35,05±7,04); eğitimden bir ay sonra en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (35,65±1,35), en düşük puan ortalamasının bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (26,60±,82); eğitimden altı ay sonra ise en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (35,55±1,90), en düşük puan ortalamasının yine bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (26,35±3,17) alt boyutunda olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki HKKVÖ toplam ve seçenek ve fikirleri araştırmak, amaçları ve değerleri soruşturmak, sonuçları değerlendirmek, bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu (p<0,01; p<0,001) saptanmıştır. Eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki HKKVÖ toplam ve seçenek ve fikirleri araştırmak, amaçları ve değerleri soruşturmak, sonuçları değerlendirmek, bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyut puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarından yüksektir.

Plasebo grubunda HKKVÖ toplam puan ortalamasının eğitim öncesi 128,05±19,03, eğitimden sonra 126,60±2,27, eğitimden bir ay sonra 125,20±2,50 ve eğitimden altı ay sonra 125,85±2,66 olduğu saptanmıştır.

Plasebo grubunda HKKVÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (33,60±5,64), en düşük puan ortalamasının amaçları ve değerleri soruşturmak (30,40±4,15); eğitimden sonra en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (36,45±,94), en düşük puan ortalamasının bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (25,50±1,05); eğitimden bir ay sonra en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (36,00±1,62), en düşük puan ortalamasının bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (25,85±1,39); eğitimden altı ay sonra ise en yüksek puan ortalamasının sonuçları değerlendirmek (35,45±1,50), en düşük puan ortalamasının bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek (26,15±1,14) alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Plasebo grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Eğitim öncesi bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyut puan ortalaması eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puan ortalamalarından yüksektir. Plasebo grubunun HKKVÖ toplam ve seçenek ve fikirleri araştırmak, amaçları ve değerleri soruşturmak, sonuçları değerlendirmek alt boyutlarının eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan girişim, kontrol ve plasebo gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında yapılan tekrarlı ölçümlerde Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği toplamından elde ettikleri ölçümler Tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), diğer ölçümlerde ise gruplar arasında çok ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Yapılan ileri analizde (Post-hoc Tukey HSD) bu farkların eğitim sonrası ilk ölçümde girişim grubundaki katılımcıların diğer iki gruptan, kontrol grubundakilerin ise sadece plasebo grubundaki katılımcılardan yüksek puan almasından kaynaklanırken; eğitim sonrası birinci ay ve altıncı ay ölçümlerinde ise girişim grubundaki katılımcıların diğer iki gruptan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.7). Dört farklı zaman diliminde yapılan ölçümlerin gruplar arasındaki farkı ölçek toplamında %61,5 oranında açıklarken, alt boyutlarda %30,7 ile %74,6 arasında değiştiği görülmüştür.

Tablo 4.7: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması

Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği		Girişim Grubu[x] (n:20)		Kontrol Grubu[y] (n:20)		Plasebo Grubu[z] (n:20)		Test istatistiği (F1)	Anlamlılık (p1)	R^2
		Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max			
Seçenek ve fikirleri araştırmak	**Eğitim öncesi[a]**	31,90±1,29	29,00-34,00	31,60±0,88	30,00-33,00	32,85±5,70	26,00-45,00	38,018	<,001*** b>c,d>a	,572
	Eğitim sonrası[b]	44,85±1,90	40,00-48,00	38,75±6,24	28,00-46,00	31,80±1,15	30,00-34,00			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	44,80±1,40	43,00-48,00	31,90±1,29	29,00-34,00	31,25±1,29	29,00-34,00			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	44,85±2,08	40,00-48,00	32,05±3,27	28,00-45,00	31,75±0,97	30,00-34,00			
	F	245,231		18,103		,930				
	p	<,001*** b,c,d>a		<,001*** b>a,c,d		,360				
Amaçları ve değerleri soruşturmak	**Eğitim öncesi[a]**	32,60±1,27	30,00-35,00	32,75±1,12	31,00-35,00	30,40±4,15	24,00-37,00	12,637	<,001*** b,c,d>a b>c	,307
	Eğitim sonrası[b]	37,50±1,85	34,00-41,00	35,70±3,83	25,00-41,00	32,85±1,27	30,00-35,00			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	38,30±1,34	36,00-41,00	32,60±1,27	30,00-35,00	32,10±1,21	31,00-34,00			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	39,00±1,26	37,00-41,00	32,55±1,39	30,00-36,00	32,50±,95	31,00-34,00			
	F	78,330		9,467		4,480				
	p	<,001*** b,c,d>a		,001** b>a,c,d		,034*				
Sonuçları değerlendirmek	**Eğitim öncesi[a]**	35,65±1,35	33,00-38,00	36,55±1,32	34,00-39,00	33,60±5,64	26,00-44,00	18,167	<,001*** b,c,d>a b>d	,389
	Eğitim sonrası[b]	43,55±1,67	41,00-47,00	39,90±4,15	26,00-46,00	36,45±,94	35,00-39,00			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	44,95±1,57	42,00-48,00	35,65±1,35	33,00-38,00	36,00±1,62	34,00-39,00			
	Eğitimden altı ay sonra[d]	44,25±1,89	42,00-48,00	35,55±1,90	31,00-41,00	35,45±1,50	33,00-38,00			
	F	143,966		9,868		3,356				
	p	<,001*** b,c,d>a		,002** b>c,d		,070				

Tablo 4.7: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi – gruplar arası ve zamana göre karşılaştırılması (Devam)

Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği		Girişim Grubu[x] (n:20)		Kontrol Grubu[y] (n:20)		Plasebo Grubu[z] (n:20)		Test istatistiği (F1)	Anlamlılık (p1)	R^2
		Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max			
Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek	**Eğitim öncesi[a]**	25,60±,82	24,00-27,00	25,90±1,17	24,00-28,00	31,20±4,97	25,00-40,00			
	Eğitim sonrası[b]	41,00±2,05	38,00-44,00	35,05±7,04	25,00-42,00	25,50±1,05	24,00-27,00			
	Eğitimden bir ay sonra[c]	41,45±1,79	38,00-45,00	25,60±,82	24,00-27,00	25,85±1,39	23,00-28,00	83,694	<,001*** b>c,d>a	,746
	Eğitimden altı ay sonra[d]	42,25±1,65	39,00-45,00	26,35±3,17	24,00-39,00	26,15±1,14	24,00-28,00			
	F	399,896		27,500		19,607				
	p	<0,001*** b,c,d>a		<0,001*** b>a,c,d		<0,001*** a>b,c,d				
TOPLAM	**Eğitim öncesi[a]**	125,75±2,53	119,00-130,00	126,80±2,57	121,00-130,00	128,05±19,03	108,00-164,00	0,212	0,810	
	Eğitim sonrası[b]	166,90±5,01	159,00-177,00	149,40±20,93	109,00-169,00	126,60±2,27	122,00-132,00	52,240	p<0,001*** x>y>z	
	Eğitimden bir ay sonra[c]	169,50±3,65	164,00-180,00	125,75±2,53	119,00-130,00	125,20±2,50	122,00-130,00	1491,249	p<0,001*** x>y,z	
	Eğitimden altı ay sonra[d]	170,35±4,74	159,00-180,00	126,50±8,60	115,00-161,00	125,85±2,66	121,00-129,00	377,226	p<0,001*** x>y,z	,615
	F	**495,669**		19,996		,313		45,486	<,001*** b>c,d>a	
	p	<,001*** b,c,d>a		<,001*** b>a,c,d		,594				

**p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, R^2: Etki katsayısı (PartialEtaSquared),F: Tekrarlanan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi - One-way ANOVA (zaman), F1: Tekrarlanan ölçümlerde çift yönlü varyans analizi (Zaman x Grup)*

4.2.6. Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgular

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan girişim grubunda yer alan hemşireler tarafından her eğitim oturumu sonrasında eğitim sürecini değerlendirmeleri amacıyla tutulan hemşire günlüklerinden elde elde edilen veriler (Tablo 4.8);

- Eğitimin Hissettirdikleri
- Eğitimin Kazandırdıkları
- Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar
- Eğitimin Yapılandırılmasına İlişkin Görüşler
- Eğitime İlişkin Öneriler olmak üzere 5 ana tema altında toplanmıştır.

Tablo 4.8: Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına ilişkin hemşire günlüğü ile elde edilen verilere ilişkin ana tema ve alt temalar

ANA TEMALAR	ALT TEMALAR
Eğitimin Hissettirdikleri	▪ Eğlenceli ve keyifli bir ortam ▪ Yeni bir şeyler öğrenme heyecanı ▪ Motive edici ▪ Unutulan bilgilerin hatırlanması memnuniyet verici ▪ Yeni insanlarla tanışma mutluluğu ▪ Bilgi eksikliğinin farkına varılması ▪ Özgüven artırıcı
Eğitimin Kazandırdıkları	▪ Hasta güvenliğinin sağlanmasında dikkat edilecek hususlar ▪ Raporlandırma formları ve bu formların nasıl kullanılacağı ▪ Hasta güvenliğinin sağlanmasının öneminin farkına varılması ▪ Sorumluluk bilinci ▪ Doğru iletişim kurmanın önemi ▪ Hataların/yanlış uygulamaların azaltılması için alınacak önlemler ▪ El yıkamanın önemi ▪ Hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirenin sorumlulukları
Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar	▪ Öğrenilen bilgilerin çalışma arkadaşlarıyla paylaşılması ▪ Düşme riski değerlendirme ölçeğinin doğru kullanımı ▪ Güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru kullanımı ▪ İlaç güvenliği için 8D kuralına uyma ▪ Doğru el yıkama tekniği ▪ Hasta kimlik bilgilerinin her uygulama öncesinde kontrol edilmesi ▪ İyi bir iletişim için etkin dinleme ▪ İzolasyon figürlerinin doğru kullanımı ▪ Koruyucu ekipmanların doğru kullanımı
Eğitime İlişkin Görüşler	▪ İnteraktif eğitim ortamı

	▪ Eğitim ortamı canlı, dinamik ve samimi ▪ Sıradışı ve verimli bir eğitim ▪ Sohbet havasında, öğretici ▪ Öğrenilenlerin akılda kalıcılığını artıran farklı yöntemlerin kullanılmış olması ▪ Eğitimde açık ve anlaşılır bir dil kullanılmış olması ▪ Eğitimci konusuna hakim ▪ Herkese söz hakkı verilmesi
Eğitime İlişkin Öneriler	▪ Eğitim tüm sağlık çalışanlarına verilmeli ▪ Daha sık aralıklarla tekrarlanmalı ▪ Hekimlere de eğitim verilmeli ▪ Sorunların çözümü için hastane yöneticileri de eğitimlere katılmalı ▪ Yeni mezun ve işe yeni başlamış hemşirelerin alması gereken bir eğitim ▪ Hastalara da eğitim verilmeli

- **Eğitimin Hissettirdikleri**

Eğitimin Hissettirdikleri ana teması; eğlenceli ve keyifli bir ortam, yeni bir şeyler öğrenme heyecanı, motive edici, unutulan bilgilerin hatırlanması memnuniyet verici, yeni insanlarla tanışma mutluluğu, bilgi eksikliğinin farkına varılması ve özgüven artırıcı olmak üzere 7 (yedi) alt tema altında toplanmıştır.

"Hasta güvenliği konusu dikkat gerektiren birçok uygulamayı içinde barındırıyor." (Hemşire 3)

"Eğitim programının çok verimli olduğunu düşünüyorum." (Hemşire 9)

"Özgüvenimi artıran bir eğitim oldu." (Hemşire 3)

"Daha önce hasta güvenliği dahil birçok konuda eğitim aldık. Ama bu derslerin, beni motive ettiğini söyleyebilirim. Çünkü bu kadar eğitici ve eğlenceli bir eğitimimiz olmamıştı. Yeni bir şeyler öğrenme heyecanı içinde olduğumu hissediyorum."(Hemşire 5)

"Üniversitede bu konular üzerinden geçilmişti. Bu hastanede çalışmaya başladığımızda da zorunlu online eğitim konularından biriydi. Öneminin farkında olduğumu düşünüyordum ancak eğitimlerle farkındalık düzeyimin arttığını söyleyebilirim. Konuları pekiştirilmesinin hem kendi hem de çalışma arkadaşlarım açısından faydalı olacağını düşünüyorum." (Hemşire 20)

"Hasta güvenliğini tehlikeye sokan hataların oluşması neticesinde birçok sorun meydana geliyor. Bu hatalar, hastaların sakatlanmalarına hatta ölümlerine neden olduğu için gerekli özen ve önemin gösterilmesinin şart olduğunu düşünüyorum." (Hemşire 13)

"Hataların önlenmesi, hata oluştuğunda gerekli bildirimlerin yapılması dahil tüm hemşirelik bakım süreci süresince hemşirelik mesleğinin ne kadar değerli olduğunu ve önemli bir role sahip olduğunu bir kez daha anlamış oldum." (Hemşire 1)

"Eğitim ortamı çok eğlenceli. Aynı hastanede çalışmamıza rağmen arkadaşların birçoğu ile bu eğitim vesilesiyle tanışma fırsatı buldum. Bu durumdan dolayı mutlu olduğumu söyleyebilirim. Ayrıca eğitimlerde hep grup halinde çalışma fırsatı bulduk. Paylaşımlarda bulunarak arkadaşlarla aramızda iyi bir ilişki kurmuş olduk. Her defasında da birbirimizden bir şeyler öğrenmek, bilgi alışverişinde bulunmak çok eğiticiydi." (Hemşire 4)

"Eğitimler sayesinde unuttuğum birçok konuyu hatırladım. Eğitimlerde doğru bildiğim bazı yanlış bilgi ve uygulamaların olduğunu, kendimi eksik hissettiğim konuların olduğunu fark ettim. Özellikle ilaç uygulamaları konusunda bu hatırlatmaların çok faydalı olduğunu düşünüyorum." (Hemşire 8)

"Eğitimler, bana aslında hasta güvenliği adına aslında ne kadar doğru uygulamalar, işlemler yaptığımı ortaya çıkarmış oldum. Kendimden bir kez daha gurur duydum."(Hemşire 12)

- **Eğitimin Kazandırdıkları**

Eğitimin Kazandırdıkları ana teması; hasta güvenliğinin sağlanmasında dikkat edilecek hususlar, formlar ve bu formların nasıl kullanılacağı, hasta güvenliğinin sağlanmasının öneminin farkına varılması, sorumluluk bilinci, doğru iletişim kurmanın önemi, hataların ve yanlış uygulamaların azaltılması için alınacak önlemler, el yıkamanın önemi, hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirenin sorumlulukları olmak üzere 8 (sekiz) alt tema altında toplanmıştır.

"Hasta güvenliği önemli bir konu. Hasta güvenliğini sağlamak için her birimize sorumluluk düşüyor. Elimizden geldiğince dikkatli olmalı, gereken özeni göstermeli ve hatalar oluşmadan önlem almalıyız." (Hemşire 16)

"Eğitim sayesinde mesela İtaki ve Harizmi ölçeği ile güvenli cerrahi kontrol listesinin nasıl doldurulması gerektiği konusunda yetersiz bir bilgiye sahiptim. Bu kadar net bir açıklama maalesef yapılmamıştı bana daha önce. Şimdi bu formları gönül rahatlığıyla kolayca doldurabilirim." (Hemşire 15)

"Hasta güvenliği hedeflerinin her biri çok önemli. Bir yerde yapılan basit gibi görünen bir hata telafisi imkansız pek çok sorunun oluşmasına neden oluyor. En basitinden hastanın kimlik kontrolünün yapılması hepimizin bildiği altın kural. Ama bir anlık hata hastaya yanlış bir ilacın uygulanmasına, yanlış bir organın ameliyatına neden olabilir ne yazık ki.." (Hemşire 17)

"Hastanemizde maalesef hem hastalar ile hem de çalışma arkadaşlarıyla iletişim sorunları yaşıyoruz. Biz aslında birbirimizi dinlemeyi bilmiyoruz. İletişimin doğru kurulması gerekiyor. Özellikle nöbet teslimlerinde, hastanın ameliyathane ya da başka bir servise tesliminde hasta hakkında doğru bilgi aktarımının önemli olduğunu düşünüyorum. Bu da ancak doğru ve etkin bir iletişimle yapılabilir…"(Hemşire 4)

"Enfeksiyon geliştiğinde hastanın hastaneden kalış süresi uzar, iyileşme süresi gecikir. Hastanede izolasyon önlemlerine dikkat etmenin, el hijyenine dikkat etmenin özellikle enfeksiyonların önlenmesi açısından önemli olduğunu düşünüyorum." (Hemşire 19)

- **Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar**

Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar ana teması; öğrenilen bilgilerin çalışma arkadaşlarıyla paylaşılması, düşme riski değerlendirme ölçeğinin doğru kullanımı, güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru kullanımı, ilaç güvenliği için 8D kuralına uyma, doğru el yıkama tekniği, hasta kimlik bilgilerinin her uygulama öncesinde kontrol edilmesi, iyi bir iletişim için etkin dinleme, izolasyon figürlerinin doğru kullanımı, koruyucu ekipmanların doğru kullanımı olmak üzere 9 (dokuz) alt tema altında toplanmıştır.

"Çalışma arkadaşlarımın da burada olmasını çok isterdim. Eğitimler bana çok şey kattı. Öğrendiklerimi de arkadaşlarımla paylaşacağım." (Hemşire 6)

"İtaki ve Harizmi düşme risk değerlendirme ölçeklerini daha dikkatli doldurup gerekli önlemleri alacağım." (Hemşire 20)

"Hasta kimliğinin kontrol edilmesi hasta güvenliğinin temelini oluşturuyor bence.. Bu nedenle tüm işlemlerden, ilaç uygulamalarından ve ameliyatlardan önce mutlaka hastanın kimliğini kontrol edip teyit edeceğim.." (Hemşire 18)

"İletişim her şeyin temeli.. İletişim kazaları telafisi mümkün olmayan işlemlerin hastaya yapılmasına sebep olabilir. Doğru bir iletişim için çaba sarf etmek gerek. İyi bir dinleyici olup konuşmalarımda sade, açık, net, anlaşılır bir dil kullanmaya çalışacağım. Hastalar ameliyathaneye indirildiğinde, nöbet teslimlerinde doğru ve eksiksiz bilgi aktarımı sağlayacağım. Arkadaşlarıma da hatırlatacağım…"(Hemşire 12)

"Hastanede mesai yoğun geçiyor. İşleri yetiştirmek için olabildiğince hızlı davranmaya çalışıyorum ve bazen el yıkamayı erteleyebiliyorum. Bazen de eldiven takmadan ya da koruyucu önlük giymeden işlem yapabiliyorum. Ama artık ellerimi yıkamaya, eldiven kullanmaya dikkat edeceğim." (Hemşire 11)

"Bu eğitimler bana güvenli cerrahi kontrol listenin ne kadar önemli bir form olduğunu, her aşamasında tüm bilgilerin eksiksiz doldurulmasının gerekli olduğunu hatırlattı. Daha dikkatli dolduracağım. Her aşamasından sorumlu kişilerin de doldurması için bilgi vereceğim." (Hemşire 16)

- **Eğitime İlişkin Görüşler**

Eğitime İlişkin Görüşler ana teması; interaktif bir eğitim ortamı, eğitim ortamı canlı, dinamik ve samimi, sıradışı ve verimli bir eğitim, sohbet havasında, öğretici, öğrenilenlerin akılda kalıcılığını artıran farklı yöntemlerin kullanılmış olması, eğitimde açık ve anlaşılır bir dil kullanılmış olması, eğitimci konusuna hakim, herkese söz hakkı veriliyor olmak üzere 8 (sekiz) alt tema altında toplanmıştır.

"Bütün eğitimler çok keyifli ve eğlenceliydi. Eğitimin olacağı günleri sabırsızlıkla bekledim. Hem eğitimcimiz, hem de arkadaşlarımla çok güzel bir ahenk oldu aramızda. İletişimimiz devam etsin isterim." (Hemşire 20)

"Çok sıra dışı bir eğitim oldu bence. Hastanede çalıştığım süre boyunca birçok eğitim yapıldı. Gelen eğitimciler slaytları okumaktan öteye geçemediler. Bizim fikirlerimizi, sorunlarımızı sormadılar. Ama bu eğitimde hocamız bize karşı çok kibar, nazikti. Ve bize, fikirlerimize değer verdi, tüm arkadaşlarımla ayrı ayrı ilgilendi." (Hemşire 7)

"Çok verimli bir eğitim oldu." (Hemşire 13)

"Eğitim ortamımız çok dinamik, canlı, eğitimcimiz de güler yüzlü, iyi bir insan…"(Hemşire 8)

"Eğitimcimiz konusuna hakimdi. Çok açık, anlaşılır bir dil kullandı. Konuların içeriği çok iyiydi. Bütün soru ve sorunlarımıza hep birlikte yanıt bulma fırsatı bulduk." (Hemşire 6)

"Eğitimler hepimizi soru sormaya, araştırmaya, birlikte çalışmaya, sorunlara çözüm üretmeye yöneltti. İnteraktif bir eğitim süreciydi. Daha önce hiç eğitimlere kullanıldığını görmediğim farklı yöntemler kullanıldı. Oyunlar, etkinlikler, grup çalışmaları hepsi çok keyifli ve öğreticiydi benim için." (Hemşire 15)

"Eğitim süresi yeterliydi. Hiç sıkılmadım. Her anında bir şeyler öğrenme ya da hatırlama, bilgileri birleştirme ile geçti." (Hemşire 19)

- **Eğitime İlişkin Öneriler**

Eğitime İlişkin Öneriler ana teması; eğitim tüm sağlık çalışanlarına verilmeli, daha sık aralıklarla tekrarlanmalı, hekimlere de eğitim verilmeli, sorunların çözümü için hastane yöneticileri de eğitimlere katılmalı, yeni mezun ve işe yeni başlamış hemşirelerin alması gereken bir eğitim, hastalara da eğitim verilmeli olmak üzere 5 (beş) alt tema altında toplanmıştır.

"……Dikkatimi çekiyor da bu tarz eğitimlere sadece hemşireler dahil ediliyor. Halbuki hasta güvenliğinin sağlanmasında tek sorumlu hemşireler değil. Hemşireler

kadar hekimler de sorumlu. Çoğu bu anlattıklarınızı ya bilmiyor ya da önemsemiyor. Bence ilk fırsatta hekimlere de bu eğitimler verilmeli." (Hemşire 15)

"……Bu eğitim programı çok değerli bilgileri içeriyor. Ve hiç alışkın olmadığımız yöntemleri kullanmanız akılda kalıcılığı da artırıyor. Sadece bizler değil, hastanede görev yapan diğer tüm sağlık çalışanı arkadaşlarımızı, meslektaşlarımızın bu eğitimleri alması gerekiyor." (Hemşire 11)

"……Hasta güvenliği konusunda bence yeni mezun veya yeni göreve başlamış tüm hemşirelerin yeterli bilgisi yok. Planlamanın öncelikle bu gruba yapılması bence çok iyi olur hasta güvenliğini riske atmamak için…" (Hemşire 16)

"……Bu eğitimlerin belli aralıklarla, ama sizin verdiğiniz tarzda tekrarlanması gerekir." (Hemşire 5)

"……Hasta güvenliği evet çok önemli bir konu. Ancak çalışanların da düşünülmesi, çalışan haklarına ve güvenliğine ilişkin eğitimlerin yapılması bizi memnun eder." (Hemşire 1)

"……Hastalar da bu eğitimlerden faydalanmalı." (Hemşire 2)

"……Sadece çalışanlarla çözüme kavuşabilecek bir konu değil hasta güvenliği. Sorunların çözümü için, bizlerin de fikirlerini belirtebileceği eğitimlere hastane yöneticilerinin de dâhil edilmesi önemli." (Hemşire 9)

4.2.7. Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgular

Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan kontrol grubunda yer alan hemşireler tarafından her eğitim oturumu sonrasında eğitim sürecini değerlendirmeleri amacıyla tutulan hemşire günlüklerinden elde elde edilen veriler (Tablo 4.9);

- Eğitimin Hissettirdikleri
- Eğitimin Kazandırdıkları
- Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar
- Eğitimin Yapılandırılmasına İlişkin Görüşler

- Eğitime İlişkin Öneriler olmak üzere 5 ana tema altında toplanmıştır.

Tablo 4.9: Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına ilişkin hemşire günlüğü ile elde edilen verilere ilişkin ana tema ve alt temalar

ANA TEMALAR	ALT TEMALAR
Eğitimin Hissettirdikleri	▪ Bilinenlerin tekrarı ▪ Sıkıcı ▪ Farklı birimlerde çalışan insanlarla tanışma ▪ Bilgi eksikliğinin farkına varılması
Eğitimin Kazandırdıkları	▪ Hasta güvenliğinin sağlanmasının önemi ▪ Doğru iletişim kurmanın önemi ▪ El yıkamanın önemi
Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar	▪ Öğrenilen bilgilerin çalışma arkadaşlarıyla paylaşılması ▪ Kimlik kontrolünün yapılması gerektiği ▪ İlaç uygulamasının doğru yapılması
Eğitime İlişkin Görüşler	▪ Sıkıcı bir eğitim ▪ Slaytlar yoğun ▪ Eğitim için uzun bir süre ▪ Eğitimcinin aktif olduğu eğitim
Eğitime İlişkin Öneriler	▪ Eğitim tüm sağlık çalışanlarına verilmeli ▪ Hekimlere de eğitim verilmeli ▪ Hastane yöneticileri de eğitimlere katılmalı ▪ Eğitim süresi daha kısa olmalı ▪ Eğitimi destekleyici video gösterilmeli ▪ Eğitimde farklı yöntemler kullanılmalı ▪ Personel sayısının artırılması

- **Eğitimin Hissettirdikleri**

Eğitimin Hissettirdikleri ana teması; bilinenlerin tekrarı, sıkıcı, farklı birimlerde çalışan insanlarla tanışma, bilgi eksikliğinin farkına varılması olmak üzere 4 (dört) alt tema altında toplanmıştır.

"……Eğitim konuları hep aynı, hiç değişmiyor. Bu yüzden çok sıradan ve sıkıcı olduğunu düşünüyorum." (Hemşire 19)

"*……Her yıl zorunlu olarak verilen bu eğitimler bildiklerimizi tekrar etmekten öteye geçemiyor maalesef…"*(Hemşire 3)

"……Bu eğitimin en iyi yanı belki de hastanede farklı birimlerde görev yapan hemşire arkadaşlarla tanışmak oldu." (Hemşire 11)

"……Online eğitimlere göre yüzyüze yapılan eğitimlerin daha yararlı olduğunu düşünüyorum. Zorunlu da olsa dinleme gereği duyuyorum. Bu sayede bilgi açısından eksik olduğum yanları görmemi sağlıyor." (Hemşire 9)

- **Eğitimin Kazandırdıkları**

Eğitimin Kazandırdıkları ana teması; hasta güvenliğinin sağlanmasının önemi, doğru iletişim kurmanın önemi, el yıkamanın önemi olmak üzere 3 (üç) alt tema altında toplanmıştır.

"……Hasta güvenliğinin sağlanması önemli bir konu. Her yıl bunun için gerek online, gerekse yüz yüze yapılan eğitimlerle zorunlu olarak veriliyor hepimize." (Hemşire 5)

"……İletişimin doğru kurulması her şeyin temelini oluşturuyor bence." (Hemşire 16)

"……El yıkamanın önemli olduğunu herkes biliyor diye düşünüyorum. Ama uygulamaya gelindiğinde bilinen doğruların yeterince yerine getirilmediği kanaatindeyim." (Hemşire 20)

- **Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar**

Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar ana teması; öğrenilen bilgilerin çalışma arkadaşlarıyla paylaşılması, kimlik kontrolünün yapılması gerektiği, ilaç uygulamasının doğru yapılması olmak üzere 3 (üç) alt tema altında toplanmıştır.

"……Eğitimlerden kazandığım bilgileri servisteki çalışma arkadaşlarımla da paylaşacağım, faydalı olacağını düşünüyorum." (Hemşire 10)

"……Hastaların ameliyatı yapılmadan önce ve ilaç uygulamalarından önce kimlik kontrolünün yapılması çok önemli. Hem kendimizi, hem de hastaları her türlü riskten korumak için çok gerekli." (Hemşire 2)

"……İlaç uygulamalarının doğru doz, doğru yol ve doğru kişiye yapılmasının önemli olduğunu biliyorum." (Hemşire 17)

- **Eğitime İlişkin Görüşler**

Eğitime İlişkin Görüşler ana teması; sıkıcı bir eğitim, slaytların yoğun olması, eğitim için uzun bir süre olması, çoğunlukla eğitimcinin konuşması olmak üzere 4 (dört) alt tema altında toplanmıştır.

"……Çok sıkıcı bir eğitimdi. Eğitim süresince eğitimci konuştu ve biz dinleyici konumda kaldık maalesef." (Hemşire 7)

"……Slaylar çok yoğundu. Bu eğitim için bu kadar sürenin fazla olduğunu düşünüyorum." (Hemşire 18)

- **Eğitime İlişkin Öneriler**

Eğitime İlişkin Öneriler ana teması; eğitim tüm sağlık çalışanlarına verilmeli, hekimlere de eğitim verilmeli, hastane yöneticileri de eğitimlere katılmalı, eğitim süresi daha kısa olmalı, eğitimi destekleyici video gösterilmeli, eğitimde farklı yöntemler kullanılmalı ve personel sayısının artırılması olmak üzere 7 (yedi) alt tema altında toplanmıştır.

"……Hasta güvenliğinin sağlanması tek başınıza yapabileceğiniz bir şey değil. Bizlerin sorumluluğu çok fazla. Bu sorumluluğu doğru bir şekilde yerine getirebilmek için personel sayısının artırılması gerekir." (Hemşire 13)

"……Eğitimler nedense hep hemşirelere yönelik veriliyor. Oysaki bu kurumda çalışan ve sorumluluğu olan sadece hemşireler değil. Diğer sağlık personellerine, özellikle de hekimlere de bu eğitimlerin verilmesi gerekli." (Hemşire 15)

"……Hastane yöneticilerinin de bizim gibi bu eğitimlere katılmasını, sorunlarımızı dinlemesini çok istiyorum." (Hemşire 1)

"……Eğitim süresi kısa tutulmalı. Dikkatimi toplamakta ve dinlemekte zorlandım." (Hemşire 8)

"……Eğitimde slaytların aktarılmasından sıkıldım artık. Daha farklı yöntemler kullanılabilir. Mesela video gösterimi yapılabilir, sorunlarımızı paylaşabileceğimiz bir ortam oluşturulabilir. Bence bu şekilde daha verimli olur eğitimler." (Hemşire 14)

5. TARTIŞMA

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyine, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısına etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen bulgular, iki ana başlık altında verilen alt başlıklar altında tartışılmıştır.

İhtiyaç Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

- Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması
- Hemşirelerin Hasta Güvenliği ile İlgili Bilgi ve Becerilerini Geliştirmeye Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Ana Temalar ve Alt Temaların Tartışılması

Eğitim Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması

- Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Grup içi – Gruplar arası ve Zamana göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup içi – Gruplar arası ve Zamana göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup içi – Gruplar arası ve Zamana göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulguların Tartışılması
- Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulguların Tartışılması

5.1. İHTİYAÇ ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Araştırma, 6 yönetici hemşire, 7 eğitim hemşiresi, 3 servis sorumlu hemşiresi, 5 servis hemşiresi, 3 hemşire öğretim elemanı ile gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.1). Bu şekilde farklı kurumlarda çalışan, farklı pozisyon, görev, deneyim, uzmanlık alanlarına, unvanlara sahip katılımcılar ile görüşme sağlanması; yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programı oluşturulmadan önce ihtiyaçların doğru tespit edilebilmesi için önemli bir veri kaynağı olacağı düşünülmüştür.

5.1.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği İle İlgili Bilgi Ve Becerilerini Geliştirmeye Yönelik İhtiyaçlarına İlişkin Ana Temalar Ve Alt Temaların Tartışılması

5.1.2.1. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasının Önemi

Katılımcıların hasta güvenliğinin sağlanmasının önemine ilişkin görüşleri; kurumsal, hemşire ve hasta açısından olarak tanımlanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanmasının kurumsal açıdan önemini; kurum verimliliğini arttırması, hastanın hastanede yatış süresinin ve sağlık maliyetlerinin düşmesi olarak ifade etmişlerdir. Hasta güvenliğinin sağlanması, T.C Sağlık Bakanlığı SKS ve verimlilik kapsamında ele alınan önemli ve öncelikli bir konudur. Sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen ve yön veren parametrelere de temel oluşturmaktadır (Sayek, 2011). Literatürde de hasta güvenliğinin sağlanmasıyla hastaların hastanede yatış süresinin azaldığı, morbidite ve mortalite oranlarının düştüğü, sağlık bakım maliyetlerinin düştüğü vurgulanmaktadır (Hansen ve diğ., 2003; Lenburg ve diğ., 2011; Öztürk, Kahriman & Babacan, 2017; Pronovost ve diğ., 2005; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). Literatürle benzerlik gösteren bu sonuç, katılımcıların hasta güvenliğinin kurum açısından öneminin farkında olduklarını göstermektedir.

Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanmasının hemşire açısından önemini; bakım kalitesinin ve hizmetin niteliğinin artması, hasta ve diğer sağlık personelleri ile doğru iletişim kurulması şeklinde belirtmişlerdir. Literatürde de hasta güvenliğinin sağlanmasının hemşirelerin verdikleri bakımın kalitesini arttırdığı, sağlık ekip üyelerinin birbirleriyle ve hasta ile etkin iletişim kurmasını, iletişimden kaynaklı hataların azalmasını sağladığı

vurgulanmaktadır (Hansen ve diğ., 2003; Lenburg ve diğ., 2011; Öztürk, Kahriman & Babacan, 2017; Pronovost ve diğ., 2005; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). Bu sonuç, hemşirelerin hasta güvenliğinin hemşirelere sağladığı yararların farkında olduklarını böylece hasta güvenliğine ilişkin kurumlarca oluşturulan prosedür ve talimatları benimseyerek uygulamaya koyacaklarını ve işlem basamaklarını doğru uygulayarak nitelikli hemşirelik bakımı vereceklerini düşündürmektedir.

Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanmasının hasta açısından önemini ise; bakım kalitesinin artması, ilaç güvenliğinin sağlanması, hastada olası komplikasyonların ve tıbbi hataların önlenmesi, tedavinin etkinliğinin ve doğruluğunun sağlanması, hastanın hastanede yatış süresinin azalması, hastanın normal hayatına en kısa sürede dönmesi ve hastane enfeksiyonlarının önlenmesi olarak ifade etmişlerdir. Literatürde de hasta güvenliğinin hastanın etkin ve kaliteli sağlık bakımına erişimini sağlamakla beraber tıbbi hataların önlenmesine, hastanın hastanede kalış süresinin kısalmasına, hastanın olası risklere maruz kalmadan tedavi ve bakımını almasına ve normal yaşamına en kısa zamanda kavuşmasına olanak sağladığı vurgulanmaktadır (Hansen ve diğ., 2003; Lenburg ve diğ., 2011; Öztürk, Kahriman & Babacan, 2017; Pronovost ve diğ., 2005; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). Literatürle benzerlik gösteren bu sonuç, katılımcıların hasta güvenliğinin sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen bir kriter olarak sağlıklı/hasta bireylere sağladığı yararların farkında olduklarını göstermektedir.

5.1.2.2. En Sık Rastlanan Hasta Güvenliği Hataları

Katılımcıların en sık rastlanan hasta güvenliği hatalarına ilişkin görüşleri; hasta düşmeleri, hasta kimliğinin doğrulanmaması, yanlış ilaç uygulamaları, doğru taraf, doğru prosedür ve doğru cerrahi, iletişim, enfeksiyon olarak tanımlanmıştır (Tablo 4.2). Sağlık kurum/kuruluşlarında en sık rastlanan ve raporlaması yapılan olaylarda etkisi olan ve JCI hasta güvenliği hedeflerinin de temelini oluşturan hasta güvenliğine ilişkin konuları; hasta kimliğinin doğrulanmaması, düşmeler, ilaç uygulamalarında/güvenliğinde yaşanan sorunlar, enfeksiyon, etkili iletişimin kurulamaması, doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisi olarak sıralamaktadır (Akalın, 2005; Lenburg ve diğ., 2011; Öztürk, Kahriman & Babacan, 2017; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). Literatürle benzerlik gösteren bu sonuç, katılımcıların hasta güvenliğine ilişkin en sık rastlanan hataların farkında olduklarını göstermekte olup hasta güvenliği eğitim programlarının bu hataları içerecek şekilde yapılandırılması gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuç, hemşirelik bakım kalitesinin

yükseltilmesi için; hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek hataların belirlenerek önlenmesinin gerekliliğini de ortaya koymaktadır.

5.1.2.3. Hemşirenin Hasta Güvenliğine İlişkin Sahip Olması Gerekenler

Katılımcıların hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gerekenlere ilişkin görüşleri; bilgi ve beceri olarak tanımlanmıştır (Tablo 4.2). Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili parametreleri bilmesi tek başına yeterli değildir. Bu nedenle bilgi ve becerilerin bütünleştirilmesi, bilginin daha değerli ve kalıcı olması için uygulamaya aktarılması gerekmektedir. Hemşireler, 7/24 sağlık bakım hizmeti veren, en fazla hata yapma riski ile karşı karşıya kalan meslek üyeleridir. Bu nedenle hasta güvenliğine ilişkin hemşirelerin hem bilgi hem de beceri bakımından yeterli olması önem taşımaktadır. Çünkü sağlık hizmeti, mesleki açıdan yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayan hemşirelerce verildiğinde ciddi olabilecek sorunlar yaşanmakta ve bu durum hizmet ve bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. (Akalın, 2005; Sajadi, Ebadi & Khaghanizadeh, 2015).

Katılımcılar hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gereken bilgileri; hasta güvenliğine ilişkin prosedür ve talimatlar, düşmelere karşı alınacak önlemler, hasta mobilizasyonu, enfeksiyondan korunma yolları vb. olarak ifade etmişlerdir. Literatürde de hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin prosedürler/talimatlar, hasta güvenliğini riske sokan, olay bildirimi yapılan veya ramak kala olaylara sebep olan durumlar, hataların engellenmesi/azaltılması için alınacak önlemlere ilişkin gerekli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Akalın, 2005; Öztürk, Kahriman & Babacan, 2017; Sajadi, Ebadi & Khaghanizadeh, 2015; Sur, Palteki & Yazıcı, 2019). Bu sonuç, katılımcıların hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgilere sahip olmaları gerektiğini ve bu bilgilerin belli aralıklarla güncellenmesi gerektiğini düşündüklerini göstermektedir.

Katılımcılar hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin sahip olması gereken becerileri; etkili iletişim kurma, hasta mobilizasyonuna eşlik etme, el hijyeni kurallarına uyma, kimlik bilgileriyle hastaya müdahale etme, ilaç uygulamalarını dikkate alma, düşmelere karşı önlemler alma, enfeksiyonlardan korunma vb. olarak ifade etmişlerdir. Bu sonuç, katılımcıların hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin kurum ve birim bazlı riskleri belirleyerek hasta için risk oluşturabilecek durumları ortadan kaldırabilecek becerilerin farkında olduklarını düşündürmektedir.

5.1.2.4. Hemşirenin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi ve Becerilerini Geliştirme

Katılımcıların hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirmeye ilişkin görüşleri; lisans eğitim programlarına ders olarak eklenmesi, birim-alan-hastaneye özgü hizmet içi eğitimlerin yapılması, mezuniyet sonrası eğitimlerin düzenlenmesi ve belirli aralıklarla denetimlerin yapılması olarak tanımlanmıştır (Tablo 4.2). Öztürk ve diğ. (2017) hasta güvenliğinin sağlanması ve hataların engellenmesi/azaltılması için hemşirelere yönelik planlı eğitimler düzenlenmesi gerektiğini, bu eğitimlerin hemşirelerin bilgi ve farkındalık düzeylerinin artmasında önemli olduğunu vurgulamışlardır. Alcan ve diğ. (2012) hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programlarına gereksinim olduğunu ortaya koymuştur. Çırpı ve diğ. (2009) hemşirenin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerinin hem hemşirelik okullarında hem de mezuniyet sonrası profesyonel çalışma hayatında düzenlenecek eğitim programları ile geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Literatürde de hemşirelerin mezuniyet sonrası dönemde mevcut bilgi ve donanımlarının yeterli ve eşit düzeyde olmadığı göz önüne alındığında; sağlık kurum/ kuruluşlarında göreve yeni başlayan hemşirelere hasta güvenliği ile ilgili oryantasyon eğitimleri, belli aralıklarla birim bazlı ve alana özgü hizmet içi eğitimlerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Akalın, 2005; Hansen ve diğ., 2003; Sajadi, Ebadi & Khaghanizadeh, 2015). Literatürle benzerlik gösteren bu sonuç, hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinde formal eğitim programlarının önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

5.1.2.5. Hasta Güvenliği ile İlgili Eğitim Programlarını Yapılandırma

Katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarının yapılandırılmasına ilişkin görüşleri; konu/içerik, öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri ve değerlendirme yöntemleri olarak tanımlanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcılar hasta güvenliği eğitim programları yapılandırılırken; hasta güvenliği ile ilgili standartlar, talimatlar/prosedürler, Dünyada ve Türkiye'de yaşanan hasta güvenliği hataları ve alınabilecek önlemler vb. konuların programda yer alması gerektiğini belirtmişlerdir. Hansen ve diğ. (2003) tarafından odak grup görüşmesi ile yapılan çalışmada hemşireler; eğitim programlarında bireysel ve sağlık sisteminden, tıbbi nedenlerden kaynaklanan hasta güvenliği hataları, bu hataların raporlanması konularına yer verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu sonuç, hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarında ihtiyaç

duyulan eğitim konularının ortaya konması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca bu sonuç, hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarında bu konulara yer verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Katılımcılar hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları yapılandırılırken; örnek olay, soru cevap, grup tartışması, rol oynama, beyin fırtınası, demonstrasyon, gösterip yaptırma, psikodrama vb. interaktif eğitim yöntemlerinin kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Eğitim ortamlarında interaktif eğitim yöntemlerinin kullanılması katılımcıların, iş birliğine dayalı çalışmasını, kendisinin ve akranlarının zayıf ve güçlü yönlerini, becerilerini keşfetmesini sağlamaktadır (Mcglynn, 2001). Ayrıca bağımsız öğrenmelerini geliştirmekte, öğrenme sürecine aktif katılımlarını ve uygulamaya dayalı deneyimler kazanmalarını (Vangundy, 2005), onları pasif bir dinleyici olmaktan uzaklaştırarak, daha dikkatli ve ilgili olmalarını sağlamaktadır (Watkins, 2005). Taşçı (2003) da hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarında kullanılan interaktif eğitim yöntemlerine ilişkin olumlu duygu ve düşüncelere sahip olduklarını belirtmektedir. Literatürde de yaşanmış gerçek deneyimlerden yola çıkılarak hazırlanmış tıbbi hatalara ilişkin hikâyelerin anlatılmasının, vaka çalışmalarının yapılmasının hasta güvenliği ile ilgili eğitimin ilgi çekici ve anlaşılır olmasını etkileyeceği vurgulanmaktadır (Feng ve diğ., 2013; Vaona ve diğ., 2018). Bu sonuç, hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarında katılımcıların aktif katılımını sağlayacak interaktif eğitim yöntemlerine yer verilmesinin eğitimin etkili ve verimli olması açısından önemli olduğunun farkında olduklarını düşündürmektedir.

Katılımcılar hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları yapılandırılırken; simülatör, el kitapçıkları, akış şemaları, video gösterimi ve slayt vb. öğretim materyallerinin kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. Birden fazla duyu organına hitap eden ve harekete geçiren öğretim materyallerinin kullanımı, bilgi ve becerilerin kalıcılığını artırdığı gibi, uygulamaya aktarılmasına ve etkin ve kaliteli sonuçların ortaya çıkmasına olanak sağlamaktadır (Sarmasoğlu, Dinç & Elçin, 2016). Bu sonuç, hasta güvenliği eğitim programlarında kazandırılmak istenen bilgi ve becerilerin kalıcılığını artırmak için farklı öğretim materyallerinin seçilmesinin ve kullanılmasının gerekliliğini göstermektedir.

Katılımcılar hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları yapılandırılırken; gözlem, görüşme, hata/olay sayısı (istatistiksel olarak), ön test – son test, güvenlik raporlama sistemi, 6 ay-1 yıl sonra re-test yapılması vb. değerlendirme yöntemlerinin kullanılması gerektiğini

ifade etmişlerdir. Yapılan eğitimlerin etkin olup olmadığının mutlaka değerlendirilmesi gerekir. Bunun için gerekli düzenlemeler ve parametreler oluşturulmalıdır. Literatürde eğitim programlarının etkililiğini değerlendirmek amacıyla; hemşirelerin gerek çalışma arkadaşları, gerek eğitimciler gerekse yöneticiler tarafından gözlemlenmesi, eğitimin yeterli olup olmadığı konusunda görüşlerinin alınması, kurum bazlı istatistiksel olarak bildirimi yapılan olay veya ramak kala olayların oranlarındaki değişimlerin izlenmesi, eğitim öncesi ve sonrasında ön test ve son test değerlendirmelerin yapılması vb. gerektiği vurgulanmaktadır. Bu sonuç, katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarının değerlendirilmesinde hangi değerlendirme yöntemlerinin kullanılacağının farkında olduklarını göstermektedir. Bu sonuç ayrıca, bu değerlendirme yöntemlerini farklı eğitim etkinliklerinde kullanabileceklerini göstermektedir.

5.2. EĞİTİM SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.2.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun erkek, bekar ve lisans mezunu olduğu, özellikli birimlerde ve vardiyalı olarak çalıştıkları görülmüştür. Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, çalıştıkları birimler ile hemşire olarak çalışma süresi, çalışan birimde çalışma süresi ve görevde çalışma süresi ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3). Bu durum girişim, kontrol ve plasebo gruplarının tanıtıcı özellikler açısından homojenizasyonu sağladığını göstermektedir.

5.2.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Öztürk ve diğ. (2017) acil serviste görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu (%77,9), hemşirelerin (%40,9) hasta güvenliğinin önemini 10 puan olarak işaretlediğini saptamıştır. Balık (2014) acil serviste görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu (%70,9) belirlemiştir. Araştırmada da girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelerin çoğunluğu hasta güvenliği ile ilgili yeterli ya da kısmen bilgiye sahiptir (Tablo 4.4). Bu

sonuç, hemşirelerin gerek lisans eğitim sürecinde gerekse mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinde hasta güvenliği ile ilgili yeterli/kısmen yeterli bilgi sahibi olduklarını düşündürmektedir. Ancak yeterli düzeyde bilgiye sahip olunabilmesi ve bilginin kalıcılığının artması için yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı olarak hazırlanmış hasta güvenliği eğitim programının, belirli aralıklarla ve düzenli olarak gerçekleştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelerin çoğunluğu çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir çalışmaya katılmamıştır (Tablo 4.4). Bu sonuç, sağlık kurumlarında hasta güvenliği ile ilgili yeterince çalışma/projenin üretilmediğini ya da etkin bir katılım duyurusunun yapılmadığını, hasta güvenliğinin sağlanmasının hemşireler tarafından yeterince içselleştirilememiş olabileceğini ve bu sebeple olumlu bir tutum geliştiremediklerini düşündürmektedir. Ancak düzenli olarak tekrarlanacak yapılandırılmış hasta güvenliği eğitim programları, hemşirelerin hasta güvenliğinin önemine inanmalarına, olumlu bir tutum geliştirmelerine, aynı zamanda gerek sağlık kurumları tarafından gerekse bireysel/grup olarak çalışma/projelerin üretilmesine katkı sağlayacağını söylemek mümkündür.

Er (2019) tıbbi hataların sorumlusunu hemşireler (%53,3), hekimler (%48,9) olduğunu saptamıştır. Özdemir ve diğ. (2019) hasta güvenliğine ilişkin hataların en sık hemşireler (%70) ve hekimler (%63,3) tarafından yapıldığını belirtmiştir. Araştırmada da girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre hasta güvenliğine ilişkin hatalar en sık hemşireler ya da hekimler tarafından yapılmaktadır (Tablo 4.4). Literatürle benzerlik gösteren bu sonuç, hekim ve hemşirelerin hasta bireylere 7/24 saat sağlık hizmeti sunması, uykusuzluk, çalışma sürelerinin uzun ve yorucu olması, yeterli personel olmaması hasta güvenliği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama/önemsememe, iletişim eksikliği vb. gibi nedenlerle hasta güvenliğinin sağlanmasına yönünde yeterince olumlu bir tutum geliştiremediklerini ve gerekli dikkat/özenin sağlanmadığı ve bu sebeple hasta güvenliğine ilişkin birçok hatanın yapıldığını düşündürmektedir. Ancak hata yapma olasılığının en aza indirgenebilmesi için yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı olarak hazırlanmış hasta güvenliği eğitim programının, belirli aralıklarla ve düzenli olarak gerçekleştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Özdemir ve diğ. (2019) hasta güvenliğinden öncelikle sorumlu sağlık personelinin de yine hemşireler (%93,3) ve hekimler (%78,3) olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde

araştırmada girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre hasta güvenliğinden öncelikle sorumlu sağlık çalışanı yine hemşireler ya da hekimlerdir (Tablo 4.4). Bu sonuç, hastaya birebir, 7/24 saat sağlık hizmeti sunan hemşire ve hekimler olması nedeniyle hasta güvenliğinden öncelikle sorumlu olanların da yine hekim ve hemşire olacağını düşündürmektedir. Ancak hasta güvenliğinin sağlanmasından tüm sağlık çalışanlarının sorumlu olması nedeniyle yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı olarak hazırlanmış hasta güvenliği eğitim programının sağlık kurumunda görev yapan tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde gerçekleştirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşireler çalışma yaşamında hasta güvenliğini tehlikeye sokan herhangi bir hata yapmamıştır (Tablo 4.4). Bu sonuç, hasta güvenliğini tehlikeye sokan herhangi bir hatanın hemşireler tarafından yapılmadığını ya da cezalandırma olacağını düşünmeleri sebebiyle bildirim yapmadıklarını düşündürmektedir.

Biçer (2020) tıbbi hataların öncelikli nedenini, hasta güvenliği ile ilgili eğitim yetersizliği olarak saptamıştır. Er ve Altuntaş (2016) tıbbi hataların olmasının nedenini; iş yükünün fazla olması (%75,6), çalışma saatlerinin uzun olması (%74,8) olarak saptamıştır. Şahin ve Özdemir (2015) hemşirelerin %67'sinin tıbbi hata ile karşılaştığını, hataların meydana gelmesinin en önemli sebeplerini iş yükünün fazla olması, personel yetersizliği, görev dışı işlerin olması, stres, yorgunluk olarak belirtmiştir. Bazı araştırmalarda da benzer şekilde hasta güvenliğini tehlikeye sokan hataların özellikle iletişimin yetersiz veya eksik olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Hergül, Özbayır & Gök, 2016; Yücesan & Alkaya, 2017; Topçu ve diğ., 2017; Küçükali, Çakır & Özdemir, 2019). Literatürle benzer şekilde araştırmada da benzer şekilde girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre hasta güvenliğini tehlikeye/riske sokan öncelikli nedenler; iş yükünün fazla olması, uzun ve yorucu çalışma saatleri, ekipman yetersizliği ve hastalara ayrılan sürenin az olmasıdır (Tablo 4.4). Bu sonuç, hemşirelerin hasta güvenliğini tehlikeye/riske sokan nedenlerin farkında olduklarını, ancak bu nedenlerin ortadan kaldırılması/azaltılması için; hasta güvenliğine ilişkin yeterli ve açıklayıcı prosedür/talimatların geliştirilmesi, iş/görev tanımlarının net olarak belirlenmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, sağlık yöneticileri tarafından yeterli personel ve ekipman planlamasının yapılması ile mümkün olabileceğini düşündürmektedir.

Biçer (2020) ilaç uygulamalarında daha fazla hata yapıldığını belirtmiştir. Özdemir ve diğ. (2019) hastane enfeksiyonu ile ilaç uygulama hatalarının daha sıklıkla ortaya çıktığını belirtmiştir. Şahin ve Özdemir (2015) en sık rastlanan tıbbi hatanın ilaç uygulamalarından kaynaklandığını (%56,1) belirtmiştir. Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre; çalıştıkları kurumda yaşanan en önemli hasta güvenliği hatasının etkili iletişimin sağlanamaması, enfeksiyona bağlı risklerin olması, hastanın doğru kimliklendirilmemesi, ilaç güvenliğinin sağlanamaması, doğru taraf, doğru prosedür, doğru hasta ve cerrahisinin sağlanamaması ve düşmelerin önlenmemesidir (Tablo 4.4). Bu sonuç; hasta güvenliği eğitim programı planlanırken hasta güvenliğini tehlikeye sokan en önemli hasta güvenliği hataları ile uluslararası hasta güvenliği hedeflerini kapsayacak şekilde içerik planının oluşturulması, eğitimin aktif öğrenme yöntem ve tekniklerinin bir arada kullanılmasına fırsat verecek şekilde yapılandırılmasının gerekli olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca eğitim programının hasta bakımında rolü ve etkisi olan tüm sağlık personeline yönelik gerçekleştirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

5.2.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Öztürk ve diğ. (2017) 184 hemşireye yapılan 2 gün 12 saat şeklinde yapılan hasta güvenliği eğitiminde hemşirelerin ön test ve son test puanlarının karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı ve tüm hemşirelerin son test puanlarının ön test puanlarından yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Hwang ve diğ. (2016) hasta güvenliğine ilişkin bilgi seviyesinin artışında eğitimin etkin bir yöntem olduğunu saptamıştır. Lukewich ve diğ. (2015) hasta güvenliğine yönelik bilginin hemşirelik eğitimi süresince arttığını belirtmişlerdir. Literatürle benzer şekilde araştırmada girişim grubunun eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki hasta güvenliği bilgi testi puanları eğitim öncesi puandan yüksektir. Kontrol ve plasebo gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası hasta güvenliği bilgi testi puanları eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puanlardan yüksektir. Bir başka ifadeyle girişim grubunun hasta güvenliği bilgi testi puanı eğitim öncesinden eğitim sonrasına doğru bir artış göstermekte, sonrasında puanlar yatay doğrultuda seyretmektedir. Kontrol ve plasebo gruplarında ise elde edilen puanların zamana bağlı olarak azalma eğiliminde olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Bu sonuçlar, yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı olarak geliştirilmiş hasta güvenliği eğitim programında farklı öğretim yöntem ve tekniklerinin, materyallerinin kullanılması, öğrenenlerinin eğitim sürecine aktif katılması ve bilginin

öğrenenler tarafından yeniden inşa edilmesiyle bilginin kalıcılığının arttığı böylece girişim grubunda yer alan hemşirelerde olumlu bir etki oluşturduğunu düşündürmektedir.

5.2.4. Hemşirelerin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Eleştirel düşünme; hemşirelik mesleğinin profesyonel kimliğini sürdürmesi bakımından önemli bir etkiye sahiptir. Bu sebeple hemşirelik eğitim programları ile mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında daha nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti sunumu ve hasta bakımı sağlamak ve eleştirel düşünme düzeyini geliştirecek düzenlemelerin yapılması önem arz etmektedir. Hemşirelerin/hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerine ilişkin literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; Çalışkan ve Doğan (2022) hemşirelerin hemşirelik mesleğine ilişkin bilgi ve becerileri öğrenmesi ve bunları doğru bir şekilde kullanabilmesinin eleştirel düşünme becerileri ile mümkün olabileceğini belirtmiş ve hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerini düşük düzeyde (227,06±25,88), Taşçı ve diğ. (2022) orta düzeyde (244,28±25,75), Aydın ve Kurudirek (2021) düşük düzeyde (195,77±19,45); Sözen ve Karabulut (2021) düşük düzeyde (208,23±23.76); Uyanık ve Tanrıverdi (2021) düşük düzeyde (182,4±31,13); Aras (2019) düşük düzeyde (219.6±27.3); Günaydın ve Barlas (2015) düşük düzeyde (209,95±25,26); Oktay ve diğ. (2019) orta düzeyde (247,37±22,3); Mahmoud ve Mohamed (2017) orta düzeyde (257.05±20.16); İskender ve Karadağ (2015) düşük düzeyde (193.87 ± 23.019) olduğunu saptamıştır. Genel olarak literatür doğrultusunda hemşirelerin genel olarak eleştirel düşünme düzeylerinin düşük veya orta düzeyde olduğunu söylemek mümkündür. Araştırmada girişim grubunun eğitim öncesinde CEDEÖ toplam puan ortalaması en düşüktür, eğitimden altı ay sonra en yüksektir ve puan artışları eğitim sonrasında yatay bir seyirdedir. Kontrol grubunda eleştirel düşünme eğilimi orta, plasebo grubunda düşük düzeyde olup bu gruplarda zamana göre önce bir atış, eğitimden bir ay ve altı ay sonra düşüş söz konusudur (Tablo 4.6). Bu sonuçlar doğrultusunda yapılandırmacı öğrenme modeline göre hasta güvenliği eğitim programının girişim grubunun eleştirel düşünme eğilimini pozitif yönde etkilediğini söylemek mümkündür. Farklı alternatif ya da düşünceleri değerlendirme becerisinin gelişiminin sağlanması açısından farklı öğretim yöntem ve tekniklerinin bir arada kullanıldığı yapılandırmacı öğrenme modeline göre geliştirilmiş hasta güvenliği eğitim programlarının mezuniyet sonrasında belli aralıklarla ve

düzenli olarak tekrarlanması, sürekliliğinin sağlanması halinde hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri düzeyinin artış göstereceği düşünülmektedir

Taşçı ve diğ. (2022) doğruyu arama ve kendine güven alt boyutlarının puan ortalamalarının düşük, diğer alt boyutların puan ortalamalarının orta düzeyde; Sözen ve Karabulut (2021) öğrenci hemşirelerin analitik olmak ve açık fikirlilik alt boyutlarının orta düzeyde, merak, kendine güven, doğruyu arama ve sistematik olmak alt boyutlarının puanlarının düşük; Karadağ ve diğ. (2018) ise eleştirel düşünme eğilimi ölçeğinin analitik boyutunun en yüksek, sistematiklik alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu sonucuna varmıştır. Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo gruplarında tekrarlı olarak yapılan ölçümlerde eğitim öncesinde en yüksek puan ortalaması CEDEÖ'nün analitiklik alt boyutunda iken, eğitimden altı ay sonra ise her grupta en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyut farklılık göstermektedir (Tablo 4.6). Bu sonuç, gruplarda yer alan hemşirelerin sorun oluşturabilecek durumlara karşı daha dikkatli olduklarını, sorunları akıl yürütme yoluyla ele aldıklarını ve kanıta dayalı çözümler üreterek, sonuçlara ulaşabileceklerini düşündürmektedir. Ancak eğitimden altı ay sonra her grupta farklı alt boyutların en yüksek puan ortalamasına sahip olması, her bir grup için gerçekleştirilen eğitimlerin içeriğinin oluşturduğu etki ve eğitim öncesi ile eğitimden sonra geçen altı aylık süreye bağlı olarak farklı alt boyutların gelişmesine katkı sağladığını düşündürmektedir.

5.2.5. Hemşirelerin Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi – Gruplar Arası ve Zamana Göre Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşireler, klinik ortamda mesleği gereği kritik öneme sahip birçok karar vermek durumundadır. Verilen bu kararlar, sağlık bakım kalitesini ve hasta güvenliğini olumlu/olumsuz yönde etkilemektedir (Johansen & O'Brien, 2016). Hemşirelikte klinik karar verme ise; hemşirelik mesleğinin temel yapısını oluşturan, eğitim ve mezuniyet sonrası süreçte geliştirilmesi gereken çok önemli bir beceridir (Özden, Özveren & Gülnar, 2018). Hemşirelerin/hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerine ilişkin literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; Ay ve diğ. (2022) orta düzeyde (125,1±21,8); Sözen ve Karabulut (2021) orta düzeyde (135,87± 17,17); Farčić ve diğ. (2020) orta düzeyde (135,8±27,6); Keskin (2020) orta düzeyde (128,68±10,60); Barutcu (2019) hemşirelikte klinik karar verme puan ortalamalarının orta düzeyde (144.26±15.39); Durmaz-Edeer ve Sarıkaya

(2015) iyi düzeyde (160.82±10.75); Özden ve diğ. (2018) orta düzeyde (141.91±14.08); Pramilaa (2018) düşük düzeyde (110.56±39.85); Woda ve diğ. (2017) düşük düzeyde (113,11±7,35); Canova ve diğ. (2016) düşük düzeyde (92.33 ± 12.33) olduğunu tespit etmiştir. Genel olarak literatür doğrultusunda hemşirelerin genel olarak eleştirel düşünme düzeylerinin düşük veya orta düzeyde olduğunu söylemek mümkündür. Araştırmada girişim, kontrol ve plasebo gruplarının eğitim öncesi HKKVÖ toplam puan ortalamaları birbirine yakın ve orta düzeyde iken eğitimden altı ay sonra yapılan ölçümlerde girişim grubu en yüksek puan ortalamasına sahiptir ve klinik karar verme algısı diğer gruplara kıyasla çok daha yüksektir. Kontrol grubunda eğitim öncesinde klinik karar verme algısı yüksek iken eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonra düşmektedir. Plasebo grubunda ise klinik karar verme algısı eğitim öncesi yüksek iken, eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonra düşmektedir (Tablo 4.7). Girişim, kontrol ve plasebo grupları arasında puan ortalamaları açısından fark olduğunu ortaya koyan bu sonuç doğrultusunda, her bir grup için farklı eğitim programının uygulanmasından kaynaklandığı, girişim grubunda yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programının girişim grubundaki hemşirelerin klinik karar verme algısını olumlu yönde artırdığını ve geliştirdiğini söylemek mümkündür. Bununla birlikte hemşirelerin klinik karar verme algısının istenilen düzeyde olabilmesi için yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı eğitim programlarının ve değerlendirmelerin sürekli ve düzenli olarak yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Ay ve diğ. (2022), Barutcu (2019), Durmaz-Edeer ve Sarıkaya (2018), Canova ve diğ. (2016) HKKVÖ alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasının seçenek ve fikirleri araştırmak, en düşük puan ortalamasının amaçları ve değerleri soruşturmak alt boyutunda olduğunu saptamışlardır. Araştırmada girişim grubunda eğitim öncesinde HKKVÖ'nin sonuçları değerlendirmek, eğitimden altı ay sonra seçenek ve fikirleri araştırmak alt boyut puan ortalaması en yüksektir. Kontrol ve plasebo gruplarında ise eğitim öncesinde sonuçları değerlendirmek alt boyut puan ortalaması en yüksektir (Tablo 4.7). Bu sonuç, girişim, kontrol ve plasebo gruplarındaki hemşirelerin bir karar vermeden önce seçenekleri ve ortaya çıkan tüm fikirleri araştırdığını, aldığı kararların risklerini, olumlu/olumsuz yönlerini, amaç ve değerlere uygunluğunu değerlendirebildiğini düşündürmektedir. Hemşirelik lisans/lisansüstü eğitimler ile mezuniyet sonrası gerçekleştirilecek olan yapılandırmacı öğrenme yöntem ve tekniklerini içinde barındıran hizmet içi eğitim programlarıyla gelişimin devamlılığının sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol gruplarında eğitim öncesinde en düşük puan ortalaması HKKVÖ'nin bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek, plasebo grubunda amaçları ve değerleri soruşturmak alt boyutundadır. Eğitimden altı ay sonra ise girişim grubunda en düşük puan ortalaması amaçları ve değerleri soruşturmak, kontrol ve plasebo gruplarında bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyutundadır (Tablo 4.7). Bu sonuç, girişim, kontrol ve plasebo gruplarındaki hemşirelerin herhangi bir durumla ilgili gerekli olan verileri araştırmasını, verilere ulaşmasını ve elde edilen veriler ışığında ortaya çıkan verileri anlamasını içeren bu alt boyutların geliştirilmesini sağlayacak yapılandırmacı öğrenme yöntem ve tekniklerinin kullanıldığı eğitim programlarının yapılandırılması gerektiğini düşündürmektedir.

5.2.6. Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgularının Tartışılması

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan girişim grubunda yer alan hemşireler tarafından her eğitim oturumu sonrasında eğitim sürecini değerlendirmeleri amacıyla tutulan hemşire günlüklerinden elde elde edilen veriler; Eğitimin Hissettirdikleri, Eğitimin Kazandırdıkları, Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar, Eğitimin Yapılandırılmasına İlişkin Görüşler ve Eğitime İlişkin Öneriler olmak üzere 5 ana tema altında toplanmıştır (Tablo 4.8).

Eğitimin Hissettirdikleri ana temasında özellikle; eğlenceli ve keyifli bir ortam, yeni bir şeyler öğrenme heyecanı, motive edici, unutulan bilgilerin hatırlanması memnuniyet verici vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Yapılan bazı araştırmalarda bireylerin içinde yer aldıkları eğitim ortamında geçirdikleri süre ve paylaşılan deneyimlerin artmasıyla kendilerini o grubun bir parçası gibi ve daha rahat, daha güvende hissettikleri, geçirilen zamandan daha keyif aldıkları belirtilmektedir (McKay, Davis & Fanning, 2012; Erdoğan, 2015). Eğitim ortamlarında, eğitimin içeriği, kullanılan yöntem, teknikler ve eğitim etkinlikleri ile ilişkili olarak duyguların ortaya çıkması doğal bir süreç olarak vurgulanmaktadır (Arslan, 2015). Araştırmada katılımcıların duygu ve düşüncelerinde meydana gelen ve günlüklerde ifade edilenler dikkate alındığında; girişim grubundaki hemşirelerin duygu ve düşüncelerinin eğitimci, eğitim içeriği, eğitim ortamı ile etkileşimi ile ortaya çıktığı ve gerçekleştirilen yapılandırmacı eğitim modeline dayalı eğitimin hemşireler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu söylenebilir.

Eğitimin Kazandırdıkları ana temasında özellikle; hasta güvenliğinin sağlanmasında dikkat edilecek hususlar, formlar ve bu formların nasıl kullanılacağı, hasta güvenliğinin sağlanmasının öneminin farkına varılması, sorumluluk bilinci vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar; gerçekleştirilen yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programı içeriği sunulurken kullanılan farklı öğretim yöntem ve tekniklerinin, araç gereçlerin girişim grubundaki hemşirelerin belirtilen kazanımlar dikkate alındığında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar ana temasında özellikle; öğrenilen bilgilerin çalışma arkadaşlarıyla paylaşılması, düşme riski değerlendirme ölçeğinin doğru kullanımı, güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru kullanımı vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Forsgren ve diğ. (2014) hemşirelik eğitimlerinde yapılandırmacı öğrenme yöntemlerinden biri olan vaka çalışmalarının kullanılmasının öğrencilerin öğrenmelerini olumlu yönde etkileyerek, vakaların gerçek yaşam problemlerini yansıtmasının gerçek yaşamda karşılaşılan sorunların çözümünde bilgilerin aktarılması ile fayda sağlayacağını, bakış açısını geliştireceğini ve uygulamaya fırsat vermesi açısından iyi bir yöntem olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar dikkate alındığında; eğitim içeriğinin, eğitim ortamının, bireysel ve grup çalışmalarının, kullanılan farklı yapılandırmacı öğretim yöntem ve tekniklerinin girişim grubundaki hemşireler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu, öğrenilen bilgi ve becerilerin içselleştirilerek uygulamaya da aktarılabileceği söylenebilir.

Eğitime İlişkin Görüşler ana temasında özellikle; interaktif bir eğitim ortamı, sıra dışı ve verimli bir eğitim, öğrenilenlerin akılda kalıcılığını artıran farklı yöntemlerin kullanılmış olması vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Bir eğitim programının beklenen hedeflere ulaşabilmesi için eğitimcilerin rol model olması, olumlu ve samimi bir tavır sergilemesi, yapıcı, destekleyici olması, eğitim süresinin iyi yönetilmesi, farklı öğretim yöntem ve tekniklerinin kullanılması gerekmektedir (Erdoğan, 2015; Oermann, 2015). Bu bağlamda bu sonuç, etkili ve verimli bir eğitim ortamı (içerik, süre, farklı öğretim yöntem ve tekniklerinin kullanılması, eğitimci vb) sağlandığını göstermektedir.

Eğitime İlişkin Öneriler ana temasında özellikle; eğitim tüm sağlık çalışanlarına verilmeli, daha sık aralıklarla tekrarlanmalı, hekimlere de eğitim verilmeli, sorunların çözümü için hastane yöneticileri de eğitimlere katılmalı vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Bu sonuç; eğitim programının sadece hemşirelere yönelik değil, aynı zamanda hekimler dahil

tüm sağlık çalışanlarına uygulanmasının hasta güvenliğinin sağlanması ve nitelikli sağlık hizmetinin sunulması için gerekli olduğunu ve daha faydalı olacağı şeklinde değerlendirilebilir.

5.2.7. Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Eğitim Programına İlişkin Hemşire Günlükleri ile Elde Edilen Bulgularının Tartışılması

Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan girişim grubunda yer alan hemşireler tarafından her eğitim oturumu sonrasında eğitim sürecini değerlendirmeleri amacıyla tutulan hemşire günlüklerinden elde elde edilen veriler; Eğitimin Hissettirdikleri, Eğitimin Kazandırdıkları, Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar, Eğitimin Yapılandırılmasına İlişkin Görüşler ve Eğitime İlişkin Öneriler olmak üzere 5 ana tema altında toplanmıştır (Tablo 4.9).

Eğitimin Hissettirdikleri ana temasında özellikle; her yıl zorunlu hizmet içi eğitim kapsamında verilen hasta güvenliği eğitim içeriğinde herhangi bir değişikliğin yapılmadığı ve aynı kaldığı, bu sebeple eğitimin sıradan ve sıkıcı olduğu, yüz yüze gerçekleştirilen eğitimlerin online gerçekleştirilen eğitimlere göre daha yararlı olduğu vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Araştırmada katılımcıların duygu ve düşüncelerinde meydana gelen ve günlüklerde ifade edilenler dikkate alındığında; kontrol grubundaki hemşirelerin Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu hizmet içi eğitim kapsamında her yıl düzenli olarak gerek online, gerekse yüz yüze gerçekleştirilen hasta güvenliği eğitimlerinde; katılımcıların da aktif olarak katılım sağlayacakları, farklı öğretim yöntem, teknik ve materyallerle zenginleştirilmiş bir eğitim programının düzenlenmesinin daha yararlı olacağını düşündürmektedir.

Eğitimin Kazandırdıkları ana temasında özellikle; hasta güvenliğinin sağlanmasının önemli olduğu, iletişimin bu konuda her şeyin temelini oluşturduğu, el yıkamanın önemli olduğu vb. alt temalarının yer aldığı aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar; kontrol grubunda yer alan katılımcıların hasta güvenliğinin öneminin farkında olduklarını düşündürmektedir.

Eğitim Sonrası Klinik Alana Aktarılacaklar ana temasında özellikle; öğrenilen bilgilerin çalışma arkadaşlarıyla paylaşılması, kimlik kontrolünün yapılmasının önemli olduğu, ilaç uygulamalarının doğru yapılması vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar dikkate alındığında; kontrol grubunda yer alan katılımcıların edindikleri bilgileri uygulamaya aktarmaya istekli olduklarını düşündürmektedir.

Eğitime İlişkin Görüşler ana temasında özellikle; eğitimin sıkıcı, slaytların yoğun ve eğitim süresinin de fazla olması vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar dikkate alındığında; klasik öğrenme modelinde uygulanan didaktik bir yaklaşımın, yani eğitimcinin aktif katılımcıların pasif dinleyici konumunda olmalarının ve sadece yoğun bilgi içeren slaytların eğitim ortamında kullanılmasının eğitimi sıkıcı hale getirerek bilginin geçici olarak oluşturulmasına yani bilginin kalıcı olmasına engel olduğunu düşündürmektedir.

Eğitime İlişkin Öneriler ana temasında özellikle; eğitim tüm sağlık çalışanları dahil, tüm hekimlere de eğitim verilmeli, sorunların dinlenmesi için hastane yöneticileri de eğitimlere katılmalı, eğitim süresi kısa tutulmalı vb. alt temalarının yer aldığı görülmüştür. Bu sonuç; eğitim programının sadece hemşirelere yönelik değil, aynı zamanda hekimler dahil tüm sağlık çalışanlarına uygulanmasının hasta güvenliğinin sağlanması ve nitelikli sağlık hizmetinin sunulması için gerekli olduğunu ve çok daha faydalı olacağını düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyine, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısına etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- İhtiyaç analizi sonucunda;

- Hasta güvenliğinin sağlanmasının kurumsal, hemşire ve hasta açısından önemli olduğu,

- En sık rastlanan hasta güvenliği hatalarının hasta düşmeleri, hasta kimliğinin doğrulanmaması, yanlış ilaç uygulamaları, doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisi, iletişim ve enfeksiyon olduğu,

- Hemşirelerin hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için bilgi ve beceriye sahip olması gerektiği,

- Hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve becerilerin geliştirilebilmesi için lisans eğitim programlarına ders olarak eklenmesi, birim- alan- hastaneye özgü hizmet içi eğitimlerin yapılması, mezuniyet sonrası eğitimlerin düzenlenmesi ve belirli aralıklarla denetimlerin yapılması gerektiği,

- Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarının yapılandırılmasında konu/ içerik, öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri ve değerlendirme yöntemlerinin doğru belirlenmesi gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelerin çoğunluğu hasta güvenliği ile ilgili yeterli ya da kısmen bilgiye sahiptir.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında yer alan hemşirelerin çoğunluğu çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir çalışmaya katılmamıştır.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre hasta güvenliğine ilişkin hatalar en sık hemşireler ya da hekimler tarafından yapılmaktadır.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre hasta güvenliğinden öncelikle sorumlu sağlık çalışanı yine hemşireler ya da hekimlerdir

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşireler çalışma yaşamında hasta güvenliğini tehlikeye sokan herhangi bir hata yapmamıştır.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre hasta güvenliğini tehlikeye/riske sokan öncelikli nedenler; hemşire sayısının yetersiz olması, iş yükünün fazla olması, uzun ve yorucu çalışma saatleri, ekipman yetersizliği ve hastalara ayrılan sürenin az olmasıdır.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında bulunan hemşirelere göre çalıştıkları kurumda yaşanan en önemli hasta güvenliği hatası; etkili iletişimin sağlanamaması, enfeksiyona bağlı risklerin olması, hastanın doğru kimliklendirilmemesi, ilaç güvenliğinin sağlanamaması, doğru taraf, doğru prosedür, doğru hasta ve cerrahisinin sağlanamaması ve düşmelerin önlenmemesidir.

- Girişim grubunun eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki hasta güvenliği bilgi testi puanları eğitim öncesi puandan yüksektir. Kontrol ve plasebo gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası hasta güvenliği bilgi testi puanları eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonraki puanlardan yüksektir. Bir başka ifadeyle girişim grubunun hasta güvenliği bilgi testi puanı eğitim öncesinden eğitim sonrasına doğru bir artış göstermekte, sonrasında puanlar yatay doğrultuda seyretmektedir. Kontrol ve plasebo gruplarında ise elde edilen puanların zamana bağlı olarak azalma eğiliminde olduğu görülmektedir.

- Girişim grubunun eğitim öncesinde CEDEÖ toplam puan ortalaması en düşüktür, eğitimden altı ay sonra en yüksektir ve puan artışları eğitim sonrasında yatay bir seyirdedir. Kontrol grubunda eleştirel düşünme eğilimi orta, plasebo grubunda düşük düzeyde olup bu gruplarda zamana göre önce bir atış, eğitimden bir ay ve altı ay sonra düşüş söz konusudur.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarında eğitim öncesinde en yüksek puan ortalaması CEDEÖ'nin analitiklik alt boyutunda iken, eğitimden altı ay sonra her grupta en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyut farklılık göstermektedir.

- Girişim, kontrol ve plasebo gruplarının eğitim öncesi HKKVVÖ toplam puan ortalamaları birbirine yakın ve orta düzeyde iken; eğitimden altı ay sonra yapılan ölçümlerde girişim grubu en yüksek puan ortalamasına sahiptir ve klinik karar verme algısı diğer gruplara kıyasla çok daha yüksektir. Kontrol grubunda eğitim sonrasında klinik karar verme algısı yüksek iken eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonra düşmektedir. Plasebo grubunda ise klinik karar verme algısı eğitim öncesi yüksek iken eğitim sonrası, eğitimden bir ay ve eğitimden altı ay sonra düşmektedir.

- Girişim grubunda eğitim öncesinde HKKVÖ'nin sonuçları değerlendirmek, eğitimden altı ay sonra seçenek ve fikirleri araştırmak alt boyut puan ortalaması en yüksektir. Kontrol ve plasebo gruplarında ise eğitim öncesinde sonuçları değerlendirmek alt boyut puan ortalaması en yüksektir.

- Girişim ve kontrol gruplarında eğitim öncesinde en düşük puan ortalaması HKKVÖ'nin bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek, plasebo grubunda amaçları ve değerleri soruşturmak alt boyutundadır. Eğitimden altı ay sonra ise girişim grubunda en düşük puan ortalaması amaçları ve değerleri soruşturmak, kontrol ve plasebo gruplarında bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyutundadır.

- Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan girişim grubunda yer alan hemşireler ile Klasik Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programına katılan kontrol grubunda yer alan hemşireler tarafından her eğitim oturumu sonrasında eğitim sürecini değerlendirmeleri amacıyla tutulan hemşire günlüklerinden elde elde edilen veriler; Eğitimin Hissettirdikleri, Eğitimin Kazandıkları, Eğitim Sonrası Uygulamaya Aktarılacaklar, Eğitime İlişkin Görüşler ve Eğitime İlişkin Öneriler olmak üzere 5 ana tema altında toplanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Hemşirelerin nitelikli ve güvenli hasta bakımı/hizmeti vermesi, eleştirel düşünme eğilimlerinin ve klinik karar verme algılarının gelişimi için yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı modeline dayalı hasta güveliği eğitiminin mezuniyet sonrası oryantasyon/hizmet içi eğitimlerde verilmesi ve bu eğitimlerin düzenli aralıklarla gerçekleştirilmesi/tekrarlanması, kontrol ve değerlendirmelerin yapılması,

- Sağlık kurumlarında görev yapan hemşirelere yönelik mezuniyet sonrası gerçekleştirilecek olan oryantasyon/ hizmet içi eğitim programlarında hemşirelerin ihtiyaçları doğrultusunda hasta güvenliğine ilişkin eğitim içeriğinin belirlenmesi,

- Sağlık kurumlarında görev yapan hemşirelere yönelik mezuniyet sonrası gerçekleştirilecek olan eğitim programlarında yapılandırmacı öğrenme yöntem, teknik ve materyallerinin kullanılarak öğrenenlerin eğitimlere aktif olarak katılmasına ve kendi bilgisini yapılandırmasına olanak sağlanması,

- Eğitim öncesi ve sonrasında eğitim programının etkinliğinin değerlendirilebilmesi için ön test-son test değerlendirmelerinin yapılması ve re-testin belli aralıklarla tekrarlanması,

- Eğitimcilerin yapılandırmacı öğrenme yöntem, teknik ve materyalleri ile değerlendirme yöntemlerini kullanma konusunda bilgi ve becerilerinin artırılması,

- Yapılandırmacı öğrenme modeline dayalı hasta güvenliği eğitim programının sağlık hizmeti sunumunda görev alan hemşireler dahil diğer tüm sağlık profesyonellerini de kapsayacak şekilde düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abdal-Haqq, I., 1998, *Constructivism in teacher education: considerations for those who would link practice to theory*, https://www.ericdigests.org/1999-3/theory.htm, [Ziyaret tarihi: 1 Şubat 2020].

Abualhaija, N., 2019, Using constructivism and student-centered learning approaches in nursing education, *International journal of nursing and health care research,* 5(7), 1-6.

Ahmed, Z., Saada, M., Jones, A. M. and Al-Hamid, A. M., 2019, Medical errors: Healthcare professionals' perspective at a tertiary hospital in Kuwait, *Plos one,* 14(5), 1-14.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., and Cheney, T., 2008, Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, *The journal of nursing administration,* 38(5), 223-229.

Aini, Q., 2014, The influence of workload and work stress to patient safety, *Journal of biology, agriculture and healthcare,* 4(28), 93-102.

Akalın, A. ve Şahin, S., 2019, Simülasyona dayalı hemşirelik eğitiminde kuramlar, *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi,* 6(1), 136-143.

Akalın, H.E., 2005, Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği, *Yoğun bakım dergisi,* 5(3), 141-146.

Akbaba, A. ve Özbicakci, S., 2021, Türkiye'de hemşirelik klinik eğitiminde yenilikçi yaklaşımlar: kapsam araştırması, *Journal of education and research in nursing,* 18(4), 423-430.

Akgün, S., 2014, Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar -sentinel olaylar-sentinel events in healthcare, *Sağlık akademisyenleri dergisi,* 1(2), 75-82.

Alcan, Z., Tekin, D.E., ve Civil, S.Ö., 2012, *Hasta güvenliği: Beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü,* Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Altındiş, S., 2010, Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri, *Sağlıkta performans ve kalite dergisi,* 1, 17-32.

Amarin, N.Z. and Ghishan, I.R., 2013, Learning with technology from a constructivist point of view, *International journal of business, humanities and technology,* 3(1), 52-57.

Antonio, G.C., 2016, Constructivism: An approach in training nursing students in the clinical setting, *International journal of nursing,* 5(2), 1-8.

Applefield, J.M., Huber, R. and Moallem, M., 2001, Constructivism in theory and practice: Toward a better understanding, *High school journal,* 84(2), 35-53.

Aras, A.Y., 2019, *Acil serviste çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin belirlenmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Arslan, M., 2015, *Öğrenmenin nörofizyolojisi öğretimde yeni yaklaşımlar,* Anı Yayıncılık, Ankara.

Arslan, S. ve Basit, G., 2021, Türkiye'de hemşirelik lisans programlarında yürütülen kalite ve hasta güvenliği derslerinin incelenmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetim dergisi,* 8(2), 252-262.

Arslanoğlu, A., 2019, Etkili iletişimin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi ve iç girişimciliğin aracı rolü: Bir özel hastane uygulaması, *İnsan & insan*, (21), 431-451.

Ayaz, M.F. ve Şekerci, H., 2015a, Yapılandırmacı öğrenme yaklaşımının akademik başarıya ve tutuma etkisi: Bir meta- analiz çalışması, *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi,* (12-2 (24)), 27-44.

Ayaz, M.F. ve Şekerci, H., 2015b, The effects of the constructivist learning approach on student's academic achievement: A meta-analysis study, *TOJET: The Turkish online journal of educational technology,* 14(4), 143-156.

Aydın, A. ve Kurudirek, F., 2021, Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin yaratıcılıklarına etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 9(1), 140-149.

Aydın, H., 2007, *Felsefi temelleri ışığında yapılandırmacılık,* Nobel Yayınları, BASIM YERİ

Aydın, Ö., Moy, E. B., Akkor, A., Çelik, N., Cankuş, B., Mamur, S. C. ve Karagülle, M., 2018, Önemsenmiyor mu? bilgi eksikliği mi? ramak kala olaylar. *Online Türk sağlık bilimleri dergisi*, 3(2), 70-86.

Badir, A. and Herdman, E. A., 2008, Critical care nurses' perceptions of patient safety in Turkey, *Journal of nursing care quality,* 23(4), 375-378.

Badir, A., 2009, The develepmont of patient safety in turkey constraints and limitations, *Journal of nursing care quality*, 24(4), 348-353.

Bahar, S., 2018, *Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Balık, H., 2014, A*cil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları,* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Baltacı, A., 2018, Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme, *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 231-274.

Baltaş, A. ve Baltaş, Z., 2016, *Stres ve stresle başa çıkma yolları*, 19. baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Bari, A., Khan, R. A., and Rathore, A. W., 2016, Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change, *Pakistan journal of medical sciences,* 32(3), 523-528.

Barutcu, C.D., 2019, The effect of problem solving ability on clinical decision making levels in nursing students, *Med J SDU,* 26(1), 22-29.

Baş, G. ve Beyhan, Ö., 2017, Sosyal-yapılandırmacı öğrenme ortamı tasarımının öğrenenlerin akademik başarılarına ve derse yönelik tutumlarına etkisi, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 1(41), 137-162.

Batchelor, H., 2007, A constructivist method for teaching concentration calculations to pharmacy students, *Pharmacy education,* 7(1), 69-76.

Bay, E. ve Karakaya, Ş., 2009a, Öğretmen adaylarının yapılandırmacı öğrenme ortamına ilişkin görüşleri, *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi,* 20, 173-205.

Bay, E. ve Karakaya, Ş., 2009b, Öğretmen eğitiminde yapılandırmacı yaklaşıma dayalı uygulamaların etkililiğinin değerlendirilmesi, *Elektronik sosyal bilimler dergisi,* 8(28), 40-55.

Bayın, G., 2016, Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü, *TAF preventive medicine bulletin,* 15(5), 458-466.

Benjamin, D. M., 2003, Reducing medication errors and ıncreasing patient safety: Case studies in clinical pharmacology, *Journal of clinical pharmacology,* 43(7), 768-783.

Bentley, M., Fleury, S.C. and Garrison, J., 2007, Critical constructivism for teaching and learning in a democratic society, *The journal of thought,* 1-22.

Benzer, E. ve Kaygısız, G.M., 2017, Öğretmen adaylarının ortaokul fen deneylerini yapılandırmacı yaklaşıma dayalı tasarlama düzeylerinin ve tasarım hakkındaki görüşlerinin incelenmesi, *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 386-409.

Bhattacharjee, J., 2015, The constructivist approach to teaching and learning. *International research journal of ınterdisciplinary and multidisciplinary studies,* 1(4), 65-74.

Biçer, K.E., 2020, Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve klinik uygulamada tanık oldukları tıbbi hataların incelenmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi (SHYD)*, 7(1), 65-77.

Bonk, C.J. and Cunningham, D.J., 1998, Searching for learner-centered, constructivist, and sociocultural components of collaborative educational learning tools. *In C. J. Bonk ve K. S. Kim (Eds.), Electronic collaborators: learner-centered technologies for literacy, apprenticeship, and discourse,* 25-50.

Bos, J. V., Rustagi, K., Gray, T., Halford, M., Ziemkiewicz, E. and Shreve, J., 2011, The $17.1 billion problem: The annual cost of measurable medical errors, *Health affair,* 30(4), 596-603.

Bostan, A.H. ve Yapıcı, Ş., 2019, Sınıf öğretmenlerinin yapılandırmacı yaklaşımın niteliklerine ve uygulamalarına ilişkin görüşleri (Konya ili örneği), *Social sciences studies journal ,* 5(42), 4499-4520.

Brandon, A. and All, A., 2010, Constructivism theory analysis and application to curricula, *Nursing education perspectives,* 31(2), 89-92.

Brooks, J.G. and Brooks, M.G., 1993, In search of understanding: The case for constructivist classrooms. 1-128.

Brooks, J.G. and Brooks, M.G., 1999, The courage to be constructivist: The constructivist classroom, 57(3).

Brown, A.L., 1994, The advancement of learning. *Educational researcher,* 23(8), 4-12.

Brown, H., 2012, In order to be you have to be: Modeling a constructivist approach for teacher candidates, *Brock education,* 21(2), 36-52.

Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G. and de Jonge, E., 2015, A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intrahospital transport of critically ill patients, *Critical care,* 19(1), 1-10.

Bülbül, A., Kunt, A., Selalmaz, M., Sözeri, Ş., Uslu, S. ve Nuhoğlu, A., 2014, Çocuk hemşirelerinin ilaç uygulama ve hazırlama bilgi durumunun değerlendirilmesi, *Türk pediatri arşivi,* 49, 333-339.

Campione, J. and Famolaro, T., 2018, Promising practices for ımproving hospital patient safety culture, *The joint commission journal on quality and patient safety,* 44(1), 23-32.

Canadian Institute for Health Information (CIHI), 2016, *Measuring patient harm in Canadian hospitals*, Ottawa: Canadian patient safety ınstitude, ISBN 978-1-77109-514-3.

Canova, C., Brogiato, G., Roveron, G., and Zanotti, R., 2016, Changes in decision-making among Italian nurses and nursing students over the last 15 years, *Journal of clinical nursing,* 25(5-6), 811-818.

Caymaz, M., 2015, Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma, *Uluslararası yönetim ve sosyal araştırmalar dergisi,* 2(4), 1-14.

Cebeci, F., Karazeybek, E. ve Dağ, G.S., 2014, Öğrenci hemşirelerin hastane uygulamaları sırasında tanık oldukları tıbbi hata durumları, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 736-748.

Ceylan, Y., 2013, *Eğitimde yapılandırmacılık ve din eğitimi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Choe, K., Park, S. and Yoo, S., 2013, Effects of constructivist teaching methods on bioethics education for nursing students: A quasi-experimental study, *Nurse education today,* 1-6.

Classen, D. C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., Kimmel, N., . . . James, B. C., 2011, Global trigger tool' shows that adverse events ın hospitals may be ten times greater than previously measured, *Health affairs,* 30(4), 581-589.

Cobb, P., 1994, Where is the mind? Constructivist and sociocultural perspectives on mathematical development. *Educational researche*, 23(7), 13-20.

Cohen, M. R., 2000, Why error reporting systems should be voluntary, *BMJ,* 320(7237), 728-729.

Comprehensive Medication Management, 2021, *Patient safety: Bridging the ınformation gap*, https://www.cureatr.com/patient-safety-bridging-the-information-gap-cureatr [Ziyaret tarihi: 15 Kasım 2020]

Conceiçao, S.C. and Taylor, L.D., 2007, Using a constructivist approach with online concept maps: relationship between theory and nursing education, *Nurse education perspective,* 28(5), 268-275.

Çakır, M., 2008, Constructivist approaches to learning in science and their ımplications for science pedagogy: A literature review, *International journal of environmental & science education,* 3(4), 193-206.

Çalışkan, B.B. ve Doğan, R., 2022, Hemşirelik öğrencilerinin, eleştirel düşünme becerilerinin karar verme, empatik eğilim ve becerileri üzerindeki etkisinin incelenmesi, *Journal of medical sciences,* 3(2), 116-122.

Çelik, H., Baykal, N.B. ve Memur, H.N., 2020, Nitel veri analizi ve temel ilkeleri. *Eğitimde nitel araştırmalar dergisi - ENAD,* 8(1), 379-406. https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.8c.1s.16m

Çeliköz, M. ve Erişen, Y., 2017, EPÖ alanında görev yapan eğitim bilimcilerin yapılandırmacılıkla ilgili görüşleri: Bir karma yöntem araştırması, *Eğitim ve öğretim araştırmaları dergisi,* 6(2), 286-304.

Çetin, Ş. ve Aydemir, T., 2019, Bilim ve felsefe ışığında klinik karar verme. *Journal of anatolian medical research,* 4(3), 116-122.

Çırpı, F., Doğan, Y.M., ve 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.

Demirci, C., 2009, Fen bilgisi öğretiminde yapılandırmacı öğrenme yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 37, 24-35.

Denat, Y. ve Tuğrul, E., 2021, Proje tabanlı öğretimin öğrencilerin öğrenme tutumları ve öğretmeöğrenme ortamı algılarına etkisi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51-60.

Dikmen, Y., Ak, B., Usta, Y. Y., Unver, V., Korhan, E., Cerit, B. ve Yonder, M., 2017, Effect of peer teaching used in nursing education on the performance and competence of students in practical skills training, *International journal of educational sciences,* 16(1-3), 14-20. https://doi.org/10.1080/09751122.2017.1311583

Dinagl, U., Przesdzing, I., Kurreck, C. and Major, S., 2016, A laboratory critical ıncident and error reporting system for experimental biomedicine, *Plos biology,* 14(12), 1-8.

Dolan, H., Amidon, B.J. and Gephart, S.M., 2021, Evidentiary and theoretical foundations for virtual simulation in nursing education, *Journal of professional nursing,* 37, 810-815.

Dong, Y., Yin, H., Du, S. and Wang, A., 2021, The effects of flipped classroom characterized by situational and collaborative learning in a community nursing course: A quasi-experimental design, *Nurse education today,* 105, 1-6.

Duane, B.T. and Satre, M.E., 2014, Utilizing constructivism learning theory in collaborative testing as a creative strategy to promote essential nursing skills, *Nurse education today,* 34, 31-34.

Durmaz-Edeer, A. and Sarıkaya, A., 2015, Adaptation of clinical decision making in nursing scale to undergraduate students of nursing: The study of reliability and validity, *International journal of psychology and educational studies,* 2(3), 1-9.

Dursun, A.Y., 2019, Post-modern yapılandırmacı uygulamalara bir örnek olarak topluma dayalı tıp eğitimi, *Tıp eğitimi dünyası,* 18(55), 50-61.

Ekpenyong, L. and Edokpolor, J.E., 2016, Contructivist approaches: An emerging paradigm for the teaching and learning of business education, *The association of business educators of nigeria journal (ABENJ),* 20(3), 145-149.

Er, F. ve Altuntaş, S., 2016, Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi,* 3(3), 132-139.

Eraydın, C., Tezcan, B. ve Koç, Z., 2019, İlaç yönetiminde bir sistem: Pyxis otomasyon sisteminin hemşirelerin ilaç uygulamalarına etkisi, *Sağlık akademisyenleri dergisi,* 6(2), 100-104.

Erdem, E. ve Demirel, Ö., 2002, Program geliştirmede yapılandırmacılık yaklaşımı, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 23, 81-87.

Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, N., 2015, *Hemşirelikte araştırma: süreç, ugulama ve kritik* (2.bs), Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

Erdoğan, İ., 2015, *Sınıf yönetimi,* Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.

Eroğlu, E. K., Berk, Y., Öksüz, A. S., Keser, N. ve Mercan, F., 2009, Sağlık çalışanlarının hata bildirimi alanında eğitilmesi ve tıbbi hataların değerlendirilmesi. *S.B.Performans yönetimi ve kalite geliştirme daire başkanlığı, uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi bildiriler kitabı 2,* Ankara, Turunç Matbaacılık, 76-84.

Eskici, M., 2017, Okul yöneticilerinin yapılandırmacı yaklaşım temel alınarak geliştirilen öğretim programlarının uygulanmasına yönelik görüşleri. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 18(2), 16-32.

Famolaro, T., Yount, N.D., Hare, R., Thornton, S., Meadows, K., Fan, L., Birch, R. and Sorra, J., 2018, Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report, *Agency for healthcare research and quality,* 1-56.

Farčić, N., Barać, I., Plužarić, J., Ilakovac, V., Pačarić, S., Gvozdanović, Z. and Lovrić, R., 2020, Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession, *Plos one,* 15(5), e0233435.

Feng, J.Y., Chang, Y.T., Chang, H.Y., Erdley, W.S., Lin, C.H. and Chang, Y.J., 2013, Systematic review of effectiveness of situated e-learning on medical and nursing education, *Worldviews evid based nurs.,* 10(3), 174-183.

Finn, K. M., Metlay, J. P., Chang, Y., Nagarur, A., Yang, S., Landrigan, C. P., and Iyasere, C., 2018, Effect of ıncreased ınpatient attending physician supervision on medical

errors, patient safety, and resident education a randomized clinical tria, *JAMA ınternal medicine,* 178(7), 952-959.

Forsgren, S., Christensen, T. and Hedemalm, A., 2014, Evaluation of the case method in nursing education, *Nurse education in practice*, 14(2), 164-169.

Fosnot, C.T., 1996, *Constructivism: A psychological theory of learning.* In C. T. Fosnot (Ed.). *Constructivism: Theory, perspectives, and practice,* New York: Teachers College Press., 8-33.

Fosnot, C.T., 2007, *Oluşturmacılık: Teori, perspektifler ve uygulama. (S. Durmuş, Çev.)* Nobel Yayınları (Orijinal çalışma basım tarihi 2005), Ankara.

Gatt, S. and Vella, Y., 2003, *Constructivist teaching in primary school: Examples in social studies, science, mathematics, design and technology and ICT*. Agenda Publishers, Malta.

Glasersfeld, V.E., 1989, Cognition, construction of knowledge and teaching, *Synthese*, 80(1), 121-140.

Gong, Y., Song, H.-Y., Wu, X. and Hua, L., 2015, Identifying barriers and benefits of patient safety event reporting toward user-centered design, *Safety in health* , 1(7), 1-9.

Gordon, M., 2009, the misuses and effective uses of constructivist teaching. *Teachers and teaching: Theory and practice*, 15(6), 737-746.

Gökay, P., Taştan, S., Ayhan, H., İyigün, E. ve Can, M. F., 2016, Dünya sağlık örgütü güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı: Sistematik inceleme, *Gülhane Tıp Dergisi,* 58, 136-142.

Gökçek, M. B., Gökçek, İ., Yılmaz, T., Kasım, İ., Yılmaz, T. E. ve Özkara, A., 2019, Düşme şikâyeti ile acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların düşme nedenleri ve risk faktörlerinin araştırılmas, *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(2), 217-226.

Gunduz, N. and Hursen, C., 2015, Constructivism in teaching and learning; content analysis, *Procedia - social and behavioral sciences,* 191, 526-533.

Güven, G., ve Kabaran, G.G., 2021, Ortaokul düzeyinde yenilenebilir enerji konusunda öğretim tasarımı geliştirmenin ilk basamağı:İhtiyaç belirleme, *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(1), 322-338. https://doi.org/10.21666/muefd.846829

Gülen, S., Taş, E. ve Darga, H., 2015, Yapılandırmacılık; Örnek uygulamanın değerlendirilmesi ve kalıcılığa etkisi, *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25, 278-301.

Güler, G., Kırca, A. Ş., Süt, H. K. ve Hür, S., 2021, Çalışan ebeler ile ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 88-97.

Günaydın, N. ve Barlas, U.G., 2015, The factors affecting critical thinking and empathic disposition of nursing students, *Middle black sea journal of health science,* 1(3), 1-8.

Gürlek, Ö., Kanber, N. A. ve Khorshid, L., 2015, Hastanelerde kimlik tanımlayıcı bileklik kullanımına ilişkin uygulamaların ve hasta görüşlerinin incelenmesi, *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi,* 12(3), 195-203.

Gürol, M., 2002, Eğitim teknolojisinde yeni paradigma: Oluşturmacılık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 12(1), 159-183.

Hampton, M.D., 2012, Constructivism applied to psychiatric-mental health nursing: An alternative to supplement traditional clinical education, *International journal of mental health nursing,* 21, 60-68.

Hannafin, M.J., Hannafin, K.M., Land, S.M. and Oliver, K., 1997, Grounded practice and the design of constructivist learning environments, *Educational technology research and development,* 45(3), 101-117.

Hansen, M.M., Durbin, J., Sinkowitz-Cochran, R., Vaughn, A., Langowski, M., and Gleason, S., 2003, Do no harm: provider perceptions of patient safety. *Journal of nursing administration,* 33(10), 507-508. https://doi.org/10.1097/00005110-200310000-00004.

Hasançebi, B., Terzi, Y. ve Küçük, Z., 2020, Madde güçlük indeksi ve madde ayırt edicilik indeksine dayalı çeldirici analizi, *Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 224-240, https://doi.org/10.17714/gumusfenbil.615465.

Hayırsever, F. ve Orhan, A., 2018, Ters yüz edilmiş öğrenme modelinin kuramsal analizi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(2), 572-596.

Heimann, C., Prado, C., Moraes, R.R., Vidal, G.V., Liberal, D., Oliveira, G.K. and Barata, M.V., 2013, Acquiring nursing knowledge through the constructivist method, *Rev esc enferm USP,* 4, 992-5.

Hergül, F. K., Özbayır, T. ve Gök, F., 2016, Ameliyathanede hasta güvenliği: Sistematik derleme, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(1), 87-98.

HIROC, 2017, *Human error and human factors*. https://www.hiroc.com/resources/risk-notes/human-error-and-human-factors [Ziyaret tarihi: 20 Mayıs 2021]

Holden, R.J. and Karsh, B.T., 2007, A review of medical error reporting system design considerations and a proposed cross-level systems research framework, *Human factors: The journal of the human factors and ergonomics society,* 49(2), 257-276.

Howie, W. O., 2009, Mandatory reporting of medical errors: Crafting policy and integrating it into practice, *The journal for nurse practitioners - JNP,* 5(9), 649- 654.

Huang, C.-H., Wu, H.-H. and Lee, Y.-C., 2018, The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan, *Applied nursing research,* 40, 39-44.

Hung, H.-L. and Hyun, E., 2010, East Asian international graduate students' epistemological experiences in an American University, *International journal of ıntercultural relations,* 34(4), 340-353.

Hunter, J., 2008, Applying constructivism to nursing education in cultural competence: A course that bears repeating, *Journal of transcultural nursing,* 19(4), 354-362.

Hutchinson, A., Young, T. A., Cooper, K. L., Mclntosh, A., Karnon, J. D., Scobie, S. and Thomson, R. G., 2009, Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: Results from the national reporting and learning system, *Quality and safety in health care*, 18, 5-10.

Hwang, J.I., Yoon, T.Y., Jin, H.J., Park, Y., Park, J.Y. and Lee, B.J., 2016, Patient safety competence for finalyear health professional students: Perceptions of effectiveness of an interprofessional education course, *Journal of interprofessional care*, 30(6), 732-738.

Institute for Healthcare Improvement (IHI), *Patient safety dictionary*, https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae [Ziyaret tarihi: 10 Mart 2020].

Institute of Medicine (IOM), 2004, *Keeping patient safe: Transforming the work environment of nurses.* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/pdf/Bookshelf_NBK216190.pdf [Ziyaret tarihi: 10 Mart 2020]

İskender, M.D. ve Karadağ, A., 2015, Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8 (1), 3-11.

James, J.T., 2013, A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care, *Journal of patient safety*, 9(3), 122-128.

Jenkins, H., 1983, *Perceptions of decision making among baccalaureate nursing students as measured by the clinical decision making in nursing scale*, Doctors of thesess, University of Maryland.

Jenkins, H.M., 2001, Cinical decision making in nursing scale. In: Waltz CF, Jenkins LS, (Ed.), Measurement of nursing outcomes volume:1 measuring nursing performance in practice, education and research (pp. 33-37). USA: Springer Publishing Company.

Johansen, M.L. and O'Brien, J.L., 2016, Decision making in nursing practice: A concept analysis, *Nursing forum*, 51(1), 40-48.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 2001, Glossary of Terms. *Oakbrook Terrace, Calif: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.*

Joint Commission, 2019, Joint Commission Online Quality and Safety. 1-3. Published by the Department of Corporate Communications.

Jonassen, D.H., 1991, Objectivism versus constructivism: Do we need a new philosophical paradigm?, *Educational technology, research and development*, 39(3), 5-14.

Jones, M.G. and Brader-Araje, L., 2002, The impact of constructivism on education: Language, discourse, and meaning, *American communication journal*, 5(3), 1-10.

Kala, S., Isaramalai, S.A. and Pohthong, A., 2010, Electronic learning and constructivism: A model for nursing education, *Nurse education today*, 30, 61-66.

Kang, J.-H., Kim, C.-W. and Lee, S.-Y., 2016, Nurse-perceived patient adverse events depend on nursing workload, *Osong public health research perspectives,* 7(1), 56-62.

Kanselaar, G., 2002, Constructivism and socio-constructivism, 1-7.

Kara, M., 2019, A systematic literature review: Constructivism in multidisciplinary learning environments, *International journal of academic research in education,* 4(1-2), 19-26.

Karaaslan, E., Tuna, A. ve Soylu, A., 2019, Öğrenci gözüyle özel bir hastanedeki hastaların düşme riski ve alınan önlemler. *KSÜ Tıp Fak Dergisi*, 14(2), 52-56.

Karaca, A. ve Arslan, H., 2014, Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma, *Sağlık ve hemşirelik yönetim dergisi,* 1(1), 9-18.

Karadağ, M., Alparslan, Ö. ve İşeri, Ö.P., 2018, Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ve öğrenme stilleri. *Çukurova Medical Journal.* 43(1), 13-21.

Karadüz, A., 2010, Yapılandırmacı paradigma bağlamında türkçe derslerinde öğrenme ortamları, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(14), 135-154.

Karagiorgi, Y. and Symeou, L., 2005, Translating constructivism into ınstructional design: Potential and limitations, *Educational technology & society,* 8(1), 17-27.

Karaırmak, Ö. ve Aydın, G., 2007, Yapılandırmacı yaklaşım: Çağdaş psikolojik danışma anlıyışını ve uygulamalarını biçimlendiren bir güç, *Türk psikolojik danışma ve rehberlik dergisi,* 3(27), 91-108.

Karayurt, Ö., Damar, H. T., Bilik, Ö., Özdöker, S. ve Duran, M., 2017, Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi,* 1, 16-23.

Kaya, A. ve Şendir, M., 2021, Hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında eleştirel düşünme stratejileri ve boyutları, *Hemşirelik bilimi dergisi,* 4(3), 163-168.

Kern, A., Montgomery, P., Mossey, S. and Bailey, P., 2014, Undergraduate nursing students' belongingness in clinical learning environments: Constructivist grounded theory, *Journal of nursing education and practice*, 4(3), 133-142.

Kesal, F. ve Aksu, M., 2005, Constructivist learning environment ın elt methodology II courses. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 28, 118-126.

Kesici, A., 2019, Eğitimde postmodern durum: Yapılandırmacılık, *İnsan & insan,* 6(20), 219-238.

Keskin, A.Y., 2020, Hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme algıları ve klinik karar vermelerini etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (ASBD)*, 102-111.

Khalid, A. and Azeem, M., 2012, Constructivist vs traditional: Effective ınstructional approach in teacher education, *International journal of humanities and social science,* 2(5), 170-177.

Khan, A., Furtak, S., Melvin, P., Rogers, J.E., Schuster, M.A. and Landrigan, C.P., 2016, Parent-reported errors and adverse events in hospitalized children, *JAMA pediatrics*, 170 (4), 1-8.

Kılıç, G.B., 2001, Oluşturmacı fen öğretimi, *Kuram ve uygulamada eğitim bilimleri dergisi*, 1(1), 9.

Kılıç, H.S. ve Elbaş, N.Ö., 2014, Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2), 97-104.

Kıyancicek, Z., Dedeli, O., Yildiz, E. ve Senakin, G., 2014, A survey: Health professionals' attitude towards patient rights and patient safety, *Asian journal of pharmacy, nursing and medical sciences*, 2(1), 1-8.

Kızılelma, T.T., 2014, *An analysis of the relationships among ınformation security management systems, patient safety, and quality*, Doctoral Thesis, İzmir Dokuz Eylül University Graduate School of Social Sciences Department of Business Administration.

Kim, K.J., Yoo, M.S. and Seo, E.J., 2018, Exploring the ınfluence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea, *Asian nursing research*, 12(2), 121-126.

Ko, Y. and Yu, S., 2017, The relationships among perceived patients' safety culture, intention to report errors, and leader coaching behavior of nurses in Korea: A pilot study, *Journal of patient*, 13(3), 175-183.

Koç, G. ve Demirel, M., 2004, Davranışçılıktan yapılandırılmacılığa: Eğitimde yeni bir paradigma. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 27, 174-180.

Kohn, L., Corrigan, J. and Donaldson, M., 2000, *To err ıs human: Building a safer health system*, DC: National academy press.Washington.

Korkmaz, A.Ç., 2018, Geçmişten günümüze hasta güvenliği, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 10-19.

Kökdemir, D., 2003, *Belirsizlik durumlarında karar verme ve problem çözme,* Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Küçükali, R., Çakır, R. ve Özdemir, H.Ç., 2019, Sağlık profesyonellerinin iletişimsel sorunlarının belirlenmesi, *OPUS- uluslararası toplum araştırmaları dergisi,* 14(20), 763-783.

Landrigan, C.P., Parry, G.J., Bones, C.B., Hackbarth, A.D., Goldman, D.A. and Sharek, P.J., 2010, Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care, *The new england journal of medicine*, 363(22), 2124-2134.

Langlois, P.E., 2015, Quality of care and patient safety: A global priority, *Position statement*, 1-42.

Lee, K. and Lee, J., 2004, Benefits of a virtual learning environment in enabling collaborative and constructivist learning in a community of specialist nursing practice, *Proceedings of the IEEE ınternational conference on advanced learning technologies (ICALT'04)*.

Lee, W., Kim, S.Y., Lee, S.İ., Lee, S.G., Kim, H.C. and Kim, I., 2018, Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea, *The ınternational journal of health planning and management*, 1-11.

Legg, T.J., Adelman, D., Mueller, D. and Levitt, C., 2009, Constructivist strategies in online distance education in nursing. *Journal of nursing education,* 48(2), 64-69.

Lenburg, C.B., Abdur-Rahman, V.Z., Spencer, T.S., Boyer, S.A., and Klein, C.J., 2011, Implementing the COPA model in nursing education and practice settings: Promoting competence, quality care, and patient safety. *Nursing education perspectives,* 32(5), 290-296. https://doi.org/10.5480/1536-5026-32.5.290

Leproult, R., Colecchia, E.F., Berardi, A.M., Stickgold, R., Kosslyn, S.M. and Cauter, E.V., 2003, Individual differences in subjective objective alertness during sleep deprivation arestable and unrelated, *American journal of physiology-regulatory, ıntegrative and comparative physiology,* 284(2), R280-R290.

Liang, B., 2002, A system of medical error disclosure, *Quality and safety in health care,* 11(1), 64-68.

Lind, D.P., Andresen, D.R. and Williams, A., 2018, Medical errors in Iowa: Prevalence and patients' perspectives, *Journal of patient safety*, 1-6.

Lukewich, J., Edge, D.S., Tranmer, J., Raymond, J., Miron, J., Ginsburg, L. and VanDenKerkhof, E., 2015, Undergraduate baccalaureate nursing students' self-reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: An annual cross-sectional study (2010–2013), *International journal of nursing studies,* 52(5), 930-938.

Mahmoud, A.S. and Mohamed, H.A., 2017, Critical thinking disposition among nurses working in puplic hospitals at port-said governorate, *International journal of nursing sciences*, 128-134.

Makary, A.M. and Daniel M., 2016, Medical error-the third leading cause of death in the US, *BMJ*, 353, i2139.

Makgato, M., 2012, Identifying constructivist methodologies and pedagogic content knowledge in the teaching and learning of technology, *Procedia - social and behavioral sciences,* 47, 1398-1402.

Matthews, M.R., 2002, Constructivism and science education: A further appraisal. *Journal of science education and technology,* 11(2), 121-134.

Matthews, W.J., 2003, Constructivism in the classroom: Epistemology, history and empirical evidence, *Teacher education quarterly,* 30(3), 51-64.

Mbise, S. and Lekule, C.S., 2020, Constructivist teaching pedagogy: A strategy for innovation, industrialization and sustainable development, *International journal for research in educational studies,* 6(10), 1-26.

McElroy, L., Woods, D., Yanes, A., Skaro, A., Daud, A., Curtis, T., . . . Ladner, D., 2016, Applying the WHO conceptual framework for the ınternational classification for patient safety to a surgical population, *International journal for quality in health care ,* 28(2), 166-174.

McGlynn, A.P., 2001, *Successful beginnings for college teaching: Engaging your students from the first day,* Atwood Publishing, United States of America.

McKay, M., Davis, M. and Fanning, P., 2012, *İletişim becerileri.* Çev: Gelbal, Ö., Köroğlu, E., HYB Yayıncılık, Ankara.

Mensah, E., 2015, Exploring constructivist perspectives in the college classroom. *SAGE open*, 1-14.

Merriam-Webster Dictionary, 1828, https://www.merriam-webster.com/dictionary/safety [Ziyaret tarihi: 1 Şubat 2020].

Metin, B., 2018, Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (malpraktis), *Sağlık akademisyenleri dergisi,* 5 (1), 76-78.

Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P. and Wu, A., 2015, Patient safety incident reporting: A qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'to err is human', *BMJ quality & safety,* 25(2), 92-99.

Mobarakabadi, S.S., Ebrahimipour, H., Najar, A.V., Janghorman, R. and Azarkish, F., 2017, Attitudes of mashhad public hospital's nurses and midwives toward the causes and rates of medical errors reporting, *Journal of clinical and diagnostic research,* 11(3: QC04-QC07), 1-7.

Mohammed, S. and Kinyo, L., 2020, The role of constructivism in the enhancement of social studies education, *Journal of critical reviews,* 7(7), 249-256.

National Health Service (NHS), 2000, *Department of health: An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. The stationery office, London, 1-89.

Neuhauser, D., 2002, Heroes and martyrs of quality and safety: Ernest amory codman, *Qual saf health care,* 11, 104-105.

Neuman, W. L. and Robsen, K., 2014, Basics of social research qualitative and quantitative approaches (3rd ed.). Pearson Canada.

Nyback, M.H., 2013, *A constructivist approach to teaching and learning at the degree programme in nursing at novia university of applied sciences,* Novia Publication.

Ocak, G. ve Didin, M., 2018, Öğrencilerin yapılandırmacı sosyal bilgiler öğrenme öğretme, *Karaelmas journal of educational sciences,* 6, 1-14.

OECD, 2014, *Measuring innovation in education: A new perspective, educational research.* OECD Publishing, Paris.

OECD, 2020, *Patient safety*, https://www.oecd.org/health/patient-safety.htm [Ziyaret tarihi: 17 Ekim 2020].

Oermann, M.H., 2015, (Ed.), *Teaching in nursing and role of the educator*, Springer Publishing Company, New York.

Oktay, A.A., Taş, F., Doğaner, A., Gülpak, M. ve Avnioğlu, S., 2019, Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri, *Cukurova medical journal,* 44(1), 33-43.

Organer, E., Bozkurt, B. ve Kılıç, M., 2014, Hastalar için hasta güvenliği. *J Kartal TR,* 25(2), 171-174.

Örsdemir, F., 2019, *Nurettin Topçu ile Türk eğitim sistemini yeniden düşünmek,* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özata, M. ve Altunkan, H., 2010, Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği, *Tıp araştırmaları dergisi,* 8(2), 100-111.

Özbudak, E. ve Koç, Z., 2021, Hemşirelik uygulamalarında eleştirel düşünmenin önemi, *Sağlık ve toplum,* 31(2), 38-48.

Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P.T., Karadağ, S., Ceyhan, Ö. ve Doğan, N., 2019, Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeyleri, *Sağlık bilimleri degisi,* 28(2), 81-86.

Özden, D., Özveren, H. ve Gülnar, E., 2018, Hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 11(1), 41-47.

Özgen, K. ve Alkan, H., 2014, Yapılandırmacı öğrenme yaklaşımı kapsamında, öğrencilerin öğrenme stillerine uygun öğrenme etkinliklerinin akademik başarı ve tutuma etkileri: Fonksiyon ve türev kavramı örneklemesi, *Turkish journal of computer and mathematics education,* 5(1), 1-38.

Özkan, S., Kocaman, G. ve Öztürk, C., 2013, Çocuklarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesine yönelik yöntemlerin etkinliği, *Türk ped.arş.*, 299-302.

Özkara, B.Ö., 2017, Üniversite öğrencilerinin eğitim ortamlarını yapılandırmacılık açısından değerlendirmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 4(29), 441-453.

Özkara, B.Ö., 2018, Uzaktan eğitim ortamındaki öğrencilerin yapılandırmacı öğrenmeye yönelik tercihlerinin araştırılması, *Yükseköğretim ve bilim dergisi,* 8(2), 378-387.

Özlü, Z. K., Eskici, V., Aksoy, D., Özer, N., Yayla, A. ve Avşar, G., 2015, Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (1-2-3)*, 83-103.

Özşaker, E., Yapsu, F. ve Yılmaz, G.D., 2019, Cerrahi kliniğinde yatan 65 yaş üstü hastaların düşme risklerinin belirlenmesi, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 16(2), 245-249.

Öztürk, H., Kahriman, İ. ve Babacan, E., 2017, Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği: hemşirelere yönelik eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, *Sağlıkta performans ve kalite dergisi*, 14, 57-72.

Padilha, J.M., Machado, P.P., Ribeiro, A., Ramos, J. and Costa, P., 2019, Clinical virtual simulation in nursing education: Randomized controlled trial. *Journal of medical ınternet research,* 21(3), e11529.

Park, J.Y., 2018, The current state of medical error in South Korea. *Scholar journal of applied sciences and research,* 1(4), 28-33.

Parker, B.C. and Myrick, F., 2009, A critical examination of high-fidelity human patient simulation within the context of nursing pedagogy, *Nurse education today,* 29, 322-329.

Patrick, A., Laschinger, H. K., Wong, C. and Finegan, J., 2011, Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey, *Journal of nursing management,* 19(4), 449-460.

Pavlic, D., Burns, H.H., Wong, A. and Lehmer, J., 2019, Comparative health systems immersion in South Korea: A constructivist competency-based approach to educating master's nursing students, *Journal of professional nursing,* 1-6.

Pintrich, P.R., 1999, The role of motivation in promoting and sustaining self-regulated learning, *International journal of educational research,* 31(6), 459-470.

Pittet, D., Allegranzi, B. and StorrJulie, D.L., 2006, 'Clean care is safer care': The global patient safety challenge 2005-2006, *International journal of ınfectious diseases,* 10(6), 419-424.

Pramilaa, R., 2018, Clinical decision-making skills among nurses working in selected hospitals: comparison between government and private sector, *Manipal journal of nursing and health sciences,* 4(1), 1-7.

Pronovost, P., Weast, B., Rosenstein, B., Sexton, J., Holzmueller, C., Paine, … Rubin, H., 2005, Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program, *Journal of patient safety,* 1(1), 33-40. https://doi.org/10.1097/01209203-200503000-00008

Radmard, S., 2020, Yapılandırmacı öğretimde sınıf öğretmenlerinin öğrenme/öğretmeye yönelik inançları ve sınıf yönetimi uygulamaları, *Yükseköğretim ve bilim dergisi,* 10(2), 328-351.

Rahman, F.A. and Scaife, J., 2012, Sustaining constructive learning environment: The role of multi-sources regulation, *Procedia - social and behavioral sciences,* 35, 180-186.

Ranjbar, H., Joolaee, S., Vedadhir, A., Abbasszadeh, A. and Bernstein, C., 2018, An evolutionary route for the moral development of nursing students: A constructivist grounded theory, *Journal of nursing research,* 26(3), 158-167.

Reason, J., 2000, Human error: Models and management, *British medical journal,* 320(7237), 768-770.

Reilly, A. and Spratt, C., 2007, The perceptions of undergraduate student nurses of high-fidelity simulation-based learning: A case report from the University of Tasmania. *Nurse education today,* 27, 542-550.

Resmi Gazete (10.06.2020). Resmi yazışmalarda uygulanacak usul ve esaslar hakkında yönetmelik, (31151).

Resmi Gazete (14.07.1965), 657 Sayılı devlet memurları kanunu, *(12056).*

Resmi Gazete (18.01.2007), Tasarruf tedbirleri genelgesi 2007/3, *(26407).*

Resmi Gazete. (06.04.2011), Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik, *(27897).*

Resmi Gazete. (29.04.2009), Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ, *(27214).*

Richardson, W., Berwick, D., Bisgard, J., Bristow, L., Buck, C., Cassel, C., . . . Corrigan, J., 2000, The ınstitute of medicine report on medical errors: Misunderstanding can do harm. Quality of health care in america committee, *MedGenMed,* 2(3), E42.

Rieger, K.L., Chernomas, W.M., McMillan, D.E. and Morin, F.L., 2019, The arts as a catalyst for learning with undergraduate nursing students: Findings from a constructivist grounded theory study. *Arts & health*, 1-20.

Roberts, D.S., Ingram, R.R., Flack, S.A. and Hayes, R.J., 2013, Implementation of mastery learning in nursing education, *Journal of nursing education,* 52(4), 234-237.

Roustaee, R., Kadir, S.A. and Asimiran, S., 2014, A review of constructivist teaching practices. *Middle-East journal of scientific research 19 (ınnovation challenges in multidiciplinary research & practice),* 145-152.

Rutledge, D.N., Retrosi, T. and Ostrowski, G., 2018, Barriers to medication error reporting among hospital nurses, *Journal of clinical nursing,* 27(9-10), 1941-1949.

Sağlam, H.İ. ve Bilgili, A.S., 2006, Aktif öğrenmeyi temel alan yapılandırmacı yaklaşımın sosyal bilgiler öğretimine yansımaları, *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi,* 14, 271-285.

Sajadi, S.A., Ebadi, A. and Khaghanizadeh, M., 2015, Effectiveness and challenges of mastery learning in nursing education: A systematic review, *International journal of medical reviews,* 2(4), 309-316.

Saleem, A.M., Paulus, J.K., Vassiliou, M.C. and Parsons, S.K., 2015, Initial assessment of patient handoff in accredited general surgery residency programs in the United States and Canada: A cross-sectional survey, *Can j surg,* 58(4), 269-277.

Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K., Mains, D.A. and Lackan, N.A., 2010, What is patient safety culture? a review of the literature, *Journal of nursing scholarship,* 42(2), 156-165.

Sarmasoğlu, Ş., Dinç, L., ve Elçin, M., 2016, Hemşirelik öğrencilerinin klinik beceri eğitimlerinde kullanılan standart hasta ve maketlere ilişkin görüşleri, *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 13(2), 107-115. https://doi.org/10.5222/HEAD.2016.107

Sarp, N., 2018, Hasta güvenliğinde hastanın rolü ve katılımının sağlanması, S*ağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 22-29.

Saufl, N.M., 2009, 2009 National patient safety goals. *Journal of perianesthesia nursing*, 24(2), 114-118.

Sayek, F., 2011, *Füsun Sayek TTB raporları/kitapları-2010 hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya* (Ed: Çakmakçı M, Akalın E), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 9-147.

Schulz, K.F., Altman, D.G. and Moher, D., 2010, For the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. CONSORT Statement 2010 Flow Diagram. *BMJ* 340, c332., http://www.consortstatement.org/consort-statement/flow-diagram [Ziyaret tarihi: 22.11.2022]

Sharma, R.C., 2018, A comparative study of some traditional and modern methods of teaching learning process, *International journal on arts, management and humanities*, 7(1), 113-120.

Shitu, Z., Hassan, I., Aung, M.T., Kamaruzaman, T.T. and Musa, R., 2018,. Avoiding medication errors through effective communication in a healthcare environment, *Movement, health & exercise*, 7(1), 115-128.

Shojania, K.G., Duncan, B.W., McDonald, K.M. and Wachter, R.M., 2001, Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices, Rockville: AHRQ Publication 1-668.

Slawomirski, L., Auraaen, A. and Klazinga, N., 2017, *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, OECD Publishing, Paris.

Sözen, K.K. ve Karabulut, N., 2021, Determining the relation between critical thinking tendencies and clinical decision- making skills of nursing students, A*dıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 71-79.

Spencer, C. and McLaren, S., 2016, Empowerment in nurse leader groups in middle management a quantitative comparative investigation, *Journal of clinical*, 26(1-2), 266-279.

Sridevi, K.V., 2013, Effects of constructivist approach on students' perception of nature of science at secondary level, *Artha j soc sci.*, 12(1), 49-66.

Stankiewicz, M., Webster, J., Wallis, M., Tallot, M. and Chaboyer, W., 2016, An education program for pressure injury recognition and assessment utilising constructivism teaching method, *Wound practice and research*, 24(2), 100-107.

Stephenson, P. and Warwick, P., 2002, Using concept cartoons to support progression in students' understanding of light, *Physics education*, 37(2), 135-140.

Sur, H., Palteki, T. ve Yazıcı, G., 2019, *Hasta Güvenliği,* Palme Yayınevi, Ankara.

Suresh, G., Horbar, J., Plsek, P., Gray, J., Edwards, W. H., Shiono, P. H., . . . Goldmann, D., 2004, Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal ıntensive care, *Pediatrics,* 113(6), 1609-1618.

Sutinen, A., 2008, Constructivism and education: Education as an interpretative transformational process, *Studies in philosophy and education,* 27(1), 1-14.

Şahin, Z.A. ve Özdemir, F.K., 2015, Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 12(3), 210-214.

Şaşan, H.H., 2002, Yapılandırmacı öğrenme, *74-75,* 49-52. Yaşadıkça eğitim.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, *Kadına yönelik şiddetle mücadele el kitabı,* https://www.ilkadim.bel.tr/yerel-esitlik/8.pdf [Ziyaret tarihi: 13 Haziran 2018].

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), 2017, *Güvenlik raporlama sistemi 2016 yılı istatistik ve analiz raporu,* Sağlıkta kalite ve akreditasyon daire başkanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu, 2021, *Sağlık personeli el kitabı (sıkça karşılaşılan sorunlar),* https://teftis.saglik.gov.tr/Eklenti/40844/0/saglik-personeli-el-kitabi-sikca-karsilasilan-sorunlarpdf.pdf [Ziyaret tarihi: 13 Mayıs 2021].

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015, *İlaç Güvenliği Rehberi,* https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3734/0/ilacguvenligirehberiguncelpdf.pdf [Ziyaret tarihi: 13 Mart 2021].

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020, *Sağlıkta kalite standartları (SKS) hastane* (1 b.), Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/38654/0/skshastanesetiv62020revize29082020pdflinkpdf.pdf [Ziyaret tarihi: 13 Mart 2021].

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Bakanlık teşkilatı, görev ve yetkileri*, https://saglik.gov.tr/ [Ziyaret tarihi: 10 Haziran 2018].

Taşçı, F., 2003, *Hizmet içi eğitimde interaktif yöntemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Taşçı, T., Durmuş, M., Gerçek, A. ve Kaya, A., 2022, Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerini etkileyen faktörler, *Journal of nursology,* 25(1), 45-49.

The American Heritage Dictionary, *Fifth Edition,* https://www.ahdictionary.com/word/search.html?q=safety [Ziyaret tarihi: 1 Ocak 2020].

The Joint Commission International (JCI), 2017a, Sentinel event alert: The essential role of leadership in developing a safety culture, 57, 1-8.

The Joint Commission International (JCI), 2017b, Joint Commission International Hastane Akreditasyonu Standartları. *6. Edisyon*. (a. H. Yazgan, Dü.) U.S.A.: Joint Commission Resources.

The Joint Commission International (JCI), 2017c, *International patient safety goals.* https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/ [Ziyaret tarihi: 1 Ocak 2018].

The Joint Commission International (JCI), 2021, *Speak up campaigns*. https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/ [Ziyaret tarihi: 15 Ocak 2021].

Theobald, K.A. and Ramsbotham, J., 2019, Inquiry-based learning and clinical reasoning scaffolds: An action research project to support undergraduate students' learning to 'think like a nurse', *Nurse education in practice,* 38, 59-65.

Topçu, İ., Türkmen, A.S., Şahiner, N.C., Savaşer, S. ve Şen, H., 2017, Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures, *Journal of the pakistan medical association,* 67(4), 600-604.

Topolovčan, T. and Matijević, M., 2016, Constructivist learning and digital media, *Research papers on knowledge, ınnovation and enterprise,* 4, 78-97.

Toygar, İ., Hançerlioğlu, S. ve Gacaner, S., 2020, Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterlilikleri, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi,* 8(3), 618-629.

Trujano, L. and Peña, L., 2015, Assessment of an educational intervention based on constructivism in nursing students from a Mexican public university, *Invest educ enferm.,* 33(3), 432-439.

Türk Dil Kurumu (TDK), https://sozluk.gov.tr/, [Ziyaret tarihi: 10 Nisan 2021].

Tynjälä, P., 1999, Towards expert knowledge? A comparison between a constructivist tradistional learning environment in the university, *International journal of educational research,* 31(5), 357-442.

Uyanık, G. ve Tanrıverdi, G., 2021, Hemşirelik öğrencilerinde kültürlerarası iletişim yeterliliği ile eleştirel düşünme eğilimi arasındaki ilişki, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 24(2), 239-245.

Ürkmez, D. Ö., Özel, H. Ö., Sertoğlu, E., Çevik, L. Ç., Koç, S., Demiray, S. ve Cebeci, Z., 2015, Okmeydanı eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta düşmelerine yönelik aldıkları önlemlerin değerlendirilmesi, *Okmeydanı Tıp Dergisi,* 31(4), 184-188.

Vaishali and Misra, P.K., 2020, Implications of constructivist approaches in the classrooms: The role of the teachers, *Asian journal of education and social studies,* 7(4), 17-25.

Vallejo-Gutiérrez, P., Baneres-Amella , J., Sierra, E., Casal , J. and Agra, Y., 2013, Lessons learnt from the development of the patient safety ıncidents reporting an learning system for the spanish national health system: SiNASP, *Revista de calidad asistencial,* 29(2), 69-77.

VanGundy, A., 2005, *101 activities for teaching creativity and problem solving*, Pfeiffer, San Francisco.

Vaona, A., Banzi, R., Kwag, K.H., Rigon, G., Cereda, D., Pecoraro, V., Tramacere, I. And Moja, L., 2018, E-learning for health professionals, *Cochrane database syst rev*. 1(1), CD011736.

Vintere, A., 2018, A constructivist approach to the teaching of mathematics to boost competences needed for sustainable development, *Rural sustainability research,* 39(334), 1-7.

Watkins, C., 2005, *Classrooms as learning communities: What's ın ıt for schools?,* Routledge Taylor & Francis Group, London and New York.

Weeks, K.W., Lyne, P. and Torrance, C., 2000, Written drug dosage errors made by students: The threat to clinical effectiveness and the need for a new approach, *Clinical effectiveness in nursing,* 4, 20-29.

West, E., 2016, Constructivist theory and consept- based learning in professional nursing ethics: Implications for nurse educators, *Teaching ethics,* 16(1), 1-10.

Wilson, R., Michel, P., Olsen, S., Gibberd, Vincent, C., El-Assady, R., . . . Larizgoitia, I., 2012, Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ.*, 1-14.

Woda, A., Hansen, J., Paquette, M. and Topp, R., 2017, The impact of simulation sequencing on perceived clinical decision making, *Nurse educ. pract.*, 26, 33-38.

World Health Organization (WHO), *Patient safety,* https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety [2 Mart 2019].

World Health Organization (WHO), (2005), *World alliance for patient safety who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems from ınformation to actio, 1st edition*, 12-44. Geneva: WHO Press.

Yang, L., Jiang, D., Nie, H. and Tang, S., 2018, Research on the effect of cooperative learning model on nursing skills of practice nurses and standardized training of newly-recruited nurses, *Biomedical research,* 29(9), 1788-1791.

Yassi, A. and Hancock, T., 2005, Patient safety- worker safety: building a culture of safety to ımprove healthcare worker and patient well-being, *Healthcare quarterly,* 8, 32-38.

Yazar, İ., 2019, Yapılandırmacılık bağlamında 2005-2018 temel eğitim türkçe programları, *Journal of ınternational social research,* 12(64), 129-136.

Yazıcı, G. ve Karabulut, A.B., 2018, Kalite yönetiminde hasta güvenliği için anahtar noktalar, *TÜSEB Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 10-15.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H., 2016, *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Yıldız, F.T. ve Yıldız, İ., 2020, Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, *Türk fen ve sağlık dergisi,* 1(1), 29-41.

Yücesan, A. ve Alkaya, S.A., 2017, Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri, *Dicle tıp dergisi ,* 44(1), 25-34.

Zipperer, L. ve Cushman, S., 2005, *Lessons in patient safety*. Chicago, Ill: National Patient Safety Foundation.

Živković, S., 2016, An overview of the constructivist theories and their possible ımplications in the design of the ESP digital learning environment, *European journal of multidisciplinary studies,* 3(1), 89-94.

EKLER

EK 1

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

(İhtiyaç Analizi)

Görüşme Tarihi:

Görüşme Saati:

Görüşme yapılan Kişi:

1. Hemşirenin hasta güvenliğini sağlamasının neden önemli olduğunu düşünüyorsunuz?
2. En sık rastlanan hasta güvenliği hatalarının neler olduğunu paylaşır mısınız?
3. Hasta güvenliğinin sağlanması için hemşirenin sahip olması gereken nitelikler nelerdir?
4. Hemşirenin hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmek için neler yaparsınız?
5. Hemşireler için etkili ve verimli bir Hasta Güvenliği eğitim programının nasıl yapılandırılması gerektiğini düşünüyorsunuz?

EK 2

HEMŞİRE BİLGİ FORMU

Değerli meslektaşım,

Bu form sizlerin demografik ve mesleki bilgilerinizi ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Sorulara verdiğiniz cevaplar kesinlikle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Katılımınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Bil. Uzm.Tuba ÖTÜN
Doç.Dr. Emine ŞENYUVA (Danışman)
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Eğitim Doktora Programı Öğrencisi
İletişim:0543 2943895
Email: tubaotun98@gmail.com

Rumuz:

Bilgi Formu No:

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyetiniz
( ) 1. Kadın ( ) 2. Erkek

3. Medeni durumunuz
( ) 1. Bekar ( ) 2. Evli

4. Öğrenim Düzeyiniz
( ) 1. Sağlık Meslek Lisesi ( ) 2. Önlisans
( ) 3. Lisans ( ) 4. Yüksek lisans
( ) 5. Doktora ( ) 6. Diğer (belirtiniz) .....

5. Çalıştığınız birim: .....

6. Hemşire olarak toplam çalışma süreniz: .....yıl.....ay

7. Çalıştığınız kurumdaki/birimdeki toplam çalışma süreniz: .....yıl.....ay

8. Göreviniz
( ) 1. Servis hemşiresi
( ) 2. Servis sorumlu hemşiresi
( ) 3. Eğitim hemşiresi
( ) 4. Yönetici hemşire
( ) 5. Özel dal hemşiresi
( ) 6. Diğer (belirtiniz) .....

9. Bu görevdeki çalışma süreniz: .....yıl.....ay

EK 2

10. Kurumunuzda çalışma şekliniz
( ) 1. Sadece gündüz vardiyası
( ) 2. Sadece gece vardiyası
( ) 3. Hem gündüz hem gece vardiyası
( ) 4. Diğer (belirtiniz) .....

11. Sizce hasta güvenliğinin sağlanması ne kadar önemli?
( ) 1. Hiç önemli değil
( ) 2. Az önemli
( ) 3. Önemli
( ) 4. Çok önemli

12. Hasta güvenliği hakkındaki bilgilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?
( ) 1. Yeterince bilgiye sahibim ( ) 2. Tam olmasa da kısmen bilgim var
( ) 3. Hiçbir bilgiye sahip değilim ( ) 4. Fikrim yok

13. Hasta güvenliği hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?
( ) 1. Evet (Lütfen nereden aldığınızı ve süresini belirtiniz.)
.....
.....
.....
( ) 2. Hayır

14. 13. soruya yanıtınız "Evet" ise bu bilgileri nereden edindiniz?
( ) 1. Mezun olduğum okuldan
( ) 2. Konferans, kongre vb.
( ) 3. Çalışmakta olduğum birimden
( ) 4. Diğer (belirtiniz) .....

15. Kurumunuzda hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir çalışmaya katıldınız mı?
( ) 1. Evet (Lütfen belirtiniz.)
.....
.....
.....
( ) 2. Hayır

16. Kurumunuzda hasta güvenliğinden sorumlu bir komite var mı?
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

17. Sizce hasta güvenliğine ilişkin hatalar en sık hangi sağlık bakım personeli tarafından yapılmaktadır? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
( ) 1. Hekim
( ) 2. Hemşire
( ) 3. Eczacı
( ) 4. Laboratuvar görevlisi
( ) 5. Hasta bakıcı
( ) 6. Diğer (belirtiniz) .....

18. Sizce hasta güvenliğinden öncelikle sorumlu sağlık personeli kimdir? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
( ) 1. Hekim
( ) 2. Hemşire
( ) 3. Diğer sağlık personeli
( ) 4. Hasta bakıcı
( ) 5. Diğer (belirtiniz) .....

EK 2

19. Çalışma yaşantınız süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokan bir hatanız oldu mu?
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

20. Sizce hasta güvenliğini tehlikeye/riske sokan öncelikli nedenler nelerdir?
(*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
( ) 1. Hemşire sayısının yetersiz olması
( ) 2. Hekim sayısının yetersiz olması
( ) 3. Uzun ve yorucu çalışma saatleri
( ) 4. İş yükünün fazla olması
( ) 5. Hastalara ayrılan sürenin az olması
( ) 6. Tıbbi bakımın karmaşık olması
( ) 7. Etkili bir iletişimin olmaması
( ) 8. Sağlık bakım ekibinin üyeleri arasında çatışmanın olması
( ) 9. Hemşirelerin mesleki açıdan eğitimlerinin yetersiz olması
( ) 10. Hekimlerce verilen istemlerindeki yazım hataları ve doğru okunamaması
( ) 11. Ekipman yetersizliği
( ) 11. Sağlıklı/hasta bireylerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi eksikliğinin olması
( ) 12. Diğer(belirtiniz) .....

21. Sizce çalıştığınız kurumda yaşanan en önemli hasta güvenliği hatası nedir?
(*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
( ) 1. Hastanın doğru kimliklendirilmemesi
( ) 2. Etkili iletişimin sağlanamaması
( ) 3. İlaç güvenliğinin sağlanamaması
( ) 4. Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisinin sağlanamaması
( ) 5. Enfeksiyona bağlı risklerin olması
( ) 6. Düşmelerin önlenememesi
( ) 7. Diğer (belirtiniz) .....

Katılımınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

EK 3

HASTA GÜVENLİĞİ BİLGİ TESTİ (ÖN-SON TEST)

Değerli meslektaşım,

Aşağıda "Hasta Güvenliği" ile ilgili olarak 20 adet çoktan seçmeli soru yer almaktadır. Her soru 5 puan değerinde olup toplam 100 puan değerindedir. Cevaplama süresi 20 dakikadır.

Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

Katılımınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Başarılar dileriz…

Rumuz:

SORULAR

1. Aşağıdakilerden hangileri hasta güvenliğini sağlamada sağlık personellerinin **öncelikli rolleri** arasındadır?
   1. Tüm sağlık personelleri için hasta güvenliğinin ortak hedef olması
   2. Üst yönetimin hasta güvenliğinin geliştirilmesine dikkat çeken raporlamalar yapması
   3. Hasta güvenliğini tehdit eden yüksek riskli süreçlerin değerlendirilmesi (ilaç yönetimi, transfüzyon uygulamaları, hasta transferi vb.)
   4. Hasta güvenliği sağlamaya yönelik planların sadece üst yönetim tarafından gerçekleştirilmesi
   5. Çalışan hasta güvenliğine yönelik eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi

   A. 1,2,3
   B. 2,4,5
   C. 1,2,4
   D. 1,4,5
   E. 2,3,4

2. Aşağıdaki ifadelerden hangileri hasta güvenliğinin öncelikli amaçlarından **değildir?**
   A. Hastalara bakım verirken hasta güvenliğini tehdit edecek hataların oluşmasının engellenmesi
   B. Hasta güvenliğini tehdit edecek hataların olası zararlarından hastaların korunması
   C. Hasta ve yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek ortamın oluşturulması
   D. Hasta güvenliğini tehdit edecek yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumların belirlenmesi
   E. Hata yapan sağlık personelinin cezalandırılması

3. Aşağıdakilerden hangisi Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) tarafından belirlenen hasta güvenliği hedeflerinden **biri değildir?**
   A. Hasta kimliğinin doğrulanması
   B. Atık yönetiminin sağlanması
   C. Etkili iletişimin geliştirilmesi
   D. Yüksek riskli İlaçların güvenliğinin geliştirilmesi
   E. Düşme kaynaklı hastanın zarar görme riskinin azaltılması

EK 3

4. Aşağıdakilerden hangisi hasta güvenliğini sağlamak için hemşirenin hasta ve ailesi ile iletişim kurarken yapması gerekenlerden **biri değildir?**
   A. Karşıdakini etkin ve ilgi ile dinlemek
   B. Hoşgörülü ve önyargısız olmak
   C. Eleştirilere karşı açık olmak
   D. Beden dili, göz kontağı ve ses düzeyini ayarlamak
   E. Sen dili ile iletişim kurmak

5. Aşağıdakilerden hangisi sözlü ve yazılı talimat alma ve verme sırasında hemşirenin öncelikle dikkat etmesi gereken durumlardan biri **değildir?**
   A. Sözel ve yazılı olarak aldığı istemi, 24 saat içinde hekime imzalatmalıdır.
   B. Hekimin elektronik ortamda yaptığı istemlerde elektronik imzasının olmasına dikkate etmelidir.
   C. Sözlü istemlerde kısaltma kullanılmasına özen gösterilmelidir.
   D. Telefon istemini hangi hekimden aldığını tarih ve saat belirterek yazılı kayıt altına almalıdır.
   E. İlacın tam adını, uygulama zamanını ve şeklini, dozunu yazılı istemleri uygulamalıdır.

6. Aşağıdakilerden hangisi hastalar ve sağlık personelleri arasında kurulan ve hasta güvenliğini etkileyen iletişim engellerindendir?
   1. Emretme, Yönetme
   2. Uyarma, Tehdit Etme
   3. Etkin Dinleme
   4. Öğüt Verme, Çözüm Getirme
   5. Ahlak Bekçiliği, Vaaz Verme
      A. 1, 2, 3
      B. 1,3, 4
      C. 2,3,4,5
      D. 1,2,4,5
      E. 1,3,4,5

7. Bir devlet hastanesinin nöroloji servisinde yanyana iki farklı odada yatan hastaların tedavisi Ayşenur hemşire tarafından yapılmaktadır. Tedavi saatleri aynı şekilde düzenlenen hastaların ilaçları hızlıca hastalara uygulanmıştır. Ancak Ayşenur hemşire tedavi odasına gidince ilaçları karıştırdığını yani hastalara yanlış tedavi uyguladığını fark etmiştir.
   Bu durumda hasta güvenliği ile ilgili **en temel sorun** aşağıdakilerden hangisidir?
   A. Etkili iletişim
   B. Doğru taraf cerrahisi
   C. Doğru kimliklendirme
   D. Enfeksiyon riksi
   E. Düşme riski

EK 3

8. Aşağıdakilerden hangileri hastanın doğru kimliklendirilmesi sırasında yapılır?
   1. Hastanın oda numarası kimliğini doğrulamada kullanılmalıdır.
   2. Hastaların kimliğini doğrulamak için hastaneye yatışı yapıldığı anda bileklik takılmalıdır.
   3. Her türlü tedavi ve işlemlerden önce mutlaka hastanın kimliği doğrulanmalıdır.
   4. Hastanın yatak numarası kimliğini doğrulamada kullanılmalıdır.
   5. Hasta bilekliğinin her zaman hastanın bileğine takılı olmasına dikkat edilmelidir.

   A. 1,2,3
   B. 2,4,5
   C. 1,3,5
   D. 2,3,5
   E. 2,3,4

9. Aşağıdakilerden hangisi kimlik doğrulaması yapılması gereken durumlardan biri **değildir?**
   A. İlaç uygulamalarından sonra
   B. Laboratuvar testleri için numune alımında
   C. Hasta transferi (iç/dış) öncesi
   D. Girişimsel işlemler öncesi
   E. Hasta kayıt kabul bürümlerinde her türlü yapılacak işlem öncesi

10. Özel bir hastanenin kadın doğum servisinde yatan ve yeni doğum yapan bir hastanın bebeğinehemşire tarafından ilk aşısı olan Hepatit B aşısı yerine Verem aşısı yapılmıştır. Bebekte reaksiyon gelişmesi üzerine mavi kod verilmiştir.
    Bu durumda hasta güvenliği hedeflerinden hangisine **aykırı davranılmıştır**?
    A. Etkili iletişimin Sağlanması
    B. Düşme Riskinin Azaltılması
    C. Enfeksiyona Bağlı Risklerin Azaltılması
    D. İlaç Güvenliğinin İyileştirilmesi/Sağlanması
    E. Doğru Taraf- Prosedür- Hasta Cerrahisinin Sağlanması

11. Aşağıdaki ifadelerden hangileri hasta güvenliği için hemşireninilaç uygulama hatalarını önlemede dikkate alması gereken önlemlerdendir?
    1. Hekimin sözlü istemi ile verdiği ilaçları uygulayabilmeli
    2. İlaç dozunu hesaplamayı bilmeli
    3. Kendi hazırladığı ilaçları uygulamalı
    4. Uygulanan ilacın etkisini bir başka meslektaşının gözlemlemesini istemeli
    5. Hastanın hangi ilaçlara alerjisi olduğunu bilmeli

    A. 1,2,3
    B. 2,4,5
    C. 1,3,5
    D. 2,3,5
    E. 2,3,4

EK 3

12. Aşağıdaki ifadelerden hangileri hasta güvenliği için hemşirenin enfeksiyon risklerine karşı alabileceği **öncelikli** önlemlerdendir?
    1. Tedavi öncesi ve sonrası eller yıkanması
    2. Serviste izolasyona ihtiyaç duyan hasta varlığında izolasyon önlemlerinin dikkate alınması
    3. Enfeksiyonların önlenmesine yönelik sadece hasta ailesine eğitim yapılmalı
    4. Enfekte olmuş bir hasta ile temastan sonra diğer hastaya temas ederken sadece eldiven değiştirilmesi
    5. İzolasyon önlemlerin ve tanımlayıcı figürlerin tüm sağlık bakım süreçlerinde uygulanması

    A. 1, 2, 4
    B. 1, 2, 5
    C. 1, 3, 4
    D. 2, 3, 5
    E. 1, 4, 5

13. Aşağıdakilerden hangisi hemşirenin el hijyeni uygulanması gereken "5 Endikasyon"dan biri **değildir?**

    A. Hastanın çevresi ile temastan önce
    B. Hasta ile temas öncesi
    C. Aseptik işlem öncesi
    D. Vücut sıvıları ile temas edilmişse
    E. Hasta ile temas sonrası

14. Çalıştığınız Göğüs Hastalıkları servisine Tüberküloz tanısı almış bir hastanın yatışı yapılmıştır. Hastalarınızın ve diğer sağlık personellerinin güvenliği için izolasyon önlemleri alırken **öncelikle** nelere dikkat edersiniz?
    1. Temas izolasyonundahasta odasının girişine mavi, solunum izolasyonunda ise kırmızı yaprak asarım.
    2. İzolasyon önlemlerini hastanın transferi de dahil tüm bakım ve tedavi süreçlerinde uygularım.
    3. Hasta odasına girip çıkarken ve hasta ile temas öncesi ve sonrasında ellerimi yıkarım.
    4. Hastaya özgü izolasyon önlemleri konusunda ilgili sağlık personellerini ve hasta yakınlarını bilgilendiririm.
    5. İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı figürleri sadece hastanın transferinde uygularım.

    A. 1,2,3
    B. 2,3,4
    C. 1,2,4
    D. 1,3,4
    E. 1,4,5

EK 3

15. Geriatri servisinde hemşire olarak çalışmaktasınız. Servisinizde Demans tanısı almış, 89 yaşında, bilinç bulanıklığı olan hastaya bakım vermektesiniz. Hasta güvenliği için bu hastanın düşme riskini önlemeye yönelik hangi önlemleri alırsınız?
    1. Hastanın düşme riskini belirlerim
    2. Hasta yakınını düşme riski açısından bilgilendiririm
    3. Hastanın sandalyesini, etajerini kolayca ulaşabileceği mesafede konumlandırırım.
    4. Kullanılan hasta bakım ekipmanlarını hastayı riske sokmayacak şekilde düzenlerim.
    5. Düşme olayının şansa bırakılması gerektiğine inanırım.

    A. 1,2,5
    B. 1,4,5
    C. 1,3,5
    D. 2,3,5
    E. **1,2,3**

16. Aşağıdakilerden hangisi düşme riski olan hastanın güvenliği için yapılacaklar arasında **değildir?**
    A. Düşme riski yüksek olan hastalarda dört yapraklı yonca figürü kullanılır.
    B. Erişkinlerde İtaki Düşme Riski Ölçeği kullanılır.
    C. İtaki Düşme Riski Ölçeği, sadece yatan hastaların bölüme ilk kabulünde kullanılır.
    D. Düşme riski değerlendirmesi hastanın servise kabulünü takiben hemşiresi tarafından yapılır.
    E. 0-16 yaş grubunun değerlendirilmesinde Harizmi Düşme Riski Ölçeği kullanılır.

17. Zeliha hanım 70 yaşında kadın hastadır. 100 kg ağırlığında olan hastanın öyküsünde hipertansiyon, diabetesmellitus hastalıkları vardır. Sağ ayak bileğinden geçirdiği operasyon nedeniyle yatak istirahatindedir. Hasta idrarını sürgüye yapmaktadır. Yatak içerisinde destekle/yardımla dönmektedir.
    Zeliha hanımın düşme riskini önlemek için aşağıdakilerden hangisi **yapılmamalıdır?**
    A. Hastanın odasının kapısına dört yapraklı yonca figürü asılmalıdır.
    B. İtaki Düşme Riski Ölçeği ile düşme riski belirlenmelidir.
    C. Yatak/sandalye alarmları kullanılmalıdır.
    D. Her türlü tedavi ve işlemlerden önce mutlaka hastanın kimliği doğrulanmalıdır.
    E. Harizmi Düşme Riski Ölçeği ile düşme riski belirlenmelidir.

18. Ahmet beyböbrek kanseri nedeniyle özel bir hastaneye başvurmuştur. Sol böbrekte bulunan kitlenin yaygın olduğunun tespit edilmesi üzerine Ahmet beyin sol böbreğinin alınmasına karar verilmiştir. Ancak ameliyat bölgesi için herhangi bir işaretleme yapılmamış ve ameliyatta hastanın sol böbreği yerine sağlıklı olan sağ böbreği alınmıştır.
    Bu durumda hasta güvenliği hedeflerinden hangisi**ihlal edilmiştir?**
    A. Enfeksiyona Bağlı Risklerin Azaltılması
    B. Doğru Taraf- Doğru Prosedür-Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması
    C. Düşme Riskinin Azaltılması
    D. İlaç Güvenliğinin İyileştirilmesi/Sağlanması
    E. Etkili iletişimin Sağlanması

EK 3

19. Aşağıdaki girişimlerden hangisi "Doğru Taraf, Doğru Prosedür Ve Doğru Hasta Cerrahisi" ne yönelik hasta güvenliği uygulamaları kapsamında **yer almaz?**
    A. **Hekim tarafından gerçekleştirilen doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hemşire tarafından hastaya doğrulatılmalıdır**
    B. Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmelidir.
    C. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü kontrol edilmelidir.
    D. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.
    E. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, hasta dosyasında saklanmalıdır.

20. Hasta güvenliğine ilişkin kayıtların/raporların tutulması sırasında **öncelikle** aşağıdaki ifadelerden hangisine dikkat edilmelidir?
    A. Geçmişte yaşanan hatalara yönelik girişler de yapılabilmelidir.
    B. Üzerinde düzeltme yapılabilmesi için silinebilir bir kalem kullanılmalıdır.
    C. Kayıtlar, hatanın gerçekleştiği anda tutulmalıdır.
    D. Kayıtlar üzerinde değişiklik yapılabilecek şekilde düzenlenmelidir.
    E. Kurum yöneticisinin onayı olmadan da kayıtlar paylaşılabilmelidir.

EK 4

CALİFORNİA ELEŞTİREL DÜŞÜNME EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ (CEDEÖ)

Değerli meslektaşım,

Eleştirel düşünme eğilimini belirleyecek olan bu ölçek, 51 maddeden oluşmaktadır. Maddeler hakkındaki görüşlerinizi Tamamen Katılıyorum (6) ….. Hiç Katılmıyorum (1) olacak şekilde işaretleyiniz.

Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Maddelere verdiğiniz cevaplar kesinlikle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Bil. Uzm.Tuba ÖTÜN
Doç.Dr. Emine ŞENYUVA (Danışman)
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Eğitim Doktora Programı Öğrencisi
İletişim:0543 2943895
Email: tubaotun98@gmail.com

Rumuz:

		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Tüm hayatım boyunca yeni şeyler çalışmak harika olurdu.						
2	İnsanların iyi bir düşünceyi savunmak için zayıf fikirlere güvenmeleri beni rahatsız eder.						
3	Cevap vermeye kalkışmadan önce, her zaman soruya Odaklanırım.						
4	Büyük bir netlikle düşünebilmekten gurur duyuyorum.						
5	Dört lehte, bir aleyhte görüş varsa, lehte olan dört görüşe katılırım.						
6	Pek çok üniversite dersi ilginç değildir ve almaya değmez.						
7	Sadece ezberi değil düşünmeyi gerektiren sınavlar benim için daha iyidir.						
8	Diğer insanlar entelektüel merakımı ve araştırıcı kişiliğimi takdir ederler.						
9	Mantıklıymış gibi davranıyorum, ama değilim.						
10	Düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır.						
11	Ben dahil herkes kendi çıkarı için tartışır.						
12	Kişisel harcamalarımın dikkatlice kaydını tutmak benim için önemlidir.						
13	Büyük bir kararla yüz yüze geldiğimde, ilk önce,						

EK 4

	toplayabileceğim tüm bilgileri toplarım.						
14	Kurallara uygun biçimde karar verdiğim için, arkadaşlarım karar vermek için bana danışırlar.						
15	Açık fikirli olmak neyin doğru olup olmadığını bilmemek demektir.						
16	Diğer insanları çeşitli konularda neler düşündüklerini anlamak benim için önemlidir.						
17	İnandıklarımın tümü için dayanaklarım olmalı.						
18	Okumak, mümkün olduğunca, kaçtığım bir şeydir.						
19	İnsanlar çok acele karar verdiğimi söylerler.						
20	Üniversitedeki zorunlu dersler vakit kaybıdır.						
21	Gerçekten çok karmaşık bir şeyle uğraşmak zorunda kaldığımda benim için panik zamanıdır.						
22	Yabancılar sürekli kendi kültürlerini anlamaya uğraşacaklarına, bizim kültürümüzü çalışmalılar.						
23	İnsanlar benim karar vermeyi oyaladığımı düşünürler.						
24	İnsanların, bir başkasının fikrine karşı çıkacaklarsa, nedenlere ihtiyacı vardır.						
25	Kendi fikirlerimi tartışırken tarafsız olmam imkânsızdır.						
26	Ortaya yaratıcı seçenekler koyabilmekten gurur duyarım.						
27	Neye inanmak istiyorsam ona inanırım.						
28	Zor problemleri çözmek için uğraşmayı sürdürmek o kadar da önemli değildir.						
29	Diğerleri, kararların uygulanmasında mantıklı standartların belirlenmesi için bana başvururlar.						
30	Zorlayıcı şeyler öğrenmeye istekliyimdir.						
31	Yabancıların ne düşündüklerini anlamaya çalışmak oldukça anlamlıdır.						
32	Meraklı olmam en güçlü yanlarımdan birisidir.						
33	Görüşlerimi destekleyecek gerçekleri ararım, desteklemeyenleri değil.						
34	Karmaşık problemleri çözmeye çalışmak eğlencelidir.						
35	Diğerlerinin düşüncelerini anlama yeteneğimden dolayı takdir edilirim.						
36	Benzetmeler ve anolojiler ancak otoyol üzerindeki tekneler kadar yararlıdır.						
37	Beni mantıklı olarak tanımlayabilirsiniz.						
38	Her şeyin nasıl işlediğini anlamaya çalışmaktan gerçekten hoşlanırım.						
39	İşler zorlaştığında, diğerleri problem üstünde çalışmayı sürdürmemi isterler.						
40	Elimizdeki sorun hakkında açık bir fikir edinmek ilk Önceliklidir.						

EK 4

41	Çelişkili konulardaki fikrim genellikle en son konuştuğum kişiye bağlıdır.						
42	Konu ne hakkında olursa olsun daha fazla öğrenmeye Hevesliyimdir.						
43	Sorunları çözmenin en iyi yolu, cevabı başkasından İstemektir.						
44	Karmaşık problemlere düzenli yaklaşımımla tanınırım.						
45	Farklı dünya görüşlerine karşı açık fikirli olmak, insanların düşündüğünden daha az önemlidir.						
46	Öğrenebileceğin her şeyi öğren, ne zaman işe yarayacağını bilemezsin.						
47	Her şey göründüğü gibidir						
48	Diğer insanlar, sorunun ne zaman çözümleneceği kararını bana bırakırlar.						
49	Ne düşündüğümü biliyorum, o zaman neden seçenekleri değerlendiriyor gibi davranayım.						
50	Diğerleri kendi fikirlerini ortaya koyarlar ama benim onları duymaya ihtiyacım yok.						
51	Karmaşık problemlerin çözümüne yönelik düzenli planlar geliştirmede iyiyimdir.						

EK 5

HEMŞİRELİKTE KLİNİK KARAR VERME ÖLÇEĞİ (HKKVÖ)

Değerli meslektaşım,

Klinik karar verme algısını belirlemeye yönelik hazırlanan bu ölçek, 40 maddeden oluşmaktadır. Maddeler hakkındaki görüşlerinizi Daima, Sık sık, Ara sıra, Nadiren, Asla olacak şekilde işaretleyiniz.

Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Maddelere verdiğiniz cevaplar kesinlikle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Bil. Uzm.Tuba ÖTÜN
Doç.Dr. Emine ŞENYUVA (Danışman)
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Eğitim Doktora Programı Öğrencisi
İletişim:0543 2943895
Email: tubaotun98@gmail.com

Rumuz:

		Daima	Sık sık	Ara sıra	Nadiren	Asla
1	Klinik bir karar yaşamsal ise ve zaman varsa, seçenekler için ayrıntılı bir araştırma yaparım.					
2	Hastanın sağlık bakım hizmetlerini alması, kültürel değerleri ve inançlarından önce gelir.					
3	Karar vermeden önce, hastanın içinde bulunduğu durumla ilgili faktörler araştıracağım seçenek sayısını belirler.					
4	Karar vermek için yeni bilgiye ulaşmaya çalışmak yarardan çok zarar getirir.					
5	Anlamadığım şeyleri araştırmak için kitapları ya da bilimsel/mesleki yayınları kullanırım.					
6	Seçeneklere bakarken rastgele bir yaklaşım benim çok işime yarar.					
7	Beyin fırtınası, seçenekler için fikir üretirken kullandığım bir yöntemdir.					
8	Karar vermem gerektiğinde mümkün olduğu kadar çok bilgi toplamak için farklı yolları kullanırım.					
9	Hastalara, kendi bakımlarıyla ilgili karar verme haklarını kullanmaları için yardım ederim.					
10	Benim değerlerim hastanın değerleriyle çeliştiğinde, söz					

EK 5

	konusu durum için gerekli olan kararı alırken yeterince objektif olurum.					
11	Tercih edeceğim bir seçenek olmamasına rağmen uzman önerisini veya düşüncesini dinlerim ya da göz önünde bulundururum.					
12	Mevcut bilgilerimi kullanarak, herhangi birine danışmadan zamanında problemi çözerim ya da bir karar veririm.					
13	Vermem gereken bir kararın olası bütün sonuçlarını incelemek için hiç zaman ayırmam.					
14	Bireyle ilgili klinik bir karar verirken birey ve ailenin gelecekteki sağlık ve iyiliğini düşünürüm					
15	Bilgiye ulaşmak için çok az zamanım ve enerjim var.					
16	Karar vermeden önce kafamda/zihnimde seçeneklerin listesini yaparım.					
17	Tercih edebileceğim seçeneklerin sonuçlarını incelerken, genellikle "Eğer bunu yaparsam, sonra….." şeklinde düşünürüm.					
18	Karar vermeden önce en uzak sonuçları bile düşünürüm.					
19	Karar verirken, birlikte çalıştığım arkadaşlarımın, aynı görüşte olması benim için önemlidir.					
20	Klinik karar verirken bilgi kaynaklarıma hastaları da dahil ederim.					
21	Olası kararlarım hakkında düşünürken birlikte çalıştığım arkadaşlarımın söyleyeceği şeyleri dikkate alırım.					
22	Eğitici klinik karar verme durumunda bir seçenek önerirse, diğer seçenekleri araştırmaktansa onu benimserim.					
23	Bir şey gerçekten çok yararlıysa, bütün risklere bakmaksızın onu tercih ederim.					
24	Yeni bilgi için rastgele araştırma yaparım.					
25	Geçmiş deneyimlerimin hasta hakkında verdiğim kararlar üzerine az etkisi vardır.					
26	Tercih edebileceğim seçeneklerin sonuçlarını incelerken, hastam için olumlu olan sonuçların farkındayım.					
27	Geçmişte benzer durumlarda başarıyla kullandığım seçenekleri tercih ederim.					
28	Alacağım kararın riskleri, ciddi sorunlara neden olacaksa reddederim.					
29	Önemli bir klinik kararı değerlendirirken, olumlu ve olumsuz sonuçların listesini yaparım.					
30	Klinik kararlarım için birlikte çalıştığım arkadaşlarımdan seçenek önermelerini istemem.					
31	Mesleki değer veya inançlarım, kişisel değer veya inançlarımla tutarsızdır.					
32	Benim seçenekleri bulmam büyük ölçüde şans eseri gibi görünmektedir.					
33	Klinik ortamda gün içinde yaşadığım deneyimlerde dersin hedeflerini aklımda tutarım.					

EK 5

34	Karar vermek zorunda kaldığımda, kararın riskleri ve faydaları en son düşüneceğim şeydir.					
35	Klinik karar vereceğim zaman, kurumsal öncelikleri ve standartları göz önünde bulundururum.					
36	Eğer durum gerektiriyorsa, karar verme sürecine başkalarını dahil ederim.					
37	Karar verirken en uç ya da uygulanabilirliği olmayan fikirleri bile göz önünde bulundururum.					
38	Hastanın hedeflerini öğrenmek, her zaman benim klinik karar verme sürecimin bir parçasıdır.					
39	Ben yalnızca ciddi anlam taşıyan kararların risk ve faydalarını incelerim.					
40	Benim iyi bir karar vermem için hastanın değerleri ile benimkilerin tutarlı olması gerekir.					

EK 6

..... ÖĞRENME MODELİNE DAYALI
HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMI
HEMŞİRE GÜNLÜĞÜ

Rumuz: :

Tarih
Oturumun Konusu :

1. Bu oturumda hissettiklerim

2. Bu oturumda kazandıklarım (kazanımlarım)

3. Bu oturum sonrası uygulamaya yansıtacaklarım/aktaracaklarım

4. Oturuma ilişkin görüşlerim (eğitimci, ortam, süre ve işleniş vb.)

5. Önerilerim

EK 7

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Gönüllü,

"Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Hemşirelikte Hizmet İçi Eğitim Örneği" adlı araştırmamızda, Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyine, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme algısına etkisinin belirlenmesi amaçlanmakta olup, size eğitim verilecektir. Öncelikle size sözlü olarak sorular sorulacaktır. Hemşire Bilgi Formu ile yaşınız, çalışma hayatınız ve hasta güvenliği ile ilgili sorular sorulacak olup size dair bilgiler mahremiyetinizi korumak adına kimliğinizin anlaşılamayacağı bir forma kayıt edilecektir. Araştırmamız sırasında sizin hasta güvenliğine ilişkin bilgi düzeyiniz, eleştirel düşünme eğiliminiz ve klinik karar verme algınızı belirlemek amacıyla oluşturulmuş formlar ile uygulanan eğitim programının etkinliğini değerlendirmek üzere oluşturulmuş hasta güvenliği bilgi testini (ön-son test); eğitim öncesinde, eğitim sonrasında, eğitimden 1 (bir) ay sonra ve eğitimden 6 (altı) ay sonrasında doldurmanız istenecektir. Bu formları doldururken her türlü sorunuzda araştırmacıdan yardım alabileceksiniz. Araştırma kapsamında herhangi bir maddi yükümlülüğünüz olmayacaktır. Araştırma kapsamında sizden ek bir katılım istenmeyecektir. Araştırma ile bağlantılı olarak göreviniz ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da sonradan vazgeçmeniz halinde görevinizde herhangi bir değişiklik ya da aksaklık olmayacaktır. Kişisel bilgileriniz (ad, soyad vs.) hiçbir yerde yayınlanmayacaktır.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmacı Tuba ÖTÜN ile tubaotun98@gmail.com adresinden 24 saat bağlantı kurabilirsiniz.

Yukarıda ayrıntıları geçen çalışma hakkında yeterince bilgilendirildim. Çalışmaya katılmakla hiçbir maddi yükümlülüğe girmeyeceğimi, mahremiyetimin korunacağını, görevimde olumsuz bir değişiklik olmayacağını ve görevim açısından bana zararlı olabilecek herhangi bir uygulamaya maruz kalmayacağımı biliyorum. "Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Hemşirelikte Hizmet İçi Eğitim Örneği" adlı araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı İmza Tarih

Araştırmacının Adı Soyadı İmza Tarih

EK 8

GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR

- Doç. Dr. Emine ŞENYUVA- İ.Ü Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- Doç.Dr. Sertel ALTUN- Yıldız Teknik Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Eğitim Programları ve Öğretim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- Bil.Uzm. Gülşah OKUT- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi Eğitim Koordinatörü

EK 9

HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMI BİLGİ TESTİ MADDE ANALİZLERİ

Soru	Madde Güçlük İndeksi	Madde Ayırt Edicilik İndeksi
M1*	Orta güçlükte (0,45)	İyi (0,38)
M2*	Orta güçlükte (0,48)	Oldukça İyi (0,48)
M3	Orta güçlükte (0,41)	İyi (0,31)
M4*	Orta güçlükte (0,40)	Oldukça İyi (0,44)
M5	Çok Kolay (0,83)	İyi (0,37)
M6	Kolay / Önerilen (0,57)	İyi (0,32)
M7*	Kolay / Önerilen (0,61)	Oldukça İyi (0,69)
M8*	Orta güçlükte (0,35)	Oldukça İyi (0,48)
M9	Zor (0,27)	Kullanılmamalı (0,11)
M10*	Orta güçlükte (0,40)	Oldukça İyi (0,61)
M11*	Çok Kolay (0,81)	İyi (0,39)
M12*	Zor (0,23)	İyi (0,37)
M13	Çok Kolay (0,89)	Kullanılmamalı (0,10)
M14	Zor (0,26)	Düzeltilmeli (0,21)
M15	Zor (0,35)	Kullanılmamalı (0,16)
M16*	Orta güçlükte (0,33)	Oldukça İyi (0,51)
M17	Çok Kolay (0,77)	İyi (0,39)
M18	Zor (0,17)	Kullanılmamalı (0,08)
M19*	Çok Kolay (0,79)	Oldukça İyi (0,46)
M20*	Orta güçlükte (0,35)	Oldukça İyi (0,45)
M21*	Zor (0,24)	İyi (0,31)
M22	Orta güçlükte ((0,40)	Oldukça İyi (0,61)
M23*	Orta güçlükte (0,49)	Oldukça İyi (0,75)
M24*	Zor (0,29)	Oldukça İyi (0,44)
M25	Zor (0,23)	Kullanılmamalı (0,05)
M26*	Çok Kolay (0,73)	Oldukça İyi (0,69)
M27*	Orta güçlükte (0,44)	Oldukça İyi (0,59)
M28	Orta güçlükte (0,40)	Düzeltilmeli (0,25)
M29	Orta güçlükte (0,40)	Oldukça İyi (0,53)
M30*	Zor (0,29)	Oldukça İyi (0,47)
M31	Kolay/ Önerilen (0,57)	Oldukça İyi (0,53)
M32*	Orta güçlükte (0,41)	Oldukça İyi (0,57)
M33*	Zor (0,29)	Oldukça İyi (0,48)
M34	Kolay/ Önerilen (0,61)	İyi (0,34)
M35*	Kolay/ Önerilen (0,60)	Oldukça İyi (0,68)

EK 10

HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMI BİLGİ TESTİ – EĞİTİM ÖNCESİ MADDE ANALİZLERİ

Soru	Madde Güçlük İndeksi	Madde Ayırt Edicilik İndeksi
M1*	Orta güçlükte (0,45)	İyi (0,38)
M2*	Orta güçlükte (0,48)	Oldukça İyi (0,48)
M3*	Orta güçlükte (0,40)	Oldukça İyi (0,44)
M4*	Kolay / Önerilen (0,61)	Oldukça İyi (0,69)
M5*	Orta güçlükte (0,35)	Oldukça İyi (0,48)
M6*	Orta güçlükte (0,40)	Oldukça İyi (0,61)
M7*	Çok Kolay (0,81)	İyi (0,39)
M8*	Zor (0,23)	İyi (0,37)
M9*	Orta güçlükte (0,33)	Oldukça İyi (0,51)
M10*	Çok Kolay (0,79)	Oldukça İyi (0,46)
M11*	Orta güçlükte (0,35)	Oldukça İyi (0,45)
M12*	Zor (0,24)	İyi (0,31)
M13*	Orta güçlükte (0,49)	Oldukça İyi (0,75)
M14*	Zor (0,29)	Oldukça İyi (0,44)
M15*	Çok Kolay (0,73)	Oldukça İyi (0,69)
M16*	Orta güçlükte (0,44)	Oldukça İyi (0,59)
M17*	Zor (0,29)	Oldukça İyi (0,47)
M18*	Orta güçlükte (0,41)	Oldukça İyi (0,57)
M19*	Zor (0,29)	Oldukça İyi (0,48)
M20*	Kolay/ Önerilen (0,60)	Oldukça İyi (0,68)
KR-20=0,85		

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.**

Tuba ÖTÜN
(İmza)

EK 11 ETİK KURUL İZNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

YAPILANDIRMACI ÖĞRENME MODELİNE DAYALI HASTA GÜVENLİĞİ EĞİTİM PROGRAMININ HEMŞİRELERİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME ve KARAR VERME BECERİLERİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%13	%10	%3	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
3	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	motto.tc İnternet Kaynağı	<%1
5	acikerisim.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	dspace.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

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.**

Tuba ÖTÜN
(İmza)

EK 12 KURUM İZNİ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Tuba ÖTÜN'ün
Tez Çalışma İzni Hk.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(İst. Üni. Avcılar Yerleşkesi - Üni. Mahallesi Bağlariçi Cd. No: 7 Pk. 34320 Avcılar / İstanbul)

İlgi : a) 07/10/2018 tarihli ve 71211201-39679 sayılı yazı.
b) 22/10/2018 tarihli ve 48670771-771-21349 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı'nda başladığı Doktora eğitimine Dr. Öğr. Üyesi Emine ŞENYUVA'nın danışmanlığı altında devam eden **Tuba ÖTÜN'ün "Yapılandırmacı Öğrenme** **Güvenliği Eğitim Modülünün Geliştirilmesi"** başlıklı çalışmasını yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırmanın, Hastanenin ilgi b) sayılı yazısı gereği Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

ELEKTRONİK İMZA
İLE AYNIDIR
30/10/2018

EKLER:
1- Hastane Görüş Yazısı.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ

Sayı : 48670771-771
Konu : Tuğba Ötün (Doktora Tez Çalışması İzni Hk.)

İLGİLİ MAKAMA

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilimdalı öğrencisi Tuba ÖTÜN'ün "Yapılandırılmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Modülünün Geliştirilmesi" konulu doktora tez çalışmasını kurumumuzda uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz/rica ederim.

e-imzalıdır.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 13 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



21.12.2022 20:41 İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Posta - Fwd: California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

Fwd: California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği Kullanım İzni
2 ileti

Tuba
Alıcı:

23 Nisan 2022 20:37

---------- Fo
Gönderen:
Date: 13 Nis 2022 Çar 09:29
Subject: Re: California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği Kullanım İzni
To: Tuba ötün <tubaotun98@gmail.com>

Critical Thinking – Eleştirel Düşünme
(An Important Information for Turkish Researchers)

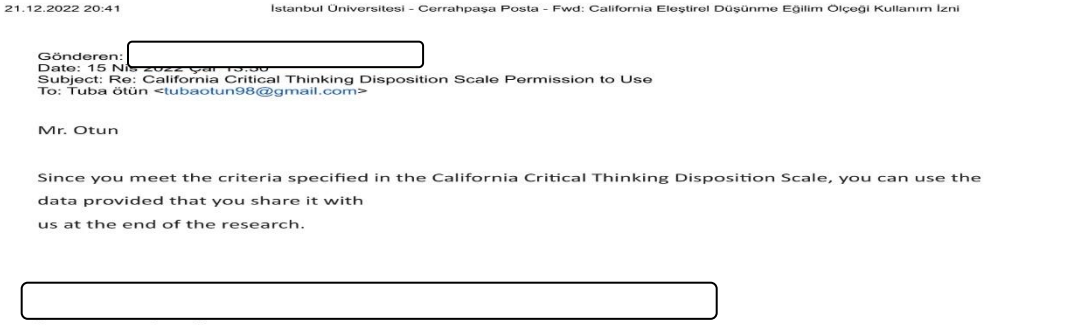
Eleştirel düşünme konusunda çalışmak ve çalışmalarında CCTDT'yi kullanmak isteyen araştırmacıların dikkatine; söz konusu ölçek 2013 yılında lisanslı olarak Türkçe'ye çevirilmiş durumda. Bu nedenle, bu ölceği kullanmak istiyorsanız http://www.insightassessment.com/ adresine başvurmanız ve lisanslı Türkçe versiyonunu kullanmanız gerekmektedir. Ben bu ölçeği 2003 yılında kullandığımda böyle bir lisans ya da kullanabileceğim bir Türkçe versiyonu mevcut değildi ancak artık var ve doğal olarak şirket bu kullanımlarla ilgili kendilerine müracaat edilmesini istiyor. Aradan 10 yıldan fazla bir süre geçtiğini de düşünerek olursanız yeni versiyonunu kullanmanızda yarar olacaktır. Ölçeğin kullanımı ile ilgili bundan sonra, araştırmacılara yardımcı olamayacağımı üzülerek bildirmek zorundayım. Lütfen sorularınızı yukarıda belirtilen internet sitesi yardımıyla ilgililere iletiniz. Not: Şirketle herhangi bir hukuki ya da ticari bağım bulunmamaktadır. Bu bilgiyi yasal ve etik bir zorunluluk olarak paylaşıyorum.

Prof. Dr. Doğan Kökdemir
Başkent Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Bağlıca Yerleşkesi, Eskişehir Yolu 20. km
06810 Ankara

Merhaba hocam,
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Ana Bilim Dalı doktora öğrencisiyim. "Yapılandırmacı Öğrenme Modeline Dayalı Hasta Güvenliği Eğitim Programının Hemşirelerin Eleştirel Düşünme ve Karar Verme Becerilerine Etkisi" konulu doktora tez çalışmamda Türkçe'ye uyarladığınız "California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği (CCTDI)"ni kullanmak üzere izninizi arz ediyorum.
Saygılarımla..

,

https://mail.google.com/mail/u/1/?ik=e949e17d47&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1730921614094911335&simpl=msg-f%3A1730921614... 1/2



21.12.2022 20:41 İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Posta - Fwd: California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen:
Date: 15 Nis 2022 Çar 15:56
Subject: Re: California Critical Thinking Disposition Scale Permission to Use
To: Tuba ötün <tubaotun98@gmail.com>

Mr. Otun

Since you meet the criteria specified in the California Critical Thinking Disposition Scale, you can use the data provided that you share it with
us at the end of the research.

https://mail.google.com/mail/u/1/?ik=e949e17d47&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1730921614094911335&simpl=msg-f%3A1730921614... 2/2

EK 14 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



a [redacted]

Alıcı: ben

sevgili Tuba,
çalışmanda hemşirelikte klinik karar verme ölçeğini kullanabilirsin.

çalışmanda başarılar dilerim

[redacted]
Hemsirelik Fakültesi
Cerrahi Hastaliklar Hemsireligi AD.
[redacted]
Tel: [redacted]
Fax: [redacted]

•••

3 Ek • Gmail tarafından tarandı

PDF Adaptation of Cli...

PDF Hemşirelikte Klini...

W Hemşirelikte Klini...