

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOCUK YANIK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ YATAK BAŞI
KLİNİK EKİP VİZİTLERİNDE ÇOCUK CERRAHİ
ASİSTANLARININ VİZİT YÖNETİM BECERİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE KLİNİK VİZİT SÜRECİNİN
İNCELENMESİ**

Nazmiye ÇELİK

**Tıp Eğitimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2020

ÖZET

Çelik, N. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Başlı Klinik Ekip Vizitlerinde Çocuk Cerrahi Asistanlarının Vizit Yönetim Becerilerinin Değerlendirilmesi Ve Klinik Vizit Sürecinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020. Araştırma, Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirilen yatak başlı (klinik) çocuk cerrahisi doktor vizitlerinin sürecini incelemek ve çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim becerilerini değerlendirmek amacıyla karma desende yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nin çocuk cerrahisi bölümünde görev yapan 8 çocuk cerrahisi asistan doktorları ve 6 öğretim görevlisi oluşturmuştur. Asistanların vizit yönetim becerileri değerlendirilmeleri için yatak başlı vizit gözlemleri, vizit sürecini tanımlamak için öğretim görevlileri ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Gözlemsel verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Görüşme verilerinin analizinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada gözlemlerden elde edilen bulgulara göre çocuk yanık yoğun bakım ünitesinde eğitim viziti oranı (%16,3), klinik vizit süresi (11,3 dk.) ve eğitim viziti süresi (24,5 dk.) olarak bulunmuştur. Her iki gözlemlerde asistanların teknik olmayan vizit yönetim becerileri ortalamaları teknik vizit becerileri ortalamalarından düşük olduğu tespit edilmiştir. Her iki gözlem sonucunda cinsiyete göre asistanların vizit yönetim becerilerinde fark görülmemiştir. Birinci gözlem sonunda asistanların doktor ve çocuk cerrahisi deneyim sürelerine göre fark olmamakla birlikte ikinci gözlem sonucunda asistanların teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin puan ortalamasında fark ($p=0,044$) görülmüştür. Eğitici görüşlerinde vizit türü, vizite katılanların rol ve sorumlulukları, vizitin niteliğini etkileyen faktörler, vizit yönetim becerisi, asistanın sahip olması gereken özellikler, vizit süreci önerileri öne çıkan temaları olmuştur. Çalışmanın niteliksel boyutu sonucunda, eğitici görüşlerinde vizit sürecini anlamaya ve açıklamaya yararlı olabilecek bilgiler elde edilmiştir. Niceliksel boyutu sonuçlarında, yatak başlı klinik vizitlerde çocuk cerrahisi asistanlarının teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin gelişmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, klinik vizit, , teknik olmayan beceriler, yatak başlı öğretim

ABSTRACT

Çelik, N. Evaluation of Bedside Round Management Skills of Pediatric Surgical Assistants and examination of Clinical Ward Round Process in Pediatric Burn Intensive Care Unit, Clinical Team. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Medical Education Program Master Thesis, Ankara, 2020. The research was carried out in a mixed design in order to examine the process of (clinical) pediatric surgical physician visits performed in the Pediatric Burn Intensive Care Unit and to evaluate the bedside round management skills of pediatric surgical assistants. The sample of the study consisted of 8 pediatric surgery residents and 6 pediatric surgery lecturers working in the pediatric surgery department of Ankara Child Health and Diseases Hematology, Oncology Training Research Hospital. Bedside round observations were made to evaluate the bedside round management skills of the assistants, and semi-structured interviews were held with the lecturers to define the round process. Frequency, percentage, mean and Mann Whitney U test were used to evaluate observational data. Thematic analysis was used in the analysis of the interview data. According to the findings obtained from the observations in the study, the rate of training visit (16.3%), clinical round (11.3 min) and training round (24.5 min) in the child burn intensive care unit, and averages of skills of non-technical visit management of the assistants in both observations were lower than the technical visit skill averages. As a result of both observations, there was no difference in the visit management skills of assistants by gender. At the end of the first observation, although there was no difference according to the duration of experience of the assistants during the period of becoming a physician and pediatric surgeon, as a result of the second observation, there was a difference in the mean score of non-technical round management skills of the assistants ($p = 0.044$). According to the trainer's views, the types of visits, roles and responsibilities of the participants, factors affecting the quality of the visit, visit management skills, attributes that the assistant should have, and the ward round process suggestions were the prominent themes. In the qualitative part of the study, information that could be useful in understanding and explaining the visit process was obtained in the trainer's views. It is suggested that the assistants' non-technical visit management skills should be developed in bedside clinical visits.

Keywords: Burn, ward round, non-technical skills, bedside teaching

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç ve Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Vizit Türleri	4
2.1.1. Geleneksel vizitler	4
2.1.2. Eğitim Vizitleri	4
2.1.3. Çalışma Vizitleri	7
2.1.4. Multidisipliner (Disiplinler-arası) Vizitler	7
2.2. Vizitin Amaçları	8
2.2.1. Bilgi Toplama, Paylaşma ve Entegre Etme	9
2.2.2. Hastanın Durumunun Değerlendirilmesi ve Gözden Geçirilmesi	9
2.2.3. Ayırıcı Tanımın Konulması	9
2.2.4. Karar Verme	9
2.2.5. Hasta ve Diğer Sağlık Ekibi Üyeleri İle İletişim	11
2.2.6. Eğitim	11
2.3. Vizit Bariyerleri	11
2.4. Klinik Vizitlerin Değerlendirilmesi	12
2.5. Klinik Vizitlerin Geliştirilmesi	14
2.6. Bölüm Özeti	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Türü	16

3.2. Araştırmanın Yeri	17
3.3. Çalışma Grubu	17
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.5.1. Gözlemsel Veriler	21
3.5.2. Görüşme Verileri	23
3.6. Araştırma Verilerinin Analizi	24
3.6.1. Nicel Verilerin Analizi	24
3.6.2. Nitel Verilerin Analizi	24
3.7. Etik	25
3.8. Onam	26
3.9. Sınırlılıklar	26
4. BULGULAR	27
4.1. Nicel Bulgular	27
4.1.1. Çocuk Cerrahisi Asistanlarına İlişkin Bilgiler	27
4.1.2. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Vizit Özellikleri	27
4.1.3. Çocuk Cerrahisi Asistanların Vizit Yönetim Beceri Düzeyi	28
4.1.4. Çocuk Cerrahisi Asistanlarının Teknik Vizit Yönetim ve Teknik Olmayan Vizit Yönetim Becerilerinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	34
4.2. Nitel Bulgular	35
4.2.1. Eğiticilerin Vizit Sürecine İlişkin Görüşleri	35
4.2.2. Vizit Türü	38
4.2.3. Vizite Katılanların Rol ve Sorumlulukları	40
4.2.4. Vizitin Niteliğini Etkileyen Faktörler	50
4.2.5. Vizit Yönetim Becerisi Edinme	56
4.2.6. Asistanın Sahip Olması Gereken Özellikler	57
4.2.7. Vizit Süreci Önerileri	61
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
7. KAYNAKLAR	81
8. EKLER	88

- EK 1. Yatak Başı Teknik Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu
- EK 2. Yatak Başı Teknik Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu Puanlama Cetveli
- EK 3. Yatak Başı Vizit Yönetimi Teknik Olmayan Beceri Değerlendirme Formu
- EK 4. Yatak Başı Vizit Yönetimi Teknik Olmayan Beceri Puanlama Cetveli
- EK 5. Yatak Başı Vizit Özellikleri Tanılama Formu
- EK 6. Vizit Süreci Araştırmacı Günlüğü
- EK 7. Görüşme Formu
- EK 8. Katılımcı Tanıtıcı Bilgiler Formu
- EK 9. Nitel Araştırma Katılım Belgesi
- EK 10. Etik Kurul Onay Belgesi
- EK 11. Hastane Onay Belgesi
- EK 12. Klinik İzin Belgesi
- EK 13. Gönüllü Katılım Formları
- EK 14. Orjinallik Ekran Çıktısı
- EK 15. Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

dk:	Dakika
Max:	Maksimum değer
Min.:	Minimum değer
n:	Sayı
p:	p değeri
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
YYA:	Yanık yüzey alanı

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Yatak başı öğretimin temel stratejileri	6
2.2. Multidisipliner Vizit Bariyerleri (NSW Department of Health (Sydney 2011)' den uyarlanmıştır	8
2.3. Ortak Anlayış Paydaşları (Caldwell G. (2013))' Den Uyarlanmıştır	10
3.1. Çalışmada kullanılan karma araştırma deseni	16
3.2. Çocuk yanık yoğun bakım ünitesi yatak başı klinik vizit yapısı	22
4.1. Asistanların 1. gözlem teknik ve teknik olmayan vizit yönetim beceri düzeyleri	33
4.2. Asistanların 2. gözlem teknik ve teknik olmayan vizit yönetim beceri düzeyleri	33
4.3. Eğitici görüşleri: klinik vizitin özellikleri	37
4.4. Eğiticilerin vizit türlerine ilişkin sınıflamaları	38
4.5. Vizite katılanların rol ve sorumlukları	40
4.6. Vizitin niteliğini etkileyen faktörler	50
4.7. Yönetim becerisi edinme	56
4.8. Asistanın sahip olması gereken özellikler	57
4.9. Vizit süreci öneriler	61

TABLolar

Tablo	Sayfa
2.1. Vizit sürecini değerlendirmeye yönelik kontrol listeleri	13
4.1. Çocuk cerrahisi asistanların demografik ve mesleki deneyim bilgileri	27
4.2. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi yatak başı klinik vizit tanımlayıcı özellikler	28
4.3. Çocuk cerrahisi asistanlarının yatak başı teknik vizit yönetim değerlendirmeleri	29
4.4. Çocuk cerrahisi asistanlarının yatak başı teknik olmayan vizit yönetim değerlendirmeleri	31
4.5. Çocuk Cerrahisi Asistanların 1. ve 2. Gözlem Vizit Yönetim Beceri Düzeyleri Analiz Sonuçları	32
4.6. Çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ve teknik olmayan vizit yönetim becerileri birinci gözlem sonuçlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması	34
4.7. Çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim ve teknik olmayan vizit yönetim becerileri ikinci gözlem sonuçlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması	35

1. GİRİŞ

Yatak başı vizitler hastane ortamlarında sağlık profesyonelleri, hasta ve tıbbi uygulamalar arasında bütünleyici bir role sahip bilgi aktarım ve iletişim sürecidir (1). Çoğu zaman gelişmiş güzel yapılandırılmamış bir yaklaşımla gerçekleşen bu süreçte bilgilerin uygun şekilde aktarılmaması, hayati bilgilerin atlanması ya da hatalı bilgi aktarılması hasta güvenliğini tehdit eden hatalara yol açabilmektedir (1,2,3). Yatak başı vizit yönetim becerilerinin öğretilmesi, değerlendirilmesi ve vizit sürecinin tanımlanması güvenilir ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunulması açısından önemli role sahiptir (3,5,6).

Klinik vizit, sağlık profesyonelleri arasında hasta bakımı, yönetimi ve iş akışına yönelik bilgi akış sürecidir. Daha genel anlamda *“bir hasta veya hasta grubu için bakımın bazı veya tüm yönlerinin mesleki sorumluluk ve hesap verebilirlik ile geçici veya kalıcı olarak başka bir kişiye veya profesyonel gruba aktarılmasıdır”* (5,7).

Klinik vizitler, hasta bakımı ve yönetimine katkı sağlamasının yanı sıra hasta merkezli bakımın sağlanması, klinik öğrenme ve yetkinliklerin kazandırılmasında tıp eğitiminin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir (8,9). Klinik vizitler, William Osler’den bu yana, klinik eğitim için temel strateji olmuş ve günümüzde de hala hekimlerin eğitimi ve klinik yeterlilik kazanmaları açısından gerekli olarak kabul edilmektedir (10,11). Klinik öğrenmenin geleneksel uygulamasını yansıtan yatak başı hasta vizitleri, sağlık profesyonellerinin klinik tıp sanatını öğrenmelerini sağlamasının yanı sıra hastaları soyut bir hastalık kavramından ziyade gerçek insanlar olarak görmeye teşvik etmektedir (12).

M.Ö. 4. yüzyılda Yunanlıların yatak başı tıp sanatını hastanın duyu ve düşüncelerini merkeze alan daha titiz bir yaklaşımla tanımladıkları görülmektedir. Silverman’a göre, Hipokrat hekimin yatak başında alçak gönüllü bir vücut dili, abartıdan uzak hastayı rahatsız etmeyecek profesyonel görünüm ve ses tonu, ılımlı yaklaşım gibi yatak başı davranış ve görgüye sahip olması gerektiğini belirtmektedir (13). Zaman içerisinde sağlık kurumlarının büyümesi ve beraberinde sağlık profesyonelleri arasında oluşan rekabet hekimin profesyonel davranışlarının yeniden şekillenmesine ve hekimin etik konulardan uzaklaşmasına neden olduğu görülmektedir (13).

Klinik vizit performansı ile ilgili mevcut literatür sınırlı olmakla birlikte, öğrenenin bu sorumluluk için iyi hazırlanmasının önemli olduğu görülmektedir (14). Klinik vizit süreci hasta yönetim becerileri ve klinik yeterliliğin yanı sıra ekip çalışması, karar verme, liderlik, iletişim, profesyonellik ve durumsal farkındalık gibi karmaşık teknik olmayan becerileri de gerektirmektedir (5,15,16). Bu süreçte öğrenenin izlemi ve değerlendirmesi önemli ve etkili olmasına rağmen izleme ve değerlendirme faaliyetlerinin sıklığının ve kapsamının yetersiz olduğu görülmektedir (17).

Sağlık profesyonellerinin hastane faaliyetlerinin ayrılmaz bir parçası olan hasta devir vizitlerinin, Amerika Birleşik Devletleri'nde yatarak tedavi gören bir hasta için günde ortalama beş kez gerçekleştiği tahmin edilmektedir (2,14). Değişen sağlık sisteminin gereksinimlerini karşılamak için, süreç ve amaçları birbirinden farklı disiplinler arası/multidisipliner, eğitim, konsültasyon gibi farklı tipte vizitler gerçekleştirilmektedir (7,18). Literatür klinik vizitlere ilişkin tek bir tanımın olmadığını hatta aynı klinik içinde aynı tür klinik vizitin farklı şekillerde gerçekleşebileceğini göstermektedir (18, 15). Bu çeşitlilik göz önüne alındığında bir vizit sürecinin gerçekte nasıl yürütülmesi gerektiği ve standardizasyonuna ilişkin karışıklıklar ortaya çıkabilmektedir (18). Karmaşık bir yapıya sahip olan klinik vizitlerde kişilerin teknik ve teknik olmayan becerilerinin doğrulanmış ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilmesi gereksinimlerin belirlenmesinde, vizit güvenliğinin ve kalitesinin artmasında önemli role sahiptir (5,14,19, 20, 21). Sağlık hizmeti sunan tüm meslek gruplarında hasta devir vizitlerinin yaygınlığı göz önüne alınarak güvenli, yüksek kaliteli ve hasta merkezli bakım sağlanmasındaki önemli rolü nedeniyle CanMEDs 2015 çerçevesinde hekimin işbirlikçi rolü için devir vizitlerine yönelik yeterliklerin temel yetkinlikler arasında olduğu görülmektedir (1).

Yanık, dünyada ciddi bir sağlık sorunudur; her yıl yaklaşık 300.000' den fazla insan yanık nedeniyle ölmektedir. Bunun yanı sıra ciddi yanıklara bağlı oluşan sakatlık ve deformateler nedeniyle toplumsal damgalanma ve dışlanma milyonlarca insanın yaşamını trajik şekilde etkilemektedir (22). Yanık hastalarının bakımı ile ilgilenen sağlık profesyonellerinin, yanık yönetimi ve değerlendirilmesinde temel bilgi ve becerilerin öğretilmesinin önemi vurgulanmaktadır (23). Yanık hastalarının

yönetiminde cerrahi alanların eğitimi önemli role sahip olmakla birlikte cerrahi eğitim programlarında yeterince yer almadığı görülmektedir (23,24).

Güvenli ve sürdürülebilir hasta bakımı, tıp eğitimi ve sağlık profesyonellerinin yetkinlikleri kapsamındaki önemli rolüne rağmen ulusal literatürde klinik vizitlere yönelik yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle bu çalışmada çocuk cerrahisi örneği üzerinden klinik ziyaret süreci ve hekimlerin ziyaret yönetim becerilerinin tanımlanmasına odaklanılmıştır.

1.1. Amaç ve Araştırmanın Soruları

Bu çalışmanın amacı, Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde gerçekleştirilen yatak başı (klinik) çocuk cerrahisi doktor ziyaretlerinin sürecini incelemek ve çocuk cerrahisi asistanlarının ziyaret yönetim becerilerini değerlendirmektir. Bu amaçlar doğrultusunda çalışmada aşağıda yer alan araştırma soruları yanıtlanmaya çalışılmıştır:

1. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi yatak başı klinik ekip ziyaretlerinde çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ziyaret yönetim beceri düzeyi nedir?
 - a. Farklı deneyime (çocuk cerrahisi alanında) sahip çocuk cerrahisi asistanların teknik ziyaret yönetim becerileri arasında fark var mı?
 - b. Farklı düzeylerdeki (doktor olarak) çocuk cerrahisi asistanların teknik ziyaret yönetim becerileri arasında fark var mı?
 - c. Cinsiyete göre çocuk cerrahisi asistanların teknik ziyaret yönetim becerileri arasında fark var mı?
2. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi hasta başı klinik ekip ziyaretlerinde çocuk cerrahisi asistanlarının teknik olmayan ziyaret yönetim beceri düzeyi nedir?
 - a. Farklı deneyime (çocuk cerrahisi alanında) sahip çocuk cerrahisi asistanların teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri arasında fark var mı?
 - b. Farklı düzeylerdeki (doktor olarak) çocuk cerrahisi asistanların teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri arasında fark var mı?
 - c. Cinsiyete göre çocuk cerrahisi asistanların teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri arasında fark var mı?
3. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi hasta başı klinik ziyaretler nasıl bir süreçte gerçekleşmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde ziyaret türleri, ziyaret amacı, ziyaret bariyerleri, klinik ziyaretlerin değerlendirilmesi ve klinik ziyaretlerin geliştirilmesi başlıkları altında yapılmış çalışmalar ele alınmıştır.

2.1. Ziyaret Türleri

Ziyaret türleri literatürde; geleneksel ziyaretler, eğitim ziyaretleri, çalışma ziyaretleri ve multidisipliner ziyaretler olmak üzere dört ana başlık çerçevesinde tanımlanmaktadır (18,25).

2.1.1. Geleneksel ziyaretler

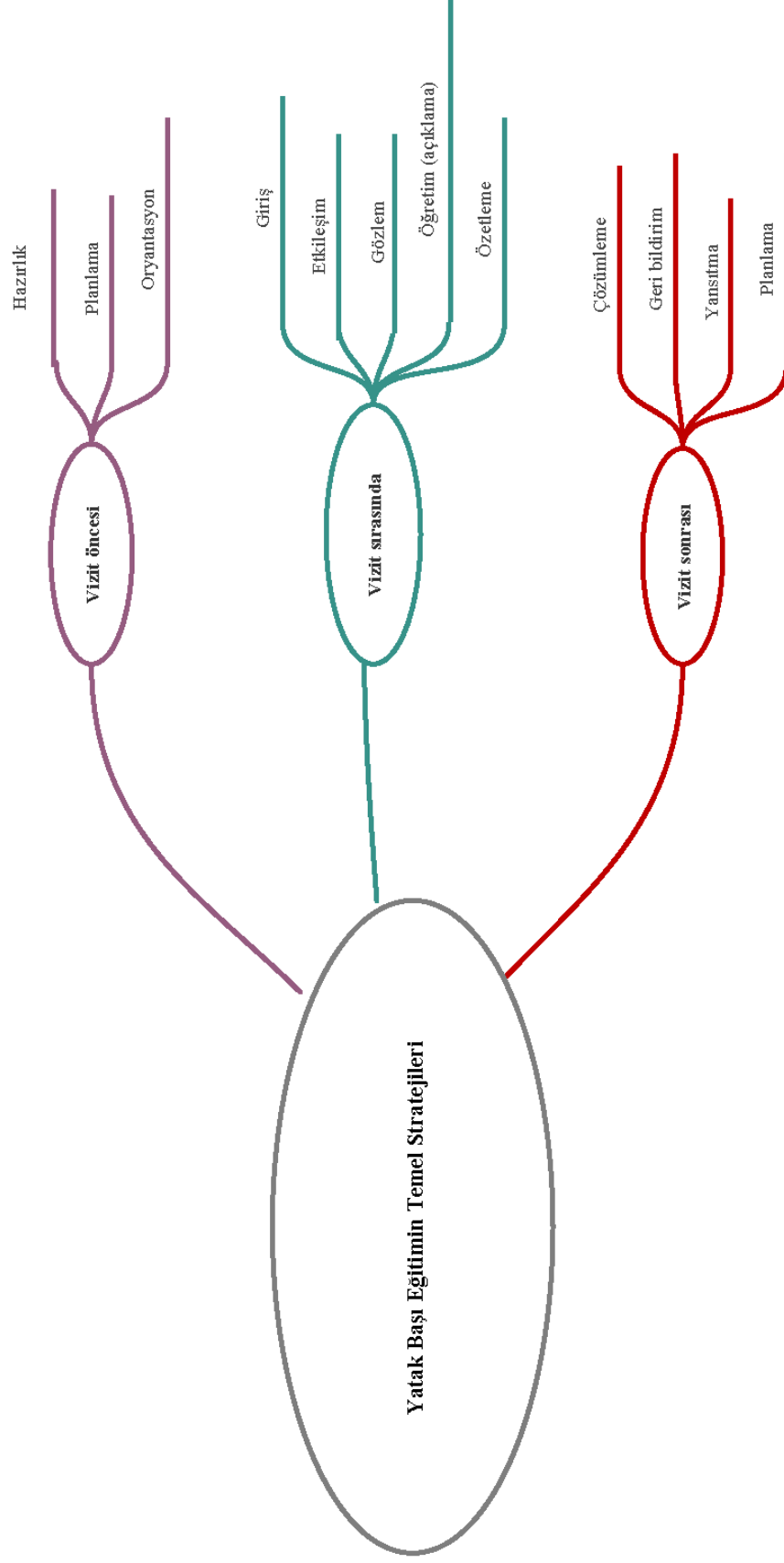
Geleneksel anlamda klinik ziyaretler, uzman doktor yönetiminde yatak başında hastadan sorumlu olan ve süreci paylaşan bir asistan doktorun olduğu bazen ekibin diğer üyelerinin de katıldığı klinik hasta ziyaretleri olarak tasvir edilmektedir (2). Sabah ve akşam hasta bakımı ile ilgili farklı sağlık profesyonellerinin katıldığı asistan doktor tarafından hastanın yaşamsal bulguları, fizik muayenesi, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme sonuçlarının danışmana (uzman doktor) rapor edildiği, tartışıldığı hastanın tedavi ve bakım sürecinin planlandığı yatak başı klinik toplantılar şeklinde gerçekleşmektedir (26,18). Bu ziyaretlerin asıl amacı hastanın tanı, ilerleme ve güncellemelerini, hasta ile ilgili sağlık ekibi üyelerine aktarmaktır (2). Sağlık profesyonelleri arasında gerçekleşen bu bilgi akış süreci hasta güvenliği, iş akışı ve bakım kalitesini iyileştirme açısından önemli role sahiptir (27). Ayrıca hasta ve bakım verenler ile iletişimi kolaylaştırmaya ve öğretime katkı sağlamaktadır (2). Hastanın sosyal yönünün anlaşılmasına çalışıldığı, hikâyesinin dinlendiği, psikolojik ve rehabilitasyon gereksinimlerinin tespit edildiği değerli iletişim alanlarıdır (28). Sağlık profesyonelleri için, tıbbi bilginin yanı sıra iletişim becerileri, ekip çalışması, karar verme, hasta yönetimi becerilerinin kazanıldığı değerli öğretim faaliyetleridir (29).

2.1.2. Eğitim Ziyaretleri

Hastane ve sağlık kurumlarında sağlık profesyonellerine birim sorumlu doktoru tarafından hasta huzurunda gerçekleştirilen öğretim etkinlikleridir (26,18).

“Schwenk ve Whitman” göre William Osler’in “*bir etkinlik içinde hasta olmadan öğretim olmamalı ve en iyi öğretim hastanın kendisi tarafından öğretilen şeydir*” alıntısı hasta başı öğrenmenin ne kadar önemli olduğunu en iyi şekilde vurgulamaktadır (30). Eğitim vizitlerinin, asistanlar ve öğrenciler için anamnez alma, fizik muayene ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi gibi birçok faydası olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca etik, profesyonellik ve hümanizm gibi profesyonel değerleri gösterme ve uygulama fırsatı yakaladıkları öğrenme ortamlarıdır (31). Tıp eğitimindeki önemli rolüne rağmen son yıllarda yatak başı eğitim vizit oranının ve fizik muayene öğretiminin azaldığı görülmektedir (32-35). Yatak başı eğitime ayrılan klinik sürenin oranının 1960’dan 1978’lere gelene kadar %75’den %16’lara kadar düştüğü, bu oranın günümüzde daha düşük olduğu öngörülmektedir (33,96). Crumlish ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada öğretim etkinliklerinin yatak başı vizitlerin %61’inde, fizik muayene oturumlarının %38’inde gerçekleştiğini bulmuşlardır (34). Bununla birlikte yatak başı vizitlerin etkinliğini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Williams ve arkadaşlarının, dördüncü sınıf tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları nitel araştırmada, öğrenciler öğretim vizitlerinin temel klinik becerileri öğrenmek için değerli ortamlar olduğunu ancak yetersiz olduklarına inandıklarını belirtmişlerdir (33). Ramani ve arkadaşlarının yatak başı eğitim yapan ve programlayan eğiticiler ile yaptıkları nitel araştırmada, yatak başı öğretime değer verilmediği, öğretim etkinliklerinin azaldığı ve öğretim vizitleri ile ilgili engellerinin olduğunu tespit etmişlerdir (35).

Etkili bir yatak başı viziti gerçekleştirmek için, sürecin yapılandırılması, vizit öncesi, sırasında ve sonrasında belirli stratejilerinin (Şekil 2.1.) belirlenmesi gerekmektedir (32,36).



Şekil 2.1. Yatak Başı Öğretimin Temel Stratejileri (Ramani, S. (2003)'den uyarlanmıştır) (32)

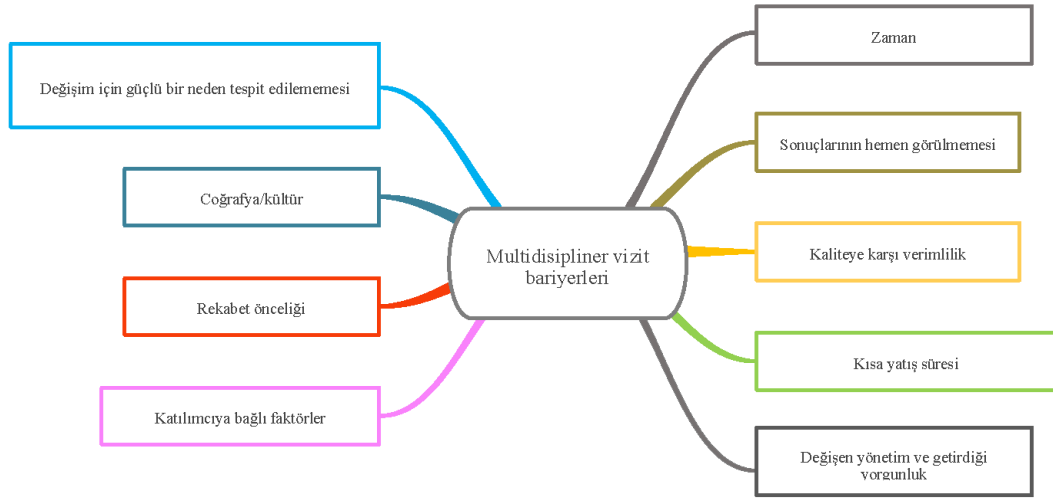
2.1.3. Çalışma Vizitleri

Literatürde çalışma vizitlerine ilişkin sınırlı bilgi olmakla birlikte yapı olarak geleneksel vizitlere benzediği görülmektedir. Geleneksel vizitlerin amacı hasta bakımının planlanması ve öğretim olarak tanımlanırken, çalışma vizitlerinin amacı hasta bakımının planlanması ve gün içerisinde bu planı gözden geçirme olarak tanımlanmaktadır (18,25).

2.1.4. Multidisipliner (Disiplinler-arası) Vizitler

Multidisipliner vizitlerin hasta sonuçlarını iyileştirdiği, ekip üyelerinin güçlü yanlarını ortaya çıkardığı, hataları azalttığı, hizmeti düzenlediği ve mevcut kaynakların etkin kullanılmasına olumlu katkı sağladığı görülmektedir. Bu vizitler yapılandırılmış, verimli ve sağlık profesyonellerinin hiyerarşik bir baskı olmadan fikirlerini beyan ettikleri ortamlardır (25). Bu vizitler sağlık profesyonellerini iletişim ve işbirliğine teşvik etmekte, bu işbirliğinin olumlu etkisi hasta bakım kalitesine yansımaktadır (18,25,37). Halm ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, multidisipliner vizitlerin hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde değerli bir araç olduğu, ekip üyeleri arasında iletişimi iyileştirmeye katkı sağladığı görülmektedir (37). Fertleman ve arkadaşlarının multidisipliner vizitlerin maliyet ve hasta güvenliğine etkisine odaklanarak yaptıkları çalışmada, eczacı katılımı ile gerçekleştirilen multidisipliner vizitlerin maliyet (müdahale sonrası yılda toplam 4975 £ tasarruf) ve hasta güvenliği üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (38). Curley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, multidisipliner vizitlerin geleneksel vizitlere göre hastanede kalış süresi ve maliyet olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir (39). Ayrıca yapılandırılmış multidisipliner vizitlerin istenmeyen olayları azalttığı bildirilmektedir (40).

Multidisipliner vizitlerin gerçekleştirilmesinde çoğu zaman kurum ya da birim bazında bariyerler (Şekil 2.2.) olabilmektedir (25).



Şekil 2.2. Multidisipliner Vizit Bariyerleri (NSW Department of Health (Sydney 2011)' den uyarlanmıştır (25)

Multidisipliner vizitler sağlık profesyonelleri arasında liderlik, karar verme, etik, iletişim gibi teknik olmayan becerileri geliştirmede önemli role sahiptir. Hastaya bakım verenlerin görüşlerine saygı duyulup, değerlendirildiği hasta merkezli bakımın ön plana alındığı bir yapıya sahiptir. Multidisipliner vizit sürecinin etkinliğinin hasta ve personel memnuniyeti, hastanede yatış süresi, sürecin gözlenmesi, taburculuk engellerinin tanımlanması gibi objektif veriler toplanarak uygulama sonrasında değerlendirilmesi gerekmektedir (25).

2.2. Vizitin Amaçları

Vizite başlamadan önce vizitin başlığının yani vizit türünün tanımlanmasının vizitin amacı ve katılımcıların rollerinin belirlenmesinde anahtar nokta olduğu vurgulanmaktadır. Bir vizit aynı başlık altında farklı klinik viziti ifade edebilmektedir. Bu durum vizitin amacı ve kişilerin rollerinde karmaşıklığa neden olabilmektedir (18). Klinik vizitlerin amacının literatürde net bir cevabının olmadığı, özellikle hasta bakımı ve öğretim etkinliklerine vurgu yapıldığı görülmektedir (41). Bu bölümde literatür incelenerek klinik vizitlerin amaçlarına ilişkin genel bilgiler; bilgi toplama, paylaşma ve entegre etme, hastanın durumunun değerlendirilmesi ve gözden geçirilmesi, ayrıcı

tanının konulması, karar verme, hasta ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişim ve öğretim başlıklarında verilmektedir.

2.2.1. Bilgi Toplama, Paylaşma ve Entegre Etme

Klinik vizitler klinisyenler arasında hasta bakımı, yönetimi ve iş akışına ilişkin iletişim temelli bilgi akış süreci olmakla birlikte iletişimin bu sürecin etkili bir şekilde yürütülmesindeki temel engellerden biri olduğu görülmektedir (4,42-44). Manias ve Street tarafından hemşirelerle yürütülen nitel çalışmada, klinik vizitlerde hemşirenin hasta bakımı ve tedavi sürecine ilişkin gözlem ve görüşlerine ancak bilgisayar veri tabanlı sistemdeki bilgileri belgelendirdikleri zaman dikkate alındığı belirtilmektedir (42). Swenne ve Skytt'ın hastalarla yaptıkları nitel araştırmada, klinik vizitlerin hasta ve bakım verenler arasındaki iki yönlü bilgi alışveriş sürecine daha fazla zaman ayrılarak daha etkili hale getirilebileceği vurgulanmaktadır (43). Weber ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, klinik vizitlerde tıbbi bilgi alışverişinin doktorlar arasında %39, hemşireler arasında %25 olduğunu ve hastaların her bir klinik vizitte yaklaşık 20 bit bilgi aldıkları görülmektedir (44).

2.2.2. Hastanın Durumunun Değerlendirilmesi ve Gözden Geçirilmesi

Hasta tanı, tedavisinin izlenmesi ve yatış süreci boyunca ilerlemesinin gözden geçilmesi vizitlerin amaçları arasında yer almaktadır (4,45). Bu sürecin tanıyı şekillendirme ve gözden geçirme sürecinin "*klirik akıl yürütme*" gibi üst düzey bilişsel faaliyetlerle desteklenmesi gerekmektedir (45,46).

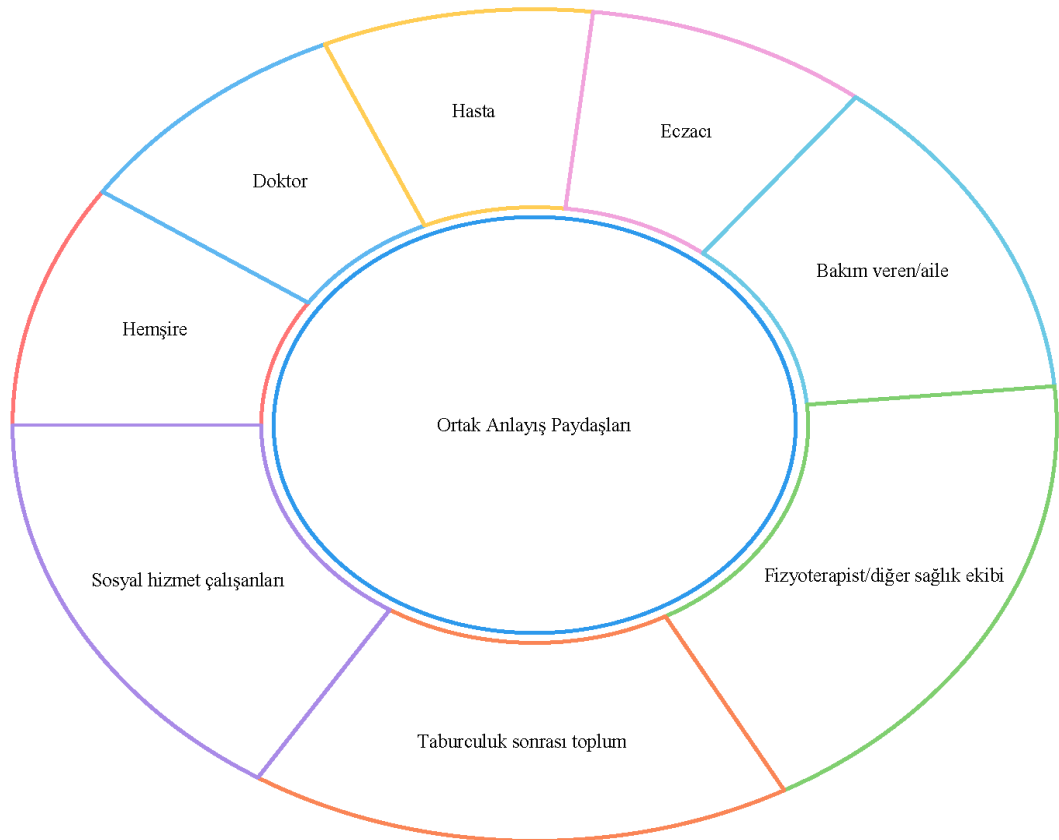
2.2.3. Ayırıcı Tanının Konulması

Hastanın teşhis, tedavi ve prognozu göz önüne alınarak tanının tartışıldığı ve ayırıcı tanının ortaya konduğu klinisyenlerin hasta başı toplantı ortamlarıdır (41,45,46).

2.2.4. Karar Verme

Klinik vizitler tartışan, tartıştıran sağlık profesyonellerinin bir araya gelerek hasta hakkında nihai karar verdikleri müzakerelerdir (3,41,45,46). Karar verme sürecinde hasta ve bakım verenlerin ortak kararlar alınırken bu sürece dahil edilmeleri

gerekmektedir. Hastanın durumu incelendikten sonra, hastanın sorunları ve durumunu iyileştirmek için planlanan ve karar verilen eylemler için sağlık ekibi üyeleri arasında ortak bir anlayış olması gerekmektedir (Şekil 2.3) (45). Grol ve arkadaşları, Schmidt (1984)'in bilişsel- psikolojik yaklaşımını gerekçe göstererek, klinisyenlerin rasyonel olarak davranmadıklarını, sağlık sorununu teşhis ettiklerinde hastalarla olan önceki deneyimleri ve bağlamsal bilgileri temelinde karar verdiklerini belirtmektedir (47). Ancak sağlık ekibi üyeleri bazen bir insanın yaşamı ve ölümüne ilişkin kararların verildiği karmaşık ortamlarda hatalar yapabilmekte ya da verilen kararların herhangi bir yönü (bakım, hata, standart altı işler/işleyiş) hakkında konuşmamayı tercih edebilmektedir (45, 48). Hastanın sorunlarını tanımlamak ve durumunu iyileştirmek için planlanan eylemlerde ortak paydaşlar Şekil 2.3.'te verilmiştir.



Şekil 2.3. Ortak Anlayış Paydaşları (Caldwell G. (2013))' den uyarlanmıştır (45)

2.2.5. Hasta ve Diğer Sağlık Ekibi Üyeleri İle İletişim

Klinik ziyaret sürecinde bilgilerin açık ve net bir şekilde aktarılabilmesi, ekip üyelerinin diğer ekip üyeleriyle açık, özlü ve net bir şekilde konuşma ve bilgilerin diğer kişiler tarafından özümsemesi ve kabul görmesi gerekmektedir (48). Klinik ziyaretler sağlık profesyonelleri arasında iyi çalışma ilişkilerinin geliştirilmesinin ve iletişim kanallarını güçlendirmesinin yanı sıra bir ekip kültürü geliştirir. Ziyette bulunmayan profesyonellere iletilmesi gereken eylemleri ve bilgileri içermektedir (49). Yapılan araştırmalar, iletişimin klinik ziyaret sürecinin etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesinde önemli bir bariyer olduğunu göstermektedir (42,43,44,50). Ekibin tüm üyelerinin sözlü veya yazılı hasta teslimlerini, iletişim için yapılandırılmış rehberler aracılığıyla gerçekleştirmesi ve klinik ziyaretlerde bu yaklaşımı benimsemeleri önerilmektedir (49,51).

2.2.6. Eğitim

Klinik öğrenme, sağlık profesyonellerinin kabul edilebilir hasta bakımı sağlamaları için temel bilişsel, psikomotor ve klinik bilgi ve becerilerin klinik eğitici, öğrenen ve hasta etkileşimi ile öğretilmesi ve entegre edilmesidir (33,34,13,52). Öğrenciler, katılan tüm sağlık ekibi üyeleri ve hatta hasta da dahil olmak üzere herkese zengin eğitim fırsatları sunmaktadır (11). Ancak klinik eğitimcilerin ağır iş yükü, motivasyon eksiklikleri, zaman, eğitimcinin deneyimsizliği, etik, karmaşık klinik ortam, hastanede öngörülmeyen olaylar gibi nedenlerden kaynaklı yatak başı öğretim faaliyetlerinin azaldığı görülmektedir (11,52,53). Stickrath ve arkadaşlarının yaptığı gözlemsel çalışmada, klinik ziyaretlerin fizik muayene becerilerini (%14,6) ve kanıta dayalı tıp konularını (%7,2) içerdiği görülmektedir (53). Temel klinik becerilerin öğretilmesinin yanı sıra yatak başı öğretim hekimin etik, empati gibi profesyonel değerleri kazanması ve en önemlisi şefkatli ve insani bir yaklaşım oluşturmaya katkı sağlamaktadır (13).

2.3. Ziyet Bariyerleri

Çalışma alanlarındaki birçok zorluk ve engel sağlık profesyonellerinin koordineli işbirliği içerisinde ziyaret sürecini yürütmesini etkileyebilmektedir. Ziyet

bariyerleri; sistemsel sorunlar (kurum kültürü, kaynak, teknoloji, hiyerarşi), zaman, eğitim eksikliği, eksik bilgi aktarımı, iletişim, eğiticinin kaygıları, öğrenenin motivasyon eksikliği, hasta başı olmasının beraberinde getirdiği etik sorunlar şeklinde kategorize edilmektedir (2,42,43,49,52,54). Yapılan nitel araştırmalarda eğiticinin zaman ve sistemsel, sağlık ekibi üyelerinin ise daha çok iletişim ve işbirlikçi yaklaşım eksikliğine bağlı engellerle karşılaştıkları belirtilmektedir. Hastane kaynakları, teknoloji, etik konular (hasta bilgilerinin mahremiyeti gibi), fiziksel koşullar, hiyerarşi ve konuşmama bu engellere neden olan alt faktörler olarak vurgulanmaktadır (42,54).

2.4. Klinik Vizitlerin Değerlendirilmesi

Klinik vizitlerde kalite, hasta deneyimi ve hasta güvenliğine öncelik verilmesi gerekmektedir. Hastane gibi karmaşık bir ortamda hatalar daha olasıdır. Bununla birlikte eksiklikleri ve hataları tanımlamak için insan faktörü göz önüne alınarak sistematik yaklaşım kullanılması önemli role sahiptir. Yapılandırılmış değerlendirme yöntemlerinin kullanılması; klinik öğrenmenin yapılandırılması, hasta güvenliğinin sağlanması, sonuçlarının iyileştirilmesi ve sürecin temel bileşenlerinin ekip tarafından göz ardı edilmemesinde önemli role sahiptir (5,19,27,49,51,55-57). Sürecin değerlendirilmesine yönelik çeşitli kontrol listeleri (Tablo 2.1.) kullanılabilir.

Tablo 2.1. Vizit sürecini değerlendirmeye yönelik kontrol listeleri

Klinik Vizit Değerlendirme Araçları	Kapsamı	Geliştiren
Klinik Vizit Tıbbi Performans Kontrol Listesi	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta Güvenliği • Bütüncül Bakım • Hasta Etkileşimi • Takım Çalışması • Dokümantasyon (hasta bilgileri) 	Soong ve ark., 2012 (51)
Konsültan Klinik Vizit Kontrol Listesi	<ul style="list-style-type: none"> • Vizit yönetim becerileri (enfeksiyon kontrol, medikal tedavi, kayıt vb.) • İletişim • Etkileşim 	Mansell ve ark.,2012 (19)
Güvenilir Profesyonel Faaliyet Gözlem Kontrol Listesi	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ile iletişim • Ekip ile iletişim ve liderlik becerileri • Tanı ve tedavi süreci planlanması • Empati • Zor durum, hataların yönetimi ve liderlik özellikleri • Profesyonellik • Öz-yönetim • Organizasyon becerileri • Öğrenme ve öğretme etkinlikleri 	Schmelter ve ark., 2018 (55)
Cerrahi Klinik Vizit Değerlendirme Kontrol Listesi (SWAT)	<ul style="list-style-type: none"> • Vizit yönetim becerileri (beslenme, ayırıcı tanı, tedavi planı, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları vb.) • Teknik olmayan beceriler (karar verme, durumsal farkındalık, liderlik, profesyonelizm, ekip çalışması, iletişim) 	Ahmed ve ark.,2015 (5)
Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Başlı Vizit Kontrol Listesi SIBAR	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta bakım ve tedavi (sıvı resüsitasyonu, ağrı, kilo takibi vb.) • Durum • Açıklama (hasta bilgileri) • Değerlendirme • Öneriler 	Leung ve ark., 2017 (56)
Cerrahi Klinik Vizit Değerlendirme Kontrol Listesi	<ul style="list-style-type: none"> • Yatak başlı konsültasyon ilkeleri • Hasta güvenliği • Tedavi • Plan • Etkileşim/iletişim (hemşire/hasta/ilgili sağlık ekibi üyeleri) 	Chow ve ark., 2019 (27)
		Pitcher ve ark. 2016 (20)

Yapılandırılmış kontrol listelerinin yanı sıra istenmeyen olay analizleri, yatış süresi, maliyet gibi objektif veri analizleri, gözlem ve geri bildirim yöntemleri kullanılarak klinik ziyaret sürecinin analizi ve değerlendirilmesi yapılabilmektedir (2,35,45).

2.5. Klinik Ziyaretlerin Geliştirilmesi

Klinik ziyaret sürecinin karmaşıklığı ve hasta bakımındaki rolüne rağmen kurumsal eğitim ve değerlendirmeden ziyade deneyim ve gözlem yoluyla öğrenilen bir süreç olmaya devam etmektedir (4). Bu sürecin öğrenen ve hasta güvenliği açısından geliştirilmesine yönelik birçok çalışmada yer alan öneriler aşağıda listelenmiştir:

- Simülasyon tabanlı eğitim modelleri klinik ziyaret yönetimi ve teknik olmayan becerilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir (57-60).
- Klinik devir teslimlerinde kalite geliştirmek amacıyla öğrenen için eğitim hedefleri ve öğretim yöntemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir (1).
- Klinik devir teslim sürecinin analiz ve değerlendirmesinin yapılması, devir teslimlerinin etkinliği ve güvenliğini sağlamada önemli role sahiptir (1).
- Eğitim ziyaretlerine kanıta dayalı tıp uygulamaların dahil edilmesinin, öğrenenin bağımsız düşünme ve iletişim becerilerini geliştirmeye katkı sağlayabilmektedir (31).
- Sağlık profesyonellerinin multidisipliner şekilde hasta/bakım veren perspektifinden yapılandırılmış bir yaklaşım benimsemeleri önemlidir (61).
- Öğrenciler için gözlem dışında kendi başlarına klinik ziyaret yürütmeye geçişi kolaylaştıracak eğitim programlarının tasarlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir (29).
- Genç doktorlar liderliğinde yapılan klinik ziyaretlerin desteklenmesi, geri bildirimler verilmesi performans üzerine olumlu katkı sağlayabilmektedir (62).
- Klinik ziyaret öğretimine daha fazla önem verilmesi, engellerin tanımlanması ve çözüm yöntemlerinin üretilmesi önerilmektedir (52).
- İletişim becerileri, takım çalışması, ekip ve hasta ile etkileşiminin geliştirilmesi önemli görülmektedir (1,2,5,53, 61).

2.6. Bölüm Özeti

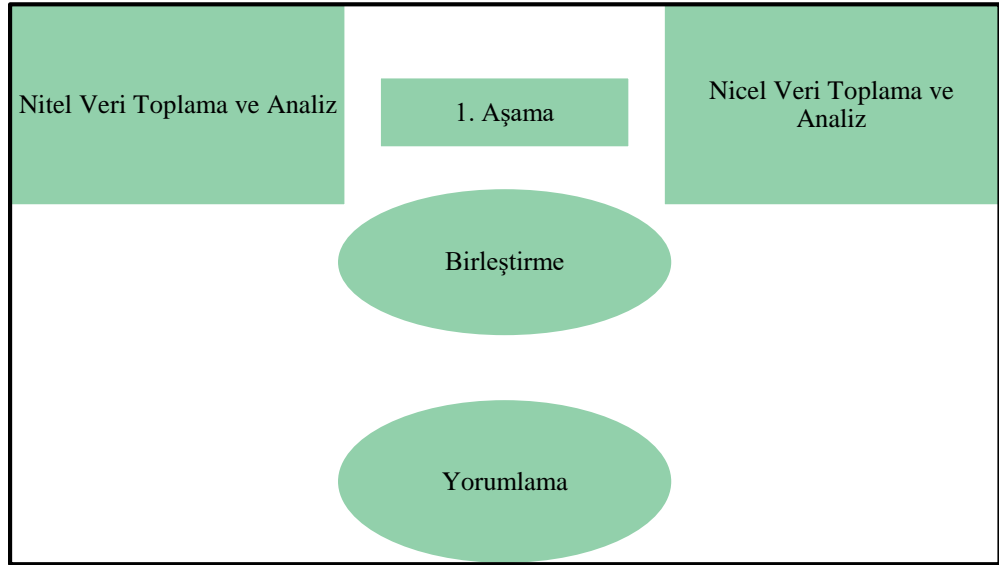
Literatür incelendiğinde klinik vizitlerin birbirinin içine geçmiş bir yapı sergilediği, vizitlerin içeriğinin ve amacının belirlenmesi açısından vizit türünün önemli role sahip olduğu görülmektedir. Etkili ve verimli klinik vizit süreci yönetiminde kişilerin performansının yanı sıra karar verme, ekip çalışması, profesyonellik, durumsal farkındalık ve iletişim gibi profesyonel teknik olmayan beceri ve değerlere sahip olması gerekmektedir. Sistemsel (kurum kültürü, hiyerarşi vb.), kişisel (eğitici ve öğrenene bağlı faktörler, iletişim vb.) ve etik (hasta mahremiyeti) faktörler vizitin niteliği üzerinde önemli engeller oluşturmaktadır. Standart bilgi aktarım sürecinin oluşturulması ve hataların tanımlanması açısından yapılandırılmış ölçüm araçları veya objektif verilerle sürecin değerlendirilmesi klinik vizit sürecinin yapılandırılması ve geliştirilmesi açısından önemli role sahiptir. Usta çırak ilişkisi ile kazanılan deneyimsel bir süreç olmasının ötesinde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ile desteklenmesi önemli görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin vizit sürecine hastayı dahil etmeleri ve bu süreçte insani, şefkatli, empatik ve destekleyici bir tutuma sahip olmaları gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı türde tasarlanmış olup, karma yöntem kullanılmıştır. Karma araştırma yöntemi araştırmacının, araştırma problemlerini daha iyi anlamak için hem nicel (istatistiksel eğilimleri) hem de nitel (kişisel deneyimleri) topladığı iki veri setini bir araya getirip bütünleştirdiği ve bu veri setinin avantajlarını kullanarak sonuçlar çıkardığı, sağlık, sosyal ve davranış bilimleri alanlarında kullanılan araştırma yöntemi olarak tanımlanmaktadır (63). Aynı zamanda karma yöntem araştırmaları, genişlik ve derinlik anlayışını aynı çalışmada birleştirerek nicel ve nitel yöntemlerin güçlü yönlerinden faydalanmayı sağlayan yenilikçi bir yöntemdir. Karmaşık sağlık hizmetleri fenomenlerini daha iyi anlamaya katkı sağlayarak, sağlık hizmetlerinin anlayışını geniş bir çerçevede sunmaktadır (64,65).

Çalışmada karma araştırma deseni olarak çeşitleme (birleştirme) deseni kullanılmıştır (66). Çalışmada kullanılan desen Şekil 3.1.'de açıklanmıştır.



Şekil 3.1. Çalışmada kullanılan karma araştırma deseni

3.2. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Cerrahisi Bölümü kapsamında yataklı hizmet veren Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Hastane 1972 yılında SSK Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı çocuk hastalıkları kliniği olarak hizmet vermeye başlamış, 1995 yılında SSK Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi olarak kurulmuştur. 2009 yılında Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını alan hastane, halen 13 tıbbi birim (klinik, servis, ünite ve yoğun bakım) ve 32 poliklinik ile sağlık hizmeti sunmaktadır (67). Araştırmanın yürütüldüğü merkez, Türkiye'deki tek pediatrik yanık referans merkezidir. Merkez, 2009-2013 yıllarında 0-18 yaşları arasında 442 çocuk hastaya hizmet sunmuştur (68). On yatak kapasiteli bu merkezde aylık rotasyonlar şeklinde çalışan 12 çocuk cerrahisi asistanı, 4 çocuk cerrahisi uzmanı, 2 doçent, bir profesör, bir klinik sorumlu hemşiresi, 18 yanık yoğun bakım hemşiresi, 2 yanık ameliyathane hemşiresi, haftalık rotasyonlar şeklinde çalışan 6 anestezi doktoru ve aylık rotasyonlar şeklinde çalışan 11 anestezi teknisyeni bulunmaktadır. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi, 8 yataklı büyük hasta salonu, birbirinden bağımsız 2 odanın bulunduğu negatif basınçlı izole salondan oluşmaktadır. Büyük hasta salonunda camlı bölme ile ayrılmış 1 izole ve perdelerle ayrılmış 7 hasta yatağı bulunmaktadır. Ünitenin içinde hasta pansuman ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tek odalı bir ameliyathanesi bulunmaktadır.

3.3. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nin çocuk cerrahisi bölümünde görev yapan çocuk cerrahisi asistan doktorları ve öğretim görevlileri oluşturmuştur. Çalışma, iki alt çalışma grubu ile yürütülmüştür. Yatak başı vizit sürecine yönelik gözlemlerin yapılacağı ilk çalışma grubunu, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nin çocuk cerrahisi bölümünde görev yapan çocuk cerrahisi asistan doktorları oluşturmuştur. Çocuk cerrahisi bölümünde gözlemlerin yapılmaya başlandığı 5/01/2019 tarihi itibarıyla toplam 12 çocuk cerrahisi asistanı çalışmaktadır. Çocuk cerrahisi bölümünde çalışan asistanlar,

bölüm kapsamında hizmet veren birimlerdeki (ameliyathane, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Çocuk Cerrahisi Polikliniği, Çocuk Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi ve Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi) iş durumuna göre haftalık veya aylık rotasyonlar şeklinde görev yapmaktadır. Rotasyon döneminde, en az 6 ay deneyime sahip iki çocuk cerrahisi asistanı yanık yoğun bakım ünitesinde görev yapmaktadır. Gece nöbetlerinde en az 2 çocuk cerrahisi asistanı yanık yoğun bakım ünitesinin yanı sıra çocuk cerrahisi bölümü kapsamında hizmet veren birimlerde ve hastanenin diğer birimlerinde (acil servis, yeni doğan vb.) konsültan doktor olarak hizmet vermektedir. İlk çalışma grubuyla, çocuk yanık yoğun bakım ünitesinde çalışan çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim becerilerinin tanımlanması amacıyla gözlemler yapılmıştır. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde çocuk cerrahisi deneyimi 6 ay ve üzeri olan, araştırmaya katılmaya gönüllü 8 çocuk cerrahisi asistanı ile gözlem yapılmıştır.

Araştırmanın ikinci çalışma grubunu çocuk cerrahisi uzmanlık eğitiminde görev alan eğiticiler oluşturmaktadır. Bu grubu Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Cerrahisi Bölümü'nde çalışan iki çocuk cerrahisi uzmanı, iki çocuk cerrahisi doçenti ve iki çocuk cerrahisi profesörü (öğretim üyesi) oluşturmuştur. İkinci çalışma grubunun belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan amaçlı örneklemin özü, sınırlı kaynağın etkin kullanımını en üst düzeye çıkarmak için bilgi ve deneyim açısından zengin durumların seçimidir (63,64). Bu tanım doğrultusunda sadece çocuk yanık hastalarına özgü bakım veren Çocuk Yanık Yoğun Bakım ve çocuk cerrahisi alanında yatak başı klinik vizitlere rutin olarak katılan, vizit sürecine ilişkin zengin deneyimler ve özgün bilgiler paylaşabilecek çocuk cerrahisi uzmanları ile görüşme yapılmıştır. İkinci çalışma grubuyla, vizit sürecine ilişkin bilgi toplanması ve vizit sürecinin tanımlanması gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, Yatak Başı Teknik Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu, Yatak Başı Teknik Olmayan Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu, Yatak Başı Vizit Özellikleri Tanılama Formu, Araştırmacı Günlüğü, Görüşme Formu ve Katılımcı Tanıtıcı Bilgileri Formu kullanılmıştır. Kullanılan veri toplama araçlarının geliştirilme sürecine ilişkin ayrıntılı bilgiler aşağıda paylaşılmıştır:

Yatak Başı Teknik Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu: Araştırmacının deneyimleri ve ilgili literatüre dayanarak (4,5,14) oluşturulan, Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi yatak başı teknik vizit yönetim becerilerini kapsayan form 14 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Formun iki, üç, altı ve onuncu değerlendirme basamaklarında kapsanan durumun farklı varyasyonları olabileceği için a, b ve c şeklinde farklı alt değerlendirme basamakları bulunmaktadır. Asistanlar her bir değerlendirme kriterinden sadece tek bir puan almıştır. Formun 13. değerlendirme basamağı sadece var olan durumun (taburculuk planı) olması durumunda değerlendirilmiş olup puanlama taburculuk planı olmadığı durumlarda toplam ana önerme sayısı 13 değerlendirme basamağı üzerinden değerlendirmiştir (Bkz. EK 1). Her bir değerlendirme basamağı için ölçütler formda belirtilmiştir. Değerlendirme basamakları üçlü dereceli bir ölçek (yetersiz, kısmen yeterli ve yeterli) ile değerlendirilmiştir. Nesnel bir değerlendirme yapılabilmesi amacıyla form için puanlama cetveli oluşturulmuştur (Bkz. EK 2). Oluşturulan form için, 2 tıp eğitimi ve 1 ölçme değerlendirme uzmanı, 5 çocuk ve erişkin yanık deneyimi olan çocuk cerrahisi ve genel cerrahi uzmanından görüş alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı tarafından yapılan gözlemlerin doğruluğunu ve güvenilirliğini belirlemek için, araştırma gözlemleri dışında 33 yatak başı hasta viziti araştırmacı ve ikinci bir gözlemci tarafından eş zamanlı olarak yapılmıştır. Gözlemlere başlamadan önce gözlemciler arası uzlaşmayı sağlamak amacıyla her iki gözlemci birlikte bir toplantı yapmış, değerlendirme kriterleri ve puanlama cetveli üzerine tartışarak uzlaşma sağlanmıştır. Değişkenlik kaynağının puanlayıcılarda olabileceği göz önüne alınarak puanlayıcıların verdiği puanların güvenilirliğini kestirmede genellenebilirlik kuramı kullanılmıştır. Genellenebilirlik kuramı; tek bir hata kaynağı yerine pek çok hata kaynağını aynı anda ele alması yönüyle puanlayıcıların verdiği puanların güvenilirliğini kestirmede diğer yöntemlere göre daha avantajlı olarak görülmektedir (69). Eş zamanlı yapılan gözlemler sonucunda, genellenebilirlik kuramına göre, gözlemler sonucunda elde edilen puanların güvenilirlik katsayısı 0,72 olarak bulunmuştur. Özetleyici değerlendirmelerde güvenilirlik katsayısının 0,70-0,79 aralığında olması beklenebilmektedir (70,71).

Yatak Başı Teknik Olmayan Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu: Önceki deneyimlere ve ilgili literatür dayanarak (5,16,72,73,74); iletişim, karar verme,

durumsal farkındalık, takım çalışması ve profesyonellik gibi teknik olmayan vizit yönetim becerilerini kapsayan 12 değerlendirme basamağından oluşmaktadır. Formun birinci değerlendirme kriterlerinde var olan durumun farklı varyasyonları olabileceğı için a ve b şeklinde farklı alt değerlendirme basamakları içermektedir. Asistanlar her bir değerlendirme kriterinden sadece tek bir puan almıştır. Her bir değerlendirme basmağı için ölçütler formda belirtilmiştir (Bkz. EK 3). Değerlendirme ölçütlerini üçlü derecelmeli bir ölçek (yetersiz, kısmen yeterli ve yeterli) ile değerlendirilmiştir. Nesnel bir değerlendirme yapılabilmesi amacıyla form için puanlama cetveli oluşturulmuştur (Bkz. EK 4). Oluşturulan form için, 2 tıp eğitimi ve 1 ölçme değerlendirme uzmanı, 5 çocuk ve erişkin yanık deneyimi olan çocuk cerrahisi ve genel cerrahi uzmanından görüş alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce yapılan gözlemlerin doğruluğunu ve güvenilirliğini belirlemek için, araştırma gözlemleri dışında 23 yatak başı hasta viziti araştırmacı ve ikinci bir gözlemci tarafından eş zamanlı olarak yapılmıştır. Gözlemlere başlamadan önce gözlemciler arası uzlaşmayı sağlamak amacıyla her iki gözlemci toplantı yapmış, değerlendirme kriterleri ve puanlama cetveli üzerine tartışarak uzlaşma sağlanmıştır. Değişkenlik kaynağının puanlayıcılarda olabileceğı göz önüne alınarak puanlıyıcıların verdiği puanların güvenilirliğini kestirmede genellenebilirlik kuramı kullanılmıştır. Eş zamanlı yapılan gözlemler sonucunda, genellenebilirlik kuramına göre; formun güvenilirlik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur.

Yatak Başı Klinik Vizit Özellikleri Tanılama Formu: Önceki deneyimlere ve ilgili literatüre dayanarak (75, 76, 77), vizit başlangıç süresi, vizit sonlanma saati, vizite katılan sağlık ekibi üyeleri, vizit türü gibi klinik hasta başı vizitlerin özelliklerini tanımlayan form 9 ölçütten oluşmaktadır (Bkz. EK 5). Oluşturulan form için 2 tıp eğitimi ve 1 ölçme değerlendirme uzmanı, 5 çocuk ve erişkin yanık deneyimi olan çocuk cerrahisi ve genel cerrahi uzmanından görüş alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Her yatak başı klinik vizit için form araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Vizit Süreci Araştırmacı Günlüğü: Vizit süreci ve aşamalarına ilişkin araştırmacının gözlemlerini yansıtmak için hazırlanan form vizit öncesi, sırası ve sonrası gözlemlerini yazılı olarak kayıt aldığı bölümleri içermektedir (Bkz. EK 6.). Vizit sürecinde rutin işleyiş dışında farklı durumlar araştırmacı (NÇ) tarafından yazılı

olarak kayıt edilmiştir. Elde edilen veriler tartışma kısmının rasyonel bir bakış açısı çerçevesinde zenginleştirmede kullanılmıştır.

Görüşme formu: bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; çocuk cerrahisi eğiticilerinin sosyodemografik özelliklerini, mesleki deneyimlerini ve çalışma konusuna ilişkin deneyimlerine ilişkin 6 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm; 8 yarı yapılandırılmış görüşme sorusundan oluşmaktadır (Bkz. EK 7).

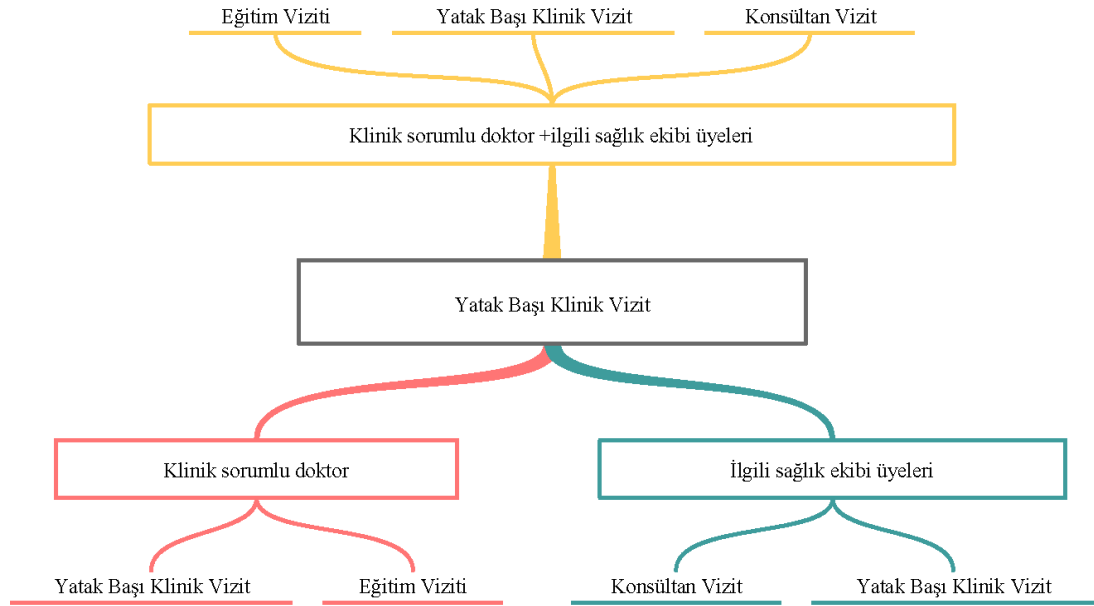
Katılımcı Tanımlayıcı Bilgiler Formu: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, mesleki deneyimlerini ve çalışma konusuna ilişkin deneyimlerini belirlemek amacıyla hazırlanan form 5 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK 8).

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Gözlemsel Veriler

Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatak başı vizitler sağlık profesyonellerine hasta devri, eğitim, tedavi/bakım planının yapılması, değerlendirilmesi ve güncellenmesi, klinik iş planlanması amacıyla hafta içi sabah ve öğleden sonra olmak üzere günde iki kez rutin olarak gerçekleşmektedir. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde her gün sabah ve öğleden sonra düzenli olarak gerçekleştirilen, en az bir uzman çocuk cerrahisi doktorunun katıldığı yatak başı vizitler araştırmaya dahil edilmiştir. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi yatak başı klinik vizitlerine katılan kişilerin unvanı ve başka birimde çalışan sağlık profesyonelinin katılımına bağlı iç içe geçmiş bir yapı gösterebilmektedir (Şekil 3.2.). Klinik vizitlere klinik eğitim sorumlusu cerrahin katılımıyla yapılandırılmış eğitim faaliyetleri gerçekleşiyor ise klinik ve eğitim viziti, başka birimden doktor katıldığında klinik ve konsültan eğer klinik eğitim sorumlusu cerrahin katılımıyla yapılandırılmış eğitim faaliyetleri gerçekleşiyor klinik, konsültan ve eğitim viziti başlığı altında gerçekleşebilmektedir. Klinik vizitlere katılan kişilerin unvanı ve başka birimde çalışan sağlık profesyonelinin katılımına bağlı olarak türü değişkenlik gösterse bile vizitin ana başlığı yatak başı klinik vizit olduğu için eğitim ve konsültan vizitleri gözleme dahil edilmiştir. Başka kurum ya da bölüm rotasyon doktorları (pediatri, genel cerrahi), tıp fakültesi öğrencileri belirli zamanlarda hasta başı klinik vizitlere katılmaktadır.

Hafta sonu nöbetçi çocuk cerrahisi uzmanı ya da klinik sorumlu cerrahı tarafından bir kez gerçekleştirilen klinik vizitlerin zamanının belirli olmamasından dolayı bu vizitler gözlem dışında bırakılmıştır.



Şekil 3.2. Çocuk yanık yoğun bakım ünitesi yatak başı klinik vizit yapısı

Sabah klinik vizit sunumu klinik işleyiş (pansuman, hasta yoğunluğu), vizit türü ve vizite katılan kişiler (klinik sorumlu doktor, uzman doktor sayısı) gibi durumlara bağlı olarak Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde rotasyon yapan asistanlardan biri tarafından yapılmaktadır. Hastalık gibi özel durumlarda gece nöbetçi asistanların arasından deneyimli olan tarafından yapılmaktadır. Öğleden sonra vizit sunumları sabah vizitlerinde belirtilen ölçütler doğrultusunda aynı süreç ile gerçekleşmektedir.

Gözlemlere başlamadan önce uygulanabilirliğini ve etkinliğini (gözlem yeri vb.) artırmak için ilgili birimlerde çalışan klinik sorumlu doktorunun, klinik sorumlu hemşiresinin ve üniteye çalışan sağlık ekibinin önerileri alınmıştır. Ana gözlemlere başlamadan önce araştırmacı tarafından asistanların dikkatini en az dağıtacak konunun neresi olacağı ve değerlendirme formlarının vizit sırasında değerlendirmeye uygun olup olmadığını anlamak amacıyla pilot vizit gözlemi yapılmıştır.

Gözlemler, 28/05/2019- 31/07/2019 tarihleri arasında Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde klinik yatak başı vizitlere başlamadan önceki hazırlık aşamasından,

vizit sonrası sağlık ekibin değerlendirmelerini kapsayan sũre içerisinde, araştırmacı (N) tarafından hafta içi sabah ve oğleden sonra yatak başı vizitlerde gerçekleştirilmiştir. Her bir ocuk cerrahisi asistanı için en az 2 yatak başı klinik vizit gözlemi yapılmış ve klinik vizit değerlendirme formları yatan her hasta için ayrı ayrı doldurulmuştur. Her hastaya ayrılan vizit sũresi farklılık gösterebildiği için araştırmacı klinik vizit öncesi yapılan asistan vizitleri ve hemşire devir teslimlerine katılmış hastaların tedavi, bakım ve gereksinimleri hakkında genel ereve oluşturulmuştur. Bu uygulama ile çok kısa sũrede gerçekleştirilen hasta vizitlerinde hızlı değerlendirme yapılmasına katkı sağlanmıştır. Araştırmacı vizit sũresi çok kısa olan hastalarda, asistanların vizit sırasında teknik ve teknik olmayan vizit yönetim becerilerini, hastaya ayrılan vizit sũresini not alarak vizit sũreci tamamlandıktan sonra değerlendirme formlarını doldurmuştur. Gözlemler her hastanın yatak başında yapılmış, vizit sırasında değerlendirme formları oluşturulan puanlama cetveli doğrultusunda doldurulmuştur.

Ayrıca vizit sũreci ve aşamalarına ilişkin araştırmacının gözlemlerini yansıtma amacıyla vizit sonunda yazılı araştırmacı gnlũęũ tutulmuştur. Bu gnlũęũ rutin klinik vizit sũreci işleyişi dışında farklılıklar yazılmıştır. Bu sebepten dolayı araştırmacının farklı grdũęũ durumlar için yazılı kayıt alınmıştır.

3.5.2. Görüşme Verileri

Görüşmeler, hazırlanan değerlendirme formlarının kapsam/içerik geçerliliğini sağlanması ve yatak başı klinik ekip vizit sũrecine ilişkin veriler toplanması amacıyla gözlemler yapılmadan önce gerçekleştirilmiştir.

Yarı Yapılandırılmış Görüşmeler

Görüşmeler Nisan ve Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşme zamanları ve yerleri ocuk cerrahisi uzmanlarının uygunluk durumuna göre planlanmıştır. Görüşmeler, eğiticilerin odasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sırasında sadece araştırmacı ve eğitici bulunmuş, görüşmelerin sessiz bir ortamda gerçekleştirilebilmesi için gerekli önlemler alınmıştır. Hazırlanan görüşme sorularının uygunluęũ ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla yanık konusunda deneyimli

iki genel cerrahi uzman doktorunun görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda görüşme sorularında değişikliğe gerek görülmemiştir.

Görüşme süreleri 29-60 dakika arasında değişmiştir. Görüşmeler araştırmacı (NÇ) tarafından “yüz yüze” yapılmış ve görüşmelerde ses kaydı alınmıştır. Araştırmacı görüşme sırasında ve sonrasında notlar almıştır. Araştırmacı görüşmeler başlamadan önce Niteliksel Araştırma Yöntemleri Kursu’na katılmıştır (Bkz. EK 9)

3.6. Araştırma Verilerinin Analizi

3.6.1. Nicel Verilerin Analizi

Gözlemler sonucunda toplanan verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 istatistik programı ve Microsoft® Excel Elektronik dosya aracılığı ile yapılmıştır. Asistanların ilişkin demografik bilgiler ve ziyaret özellikleri betimsel sayı, yüzde, frekans olarak sunulmuştur. Asistanların yatak başı teknik ve teknik olmayan beceri değerlendirme basamaklarına ilişkin değerlendirmeler sayı, yüzde ve ortalama olarak özetlenmiştir. Asistanların her yatak başı hasta ziyaretinde, ziyaret yönetim ve teknik olmayan beceri puanlarının toplamı bulunmuştur. Toplam puanlar her iki formun önerme sayısına bölünerek yatak başı ziyaret, teknik olmayan ve ziyaret yönetim genel puan ortalaması bulunmuştur. Her asistanın gözlemlerden (1. ve 2. gözlem) aldığı puan ortalamaları toplanarak toplam yatak başı ziyaret sayısına bölünerek asistanların genel teknik olmayan ve ziyaret yönetim puanları bulunmuştur. Ziyaret yönetim ve teknik olmayan ziyaret yönetim beceri puanları ortalama ve grafikler şeklinde sunulmuştur. Toplam, bölme ve ortalama işlemleri Microsoft® Excel Elektronik dosyada gerçekleştirilmiştir. Gözlemlerden elde edilen genel puan ortalamalarının analizinde gözlem yapılan kişi sayısının azlığı nedeniyle (n=16) parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda gözlem puanlarının deneyim (çocuk cerrahisi olarak çalışma süresi), düzey (doktor olarak çalışma süresi) ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmesinde Mann Whitney-U testi uygulanmıştır.

3.6.2. Nitel Verilerin Analizi

Görüşme verilerinin analizinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Ses kaydı alınan görüşmeler ve yazılı araştırmacı günlüğü kayıtları araştırmacı tarafından

yazıya aktarılmıştır. Her görüşme tekrar dinlenmiş ve yazıya aktarılan metnin doğruluğu ile karşılaştırılmıştır. Tüm görüşme metnlerinin transkriptleri birleştirilip nitel veri seti oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından, oluşturulan nitel veri seti birden fazla kez okunmuş ve görüşmeler üzerine derinlemesine bir bakış açısı oluşturulmuştur. Tekrarlı okumalar sonrasında nitel görüşme metni, kodlama işlemi yapılabilmesi için Microsoft[®] Excel Elektronik dosyasına aktarılmıştır. Görüşme sırası ve sorular belirtilmiştir. Tekrarlı okumalar sonrasında benzer ve farklı veri bölümleri işaretlenip, kodlar belirlenmiştir. İlk belirlenen kodlar çerçevesinde araştırmacı ve danışman tartışarak genel kodlar belirlenip kod listesi oluşturulmuştur. Verilerin güvenilirliğini sağlamak amacıyla nitel araştırma konusunda deneyimli bir araştırmacı ve araştırmacı rastgele seçilmiş iki görüşme metninin kodları üzerine tartışıp, gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmacı, danışman ve deneyimli diğer araştırmacının tartışmaları sonunda kodlar geliştirilmiştir. Kodlama süreci elle yapılmıştır. Belirlenen kodlar çerçevesinde alt temalar, alt temalar ve kodlar çerçevesinde temalar oluşturulmuştur. Oluşturulan kod, alt tema ve temalar araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiş ve tematik şemalar oluşturulmuştur. Araştırmanın bulguları uzman çocuk cerrahlarının deneyimlerini yansıtmak amacıyla doğrudan alıntılarla desteklenerek sunulmuştur.

3.7. Etik

Araştırmaya başlamadan önce Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nden Etik Kurulu onayı alınmıştır (Bkz. EK 10) (Karar No: 2019-024). Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi (Bkz. EK 11) ve Çocuk Yanık Yoğun Bakım Kliniğinden çalışmanın gerçekleştirilmesi için resmi izin alınmıştır (Bkz. EK 12.). Çalışma grupları verilerin anonimleştirilmesi ve gönüllü katılıma yönelik sözlü bilgilendirmiş ve yazılı onam formları alınmıştır (Bkz. EK 13, EK 14). Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizliliğini sağlamak amacıyla gözlem ve görüşme verileri kodlanarak sunulmuştur. Çalışmanın planlanması, yürütülmesi, raporlanması ve yayınlanması aşamasında araştırmacılar temel etik ilke ve standartlara ve Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak davranmış, araştırma etiği ilkelerine sadık kalmıştır. Araştırmadan elde edilecek veriler çalışmanın yapılmasından itibaren 7 yıl

saklanacaktır. Gözlem ve görüşme verilerine (ses kayıtları) sadece araştırmacıların erişimi olacak ve güvenli bir sürücüde kilitli dosyada saklanacaktır.

3.8. Onam

Çocuk cerrahisi uzmanları, doçent ve profesörleri araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmanın amacı, yöntemi ve gönüllü katılım hakkında katılımcılar bilgilendirilmiştir. Araştırmaya kabul etseler bile herhangi bir zamanda katılımı ret edebileceklerine ve geri çekilebileceklerine ilişkin bilgi verilmiştir. Kişisel mahremiyet ve gizliliklerini sağlamak amacıyla görüşme verilerinin numaralarla kodlanıp anonimleştirilerek sunulacağı bilgisi verilmiş, katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.9. Sınırlılıklar

Araştırma kapsamındaki veriler çocuk yanık hastası bakan tek bir pediatrik merkezinde çalışan çocuk cerrahisi asistanlarının gözlem verilerinden elde edilmiştir. Bu nedenle toplanan verilerin genellemesi sınırlıdır, çocuk cerrahisi asistanların yatak başı klinik ekip vizit değerlendirmesini tam olarak yansıtmayabilir. Gözlemcinin bulunmasının kişilerin davranış ve performansları üzerine olumlu ya da olumsuz etki yaratabilir. Gözlem yapılan çocuk cerrahisi asistanlarının sayısının az olması farklı düzey ve deneyimlere sahip çocuk cerrahisi asistanlarının deneyimlerinin test edilmesinde sınırlılık yaratmaktadır. Ayrıca araştırmada teknik ve teknik olmayan puanların karşılaştırılması ve buradan edilen bulgular gözlem sayısının azlığı nedeniyle sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları nicel ve nitel olmak üzere iki bölümde verilmiştir.

4.1. Nicel Bulgular

4.1.1. Çocuk Cerrahisi Asistanlarına İlişkin Bilgiler

Araştırmaya katılan 8 çocuk cerrahisi asistanına ilişkin demografik ve mesleki deneyimlerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Çocuk cerrahisi asistanların demografik ve mesleki deneyim bilgileri

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	5	62,5
Erkek	3	37,5
Hasta başı eğitimi kapsayan Eğitici gelişimi programlarına katılma		
Var	2	25
Yok	6	75
	Ortalama± Standard sapma	Ortanca (En küçük- En büyük)
Yaş (yıl)	27,6±2,1	27(25-32)
Doktor olarak çalışma süre (yıl)	1,7±1,3	1,5(0,5-4,5)
Çocuk cerrahisi olarak çalışma süre (yıl)	1,3±0,8	1(0,6-3)

4.1.2. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Vizit Özellikleri

Araştırmada 43 yatak başı klinik vizitte, çocuk cerrahisi asistanlarının 114 yatak başı hasta vizitine ilişkin gözlem yapılmıştır. Bu 43 yatak başı klinik vizitte ve 114 yatak başı vizite ait tanımlayıcı özellikler Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi yatak başı klinik ziyaret tanımlayıcı özellikler

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Klinik sorumlu cerrah		
Var	29	67,4
Yok	14	32,6
Klinik sorumlu hemşire		
Var	30	69,8
Yok	13	30,2
Vizit türü		
Klinik ziyaret	36	83,7
Eğitim ziyaret	7	16,3
Vizit zamanı		
Sabah	27	62,8
Öğleden sonra	16	37,2
Vaka tartışma mekânı		
Hasta odası	31	72,1
Hasta odası dışı alanlar	12	27,9
	Ortalama±	Ortanca (En
	Standard sapma	küçük-En büyük)
Vizit süresi (dk.)	13,4±8,1	11 (3-35)
Eğitim ziyeti süre	24,5±9,6	25 (10-35)
Klinik ziyaret süre	11,3±5,9	11 (3-25)
Hastaya ayrılan süresi (dk.)		
Hasta başına (n=114)	1,6±2	
Yeni hasta (n=3)	7,3±10,9	1(1-20)
Eski hasta (n=111)	1,5±1,1	1(0,5-12)
Hastanın tanısına göre bir hastaya ayrılan ziyaret süresi (dk.)		
*YYA %15'den küçük (n=39)	1,3±0,4	1(1-3)
*YYA %15'den büyük (n=75)	1,8±2,5	1(0,5-20)
Hasta sayısı	7,8±2,3	9 (2-10)
Vizite katılan çocuk cerrahisi uzman doktor sayısı	1,9± 1,1	2 (1-5)
Asistan sayısı	3,9±2,3	4 (1-10)
Hemşire sayısı	2,1±2,3	2 (0-5)
Vizite katılan toplam kişi	9,6±3,9	8(3-20)

* YYA: Yanık Yüzey Alanı

4.1.3. Çocuk Cerrahisi Asistanların Ziyet Yönetim Beceri Düzeyi

Araştırmada 8 çocuk cerrahisi asistanı için en az iki gözlem yapılmış, asistanların birinci ve ikinci gözlemleri sonucunda elde edilen teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri puanlarının ortalamalarına ilişkin veriler ve grafikler Tablo 4.3., Grafik 4.4. ve 4.5.'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Çocuk cerrahisi asistanlarının yatak başı teknik vizit yönetim değerlendirmeleri (n=114) *

	Değerlendirme Ölçütleri		Yetersiz		Kısmen Yeterli		Yeterli		Toplam		Ortalama± Standard sapma	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		%
1. Vizit öncesi ön hazırlıkların yapılması	0	-	2	1,8	112	98,2	114	100	114	100	1,98±0,13	
2. Hasta ile ilgili tanıtıcı verilerin paylaşılması	0	-	11	9,6	103	90,4	114	100	114	100	1,90±0,29	
3. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması	1	0,9	1	0,9	112	98,2	114	100	114	100	1,97±0,2	
4. Hastanın yanık alanlarına ilişkin bilgilerin paylaşılması	0	-	14	12,3	100	87,7	114	100	114	100	1,87±0,32	
5. **Hastanın yanık alanlarına uygulanan tedaviye ilişkin bilgilerin paylaşılması	2	1,8	16	14	90	78,9	108	94,7	108	94,7	1,81±0,43	
6. Hastanın cerrahi girişim durumu	5	4,4	33	28,9	76	66,7	114	100	114	100	1,62±0,57	
7. Hastaya ilişkin tıbbi bulguların paylaşılması	8	7	36	31,6	70	61,4	114	100	114	100	1,54±0,62	
8. Hastanın beslenme durumuna ilişkin bilgilerinin paylaşılması	31	27,2	53	46,5	30	26,3	114	100	114	100	0,99±0,73	
9. Hastanın sindirim/boşaltım sistemine ilişkin bilgilerin paylaşılması	9	7,9	3	2,6	102	89,5	114	100	114	100	1,81±0,55	
10. Hastanın solunum/ventilasyon durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılması	5	4,4	5	4,4	104	91,2	114	100	114	100	1,86±0,45	
11. Hastanın planlanan günlük tedavi ve bakım planının açıklanması	0	-	36	31,6	78	68,4	114	100	114	100	1,68±0,46	
12. Hastanın ileriye yönelik tedavi ve bakım (ilk 24 saati takiben) planının açıklanması	0	-	5	4,4	109	95,6	114	100	114	100	1,95±0,20	
13. **Hastanın taburculuk planı	0	-	12	10,5	5	4,4	17	14,9	17	14,9	1,29±0,46	
14. Hastanın tedavi, bakım planına ilişkin güncellemelerin not alınması	1	0,9	45	39,5	68	59,6	114	100	114	100	1,58±0,51	

* Asistanların ilk iki gözlemine ait veriler değerlendirilmeye alınmış, değerlendirmeler yatan her hasta için ayrı yapılmıştır. Dolayısıyla verilen sayılar gözlem sayısı üzerinden alınmıştır.

**Değerlendirme kriterlerinin hastada mevcut olduğu gözlemler değerlendirilmeye alınmıştır

Tablo 4.3.'te çocuk cerrahisi asistanlarının hasta bazında yatak başı teknik vizit yönetim becerilerine ilişkin değerlendirmeler verilmiştir. Değerlendirmeler doğrultusunda çocuk cerrahisi asistanlarının birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci, dokuzuncu ve onuncu değerlendirme basamaklarının ortalama değerleri oldukça yüksek, altıncı, yedinci, on birinci ve on dördüncü değerlendirme basamakları yüksek, on üçüncü değerlendirme basamağı düşük, sekizinci değerlendirme basamağı ortalama puanı oldukça düşük bulunmuştur.

Tablo 4.4. Çocuk cerrahisi asistanlarının yatak başı teknik olmayan vizit yönetim değerlendirmeleri (n=114) *

	Değerlendirme Ölçütleri		Yetersiz		Kısmen Yeterli		Yeterli		Toplam		Ortalama± Standard sapma
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İletişim takım çalışması											
1. Hastayla etkili iletişim kurma	26	22,8	69	60,5	19	16,7	114	100	1,37±0,24		
2. Sağlık ekibi üyeleri ile etkili iletişim kurma	-	-	6	5,3	108	94,7	114	100	0,93±0,62		
3. Hastanın tedavi/bakım planına ilişkin sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği kurma	16	14	85	74,6	13	11,4	114	100	1,94±0,22		
4. Vizit sürecinde diğer ekip üyelerini destekleme	-	-	1	0,9	113	99,1	114	100	0,97±0,5		
5. Hasta tedavi/bakım süreçlerine ilişkin uygun sağlık ekibi üyesi ile işbirliği yapma	1	0,9	107	93,9	6	5,3	114	100	1,99±0,9		
Profesyonelizim											
6. Hastanın mahremiyeti/gizliliğini Koruma	-	-	18	15,8	96	84,2	114	100	1,04±0,24		
Durumsal Farkındalık											
7. Hastanın ileriye dönük tedavi/bakım planındaki sınırlılıkları/problemleri tanımlama	2	1,8	43	37,8	69	60,6	114	100	1,84±0,36		
8. Vizit sürecinde sınır ve sınırlılıklarına ilişkin öz farkındalık gösterme	43	37,8	46	40,3	25	21,9	114	100	1,84±0,36		
Karar Verme											
9. Hastanın güncel genel durumunu göz önünde bulundurarak verilen kararları değerlendirme	24	21	77	67,6	13	11,4	114	100	1,84±0,36		
10. Gereklilikte hastanın tedavi/bakım süreçlerine ilişkin alınacak kararlarda hastanın tedavi ve bakımından sorumlu sağlık ekibi üyelerinin görüşlerine yer verme	-	-	0	-	114	100	114	100	1,21±0,37		
Liderlik											
11. Hasta tedavi/bakımına yönelik standartları sağlama ve sürdürme	5	4,3	105	92,1	4	3,6	114	100	1,58±0,52		
12. Hastanın tedavi/bakımın planlanma ve öncelikleri belirleme	5	4,3	73	64,1	36	31,6	114	100	0,84±0,75		

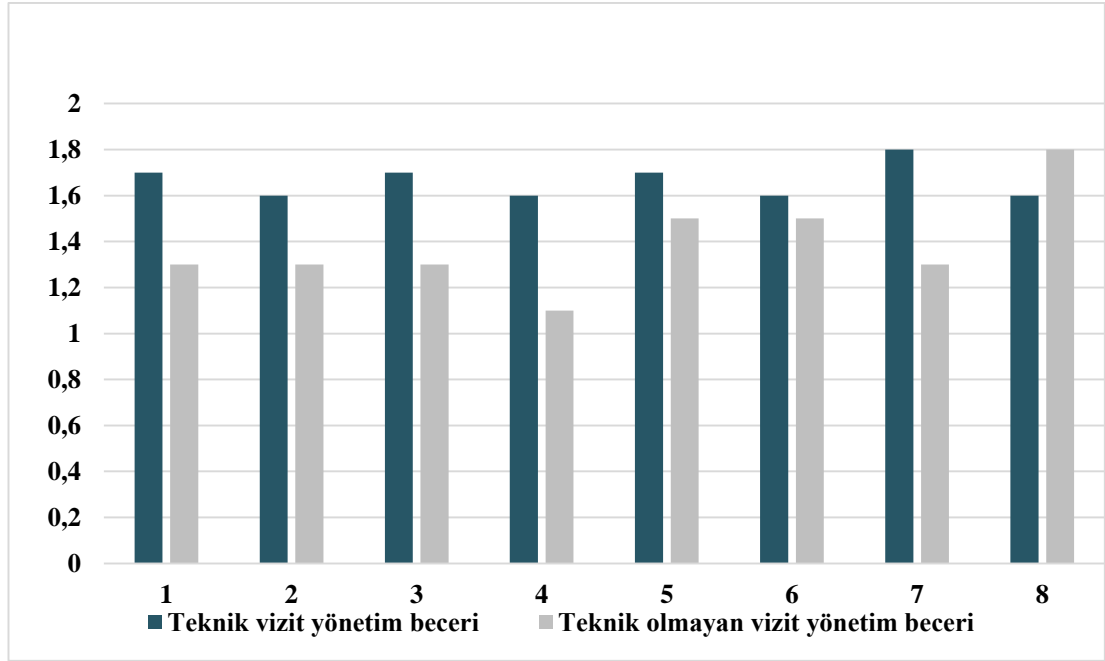
* Asistanların ilk iki gözlemine ait veriler değerlendirmeye alınmış, değerlendirmeler yatan her hasta için ayrı ayrı yapılmıştır. Dolayısıyla sayı ve yüzdelere gözlem sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.4.'te çocuk cerrahisi asistanlarının hasta bazında yatak başı teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerine ilişkin değerlendirmeler verilmiştir. Çocuk cerrahisi asistanların profesyonelizm kategori ortalaması oldukça yüksek, karar verme orta, iletişim takım çalışması, durumsal farkındalık, liderlik kategori ortalama puanları düşük bulunmuştur. Bu kategoriler altında yer alan ikinci, dördüncü, altıncı ve onuncu değerlendirme basamakları puan ortalamaları oldukça yüksek, yedinci ve on ikinci değerlendirme basmağı yüksek, birinci, üçüncü, beşinci, sekizinci, dokuzuncu ve on birinci değerlendirme basamakları oldukça düşük bulunmuştur.

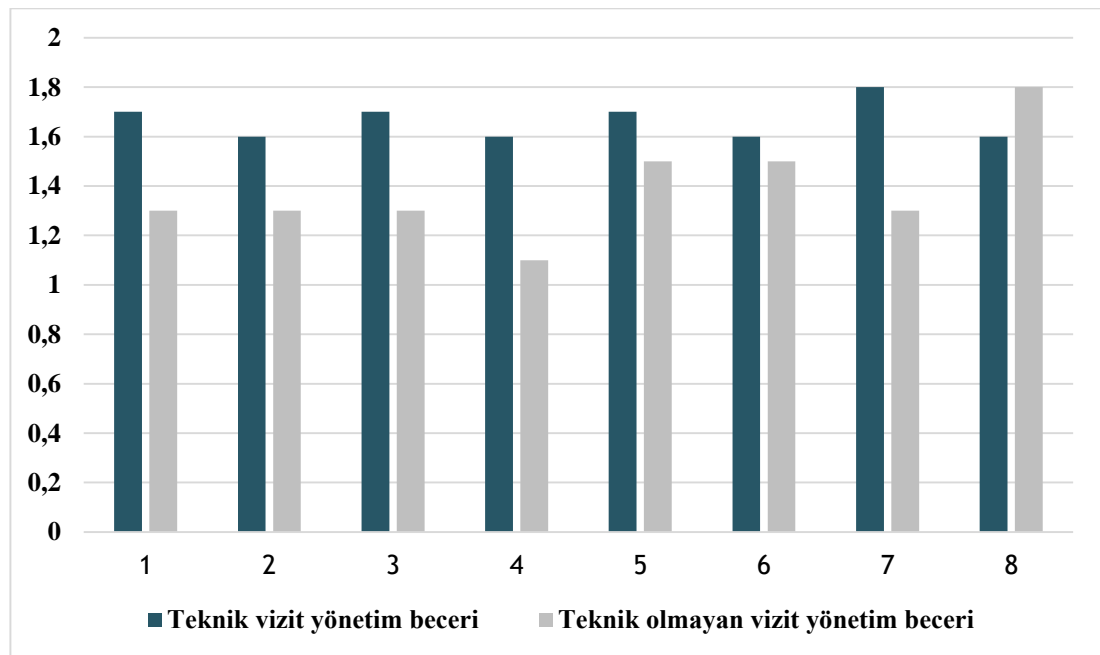
Tablo 4.5. Çocuk cerrahisi asistanların 1. ve 2. gözlem ziyaret yönetim beceri düzeyleri analiz sonuçları

Vizit Yönetim Beceri Değişkenleri	Ortalama± Standard sapma	Ortanca (En küçük-En büyük)
Birinci Gözlem		
Teknik Ziyet Yönetim Becerisi	1,7± 0,12	1,7 (1,5-1,9)
Teknik Olmayan Ziyet Yönetim Becerisi	1,3±0,08	1,3 (1,2-1,5)
İkinci Gözlem		
Teknik Ziyet Yönetim Becerisi	1,6± 0,07	1,6 (1,6-1,8)
Teknik Olmayan Ziyet Yönetim Becerisi	1,3±0,21	1,3 (1,1-1,8)

Birinci gözlemler sonucunda sekiz çocuk cerrahisi asistanının birinci ve ikinci yatak başı ziyaret gözlemleri (n=16) sonucunda aldıkları puanların ortalamasına göre çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ziyaret yönetim beceri puanlarının ortalaması 1,7± 0,12, teknik olmayan ziyaret yönetim beceri ortalaması ise 1,3±0,08 olarak bulunmuştur. İkinci gözlemler sonucunda çocuk cerrahisi asistanlarının her yatak başı klinik hasta ziyaretinde aldıkları puanların ortalamasına göre çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ziyaret yönetim beceri puanlarının ortalaması 1,6± 0,07; teknik olmayan ziyaret yönetim beceri ortalaması ise 1,3±0,21 olarak bulunmuştur.



Şekil 4.1. Çocuk cerrahisi asistanlarının 1. gözlem teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim beceri düzeyleri



Şekil 4.2. Çocuk cerrahisi asistanlarının 2. gözlem teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim beceri düzeyleri

4.1.4. Çocuk Cerrahisi Asistanlarının Teknik Vizit Yönetim ve Teknik Olmayan Vizit Yönetim Becerilerinin Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırmanın “çocuk cerrahisi asistanlarının cinsiyet, doktor olarak çalışma süresi ve çocuk cerrahi asistanı olarak çalışma durumuna göre vizit teknik yönetim becerileri ve teknik olmayan vizit yönetim becerileri arasında fark var mıdır?” alt sorusuna yanıt bulmak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Birinci ve ikinci gözlem sonuçlarına göre vizit teknik ve teknik olmayan yönetim becerilerinin değişkenlere göre farklılaşma durumu Tablo 4.6. ve Tablo 4.7.’de verilmiştir.

Tablo 4.6. Çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ve teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin birinci gözlem sonuçlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler	N	Teknik Vizit Yönetim Becerisi Ortanca (En küçük-En büyük)	Teknik olmayan vizit yönetim becerisi Ortanca (En küçük-En büyük)
Cinsiyet			
Kadın	5	1,8 (1,6-1,9)	1,3 (1,2-1,5)
Erkek	3	1,7 (1,5-1,7)	1,3 (1,3-1,3)
p		0,167	0,608
Doktor olarak çalışma süre			
1 yıl ve altı	4	1,6 (1,5-1,8)	1,3 (1,2-1,3)
2 yıl ve üstü	4	1,7 (1,7-1,9)	1,3 (1,3-1,5)
p		0,180	0,098
Çocuk cerrahi olarak çalışma süre			
1 yıl ve altı	4	1,6 (1,5-1,8)	1,3 (1,2-1,3)
1 yıldan fazla	4	1,7(1,7-1,9)	1,3 (1,3-1,5)
p		0,180	0,098

Gerçekleştirilen birinci gözlemlerin analiz sonuçlarına göre; çocuk cerrahisi asistanlarının cinsiyete göre teknik vizit yönetim becerilerinin ($p=0,167$) ve teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin ($p=0,608$), doktor olarak çalışma süresine göre vizit teknik yönetim becerilerinin ($p=0,180$) ve teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin ($p=0,098$), çocuk cerrahi olarak çalışma süresine göre vizit teknik yönetim becerilerinin ($p=0,180$) ve teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin ($p=0,098$) puan ortalamasında fark görülmemiştir.

Tablo 4.7. Çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim ve teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin ikinci gözlem sonuçlarının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler	N	Vizit yönetim becerisi Ortanca (En küçük-En büyük)	Teknik olmayan vizit yönetim becerisi Ortanca (En küçük-En büyük)
Cinsiyet			
Kadın	5	1,6 (1,6-1,8)	1,3 (1,1-1,5)
Erkek	3	1,7 (1,6-1,7)	1,3 (1,3-1,8)
p		0,744	0,631
Doktor olarak çalışma süresi			
1 yıl ve altı	4	1,7 (1,6-1,8)	1,3 (1,1-1,3)
2 yıl ve üstü	4	1,6 (1,6-1,7)	1,5 (1,3-1,8)
p		0,155	0,044
Çocuk cerrahisi olarak çalışma süresi			
1 yıl ve altı	4	1,7 (1,6-1,8)	1,3 (1,1-1,3)
1 yılından fazla	4	1,6 (1,6-1,7)	1,5 (1,3-1,8)
p		0,155	0,044

Gerçekleştirilen ikinci gözlemlerin analiz sonuçlarına göre; çocuk cerrahisi asistanlarının cinsiyete göre teknik vizit yönetim becerileri ($p=0,744$) ve teknik olmayan vizit yönetim becerileri ($p=0,631$) puan ortalamalarında fark bulunmamıştır. Doktor olarak çalışma süresine göre teknik vizit yönetim becerilerinin puan ortalamasında fark görülmemekle ($p=0,155$) birlikte, teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin puan ortalamasında fark ($p=0,044$) görülmüştür. Çocuk cerrahisi olarak çalışma süresine göre teknik vizit yönetim becerilerinin puan ortalamasında fark görülmemiş ($p=0,180$), teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin puan ortalamasında fark görülmüştür ($p=0,044$).

4.2. Nitel Bulgular

4.2.1. Eğiticilerin Vizit Sürecine İlişkin Görüşleri

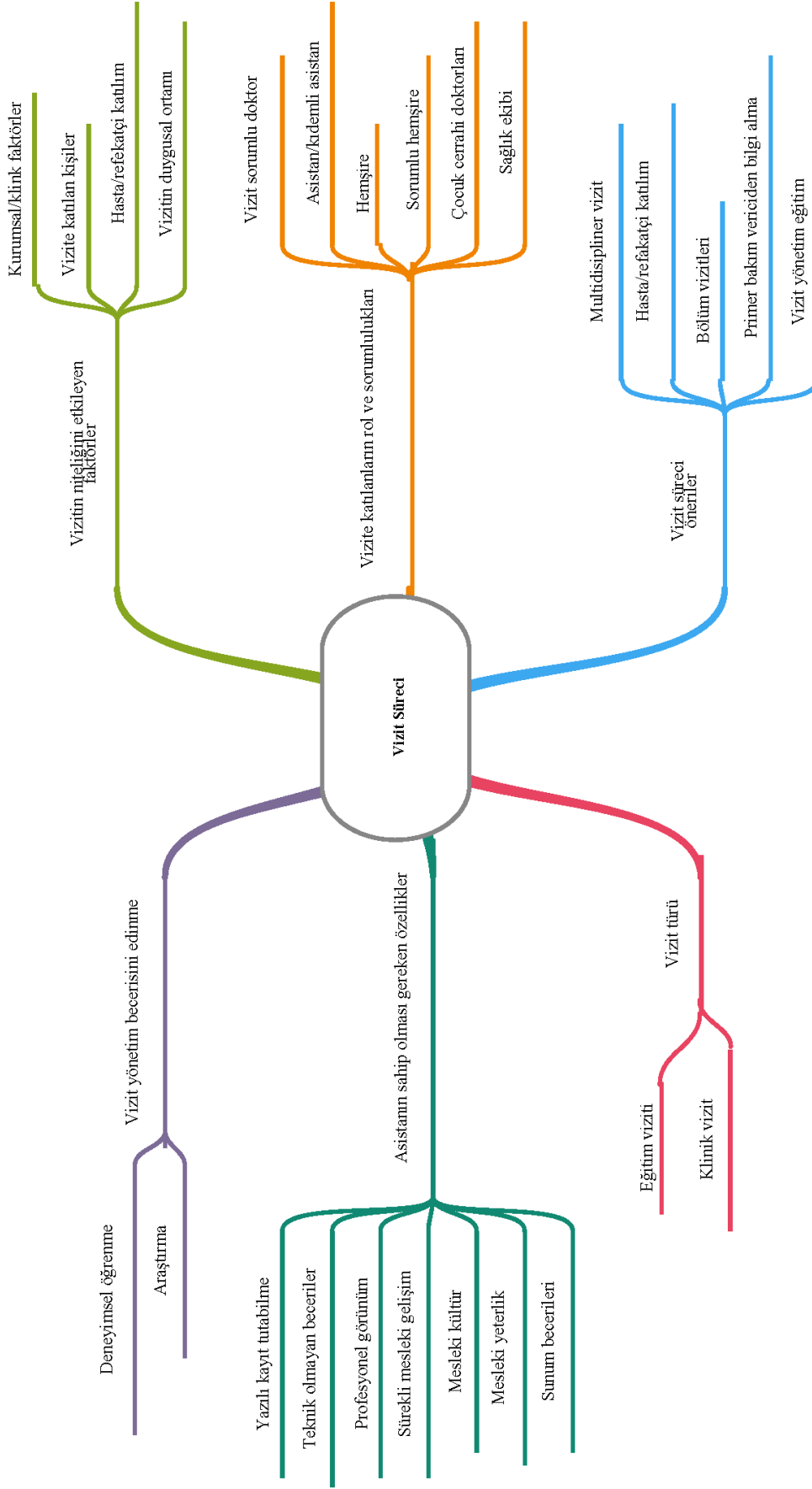
Bu bölümde, araştırmaya katılan çocuk cerrahisi uzman doktorları, doçentleri ve öğretim görevlilerinin verdikleri bilgilerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

Araştırmaya, iki çocuk cerrahisi profesörü (öğretim üyesi), iki çocuk cerrahisi doçenti, iki çocuk cerrahisi uzmanı olmak üzere altı kişi katılmıştır. Eğiticilerin yaş aralığı 36-54 yıl, doktor olarak çalışma süreleri 12-30 yıl, çocuk cerrahisi olarak çalışma süreleri 9-25 yıl aralığında değişmektedir. Eğiticilerin ikisi, hasta başı eğitimleri

kapsayan klinikte eğitime yönelik “Eğitici Eğitimi” programına katılmıştır. Bu eğitimlerde; yetişkin eğitimi nasıl yapılması gerektiği, soru sorma, akran eğitimi, eğitim programı düzenlemeye yönelik kurumsal eğitim almıştır. Hasta başı eğitimlerde bu eğitimde ele alınan konulardan biri olduğu belirtilmiştir.

Araştırmanın bulguları, altı ana temada ele alınmıştır (Bkz. Şekil 4.3.):

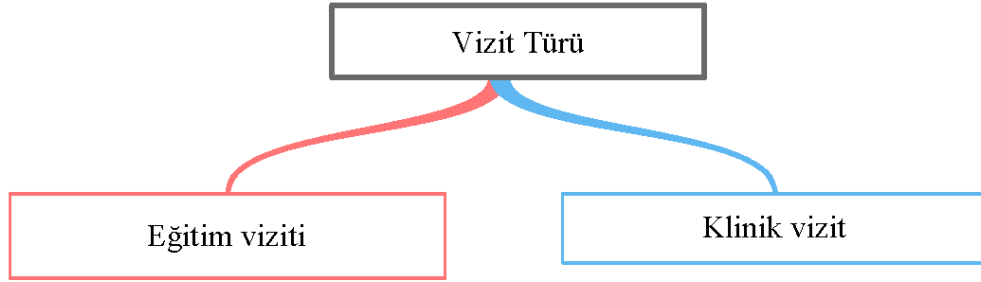
1. Vizit türü
2. Vizite katılanların rol ve sorumlulukları
3. Vizitin niteliğini etkileyen faktörler
4. Vizit yönetim becerisi
5. Asistanın sahip olması gereken özellikler
6. Vizit süreci önerileri



Şekil 4.3. Eğitici görüşleri: klinik vizitin özellikleri

4.2.2 Vizit Türü

Eğiticilerden ikisi yatak başı klinik vizitlerin “*eğitim*” ve “*klinik vizit*” olmak üzere iki başlık altında gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir. Şekil 4.4.’te eğiticilerin vizit türlerine ilişkin sınıflaması verilmektedir.



Şekil 4.4. Eğiticilerin vizit türlerine ilişkin sınıflamaları

Eğitim Viziti

Eğiticiler, eğitim vizitlerini hasta başında derinlemesine tartışma ortamı ve yapılandırılmış bir süreç olarak tanımlamışlardır. Eğitim vizitlerinde klinikteki en deneyimli çocuk cerrahisi uzmanının bulunmasının ve hastanın daha geniş bir çerçevede teorik tartışmasının yapılmasının temel faktör olduğunu belirtmişlerdir. Eğiticilerden biri ayrıca eğitim vizitlerinde asistan eğitim düzeylerinin değerlendirildiğinden bahsetmiştir:

Ama eğitim vizitinde yine hasta başında yaptığımız hastaları dolaşarak yapıyorsunuz ama bir gün öncesinden konuyu belirlediğimiz için bütün derinlemesine o hastada bulunmayan ama o hastalıkta olan birtakım verileri ve bulgularıyla ayrıntılı olarak teorik olarak tartışılmasına sağlamış oluyorsunuz (Eğitici 1, erkek)

Şimdi büyük vizit (eğitim viziti) şudur hastaların hem daha geniş perspektifte değerlendirilmesi hem aynı zamanda asistanın eğitiminin sorgulandığı vizittir. Asistan, uzman, hoca herkesin hastaya yönelik eğitiminin, hastaya yönelik değerlendirmelerinin, bilgi dağarcığının hani sunulduğu bir eğitim vizitidir aslında büyük vizit. Hastanın çok daha ayrıntılı tartışıldığı (Eğitici 3, kadın).

Eğiticiler, eğitim viziti sürecinin öncesinde yapılan hazırlığa vurgu yapmışlardır. Eğitim viziti süreci vizite katılanların bilişsel olarak bir ön hazırlık

yapmasını gerekli kılmaktadır. Bu da hasta başında hastalık ve yönetimi süreçlerinin daha derinlemesine tartışılmasını kolaylaştırmaktadır:

Eğitim viziti kurgumuz bizim genellikle şöyle habersiz değil bir gün önceden yapılandırılmış vizit. Yani şey atıyorum mesela diyelim ki wilms tümörü var ya da atıyorum hipospadiaslı bir hastamız var, diyoruz ki yarın hipospadiası konuşacağız hastanın yanında vizitte. Bu yapılandırılmış bir şey olur çünkü çocukların hepsi hipospadiası bir gün önceden okumuş geliyor hastalığı okuyor ya da işte böbrek tümörünü okuyup geliyor hazırlanıyor hasta üzerinden tartışmaya başlıyoruz (Eğitici 1, erkek)

Klinik Vizit

Eğiticiler, klinik vizitlerin hasta bakım /tedavi yönetimi sağlayan ve hasta başı planlanmadan doğallığında gerçekleştirilen eğitim faaliyeti olduğuna değinmişlerdir. Ancak klinik iş durumuna göre bu faaliyete çocuk cerrahisi doktor ekibinin tümünün katılmayabildiğini belirtmişlerdir.

Hasta başı vizit ise, işlerin plan programının kontrol edilmesini sağlayan yine bunda da asistan eğitimi zaten devamlı var bu vizitlerde ayrı bir başlık olarak söyledim ama hastanın gün içerisindeki tedavi planının düzenlenmesini hızlandıran ve düzelteren bir kontrol mekanizmasıdır yatak başı vizitler. Yatak başı vizitlerde, servis doktoru ve uzman doktor. Şöyle büyük vizitte kliniğe dair benim öğretimde herkes toplanır (Eğitici 3, kadın).

Diyorsunuz aaaa burada bir kitle çıkmış ya da bir şey mi o mu olabilir bu mu olabilir bunları aktif olarak hasta başında tartıştığınızda bir böyle bir eğitim süreci ama bunda bütün asistanlar hepsinin orada olamayabiliyor çünkü kimisi ameliyatta oluyor, kimisi poliklinikte oluyor sadece servistekilerle hasta ile paylaştığınız bir vizit süreci oluyor ve asistan buna hazırlanmış gelmiş değil o anda spontan olarak o hasta bazında o hasta için ne gelişmişse o günkü progresinde o günkü tedavi sürecinde asistanla onu konuşup onu tartışabiliyorsunuz (Eğitici 1, erkek).

4.2.3. Vizite Katılanların Rol ve Sorumlulukları

Bütün eğiticiler vizite katılan sağlık profesyonellerinin, ziyaret süreci boyunca farklı görev ve sorumlulukları olduğu konusunda ortak görüş sergilemişlerdir. Bu görev ve sorumluluklar; ziyaret sorumlu doktoru (vizit danışmanı), asistan/kıdemli asistan, hemşire, sorumlu hemşire, çocuk cerrahisi doktorları (uzmanlar ve asistanlar) ve sağlık ekibi temaları altında analiz edilmiştir. Şekil 4.5.'te eğiticilerin vizite katılanların rol ve sorumluluklarına ilişkin tema, alt tema ve kodları göstermektedir.



Şekil 4.5. Vizite katılanların rol ve sorumlulukları

Vizit Sorumlu Doktoru

Çocuk cerrahisi eğiticileri vizit sorumlu doktorunun görev ve sorumluluklarını klinik yönetim, hasta yönetimi, eğitim, rol model olma, teknik olmayan beceriler, sürekli mesleki gelişim olmak üzere geniş bir çerçevede tanımlamışlardır.

Eğiticilerin neredeyse hepsi vizitlerde hem kendilerinin hem de diğer ekip üyelerinin hasta tedavi/bakım süreci hakkında güncel bilgi edindiklerini ve bu bilgiler doğrultusunda değerlendirme yaparak hasta merkezli klinik yönetimi düzenlemeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Klinik yönetim sürecinde ekip üyelerine geri bildirimler vermenin önemli olduğu görülmektedir.

Servis işleyişi nedir zaten hastalara uygulanacak şeyin servis yönetimidir, rutinedir. Hangi hastaya ne tedavi yapılacak ne planlanıyor ya da işte serviste mi yatması gerekiyor, yoğun bakımda mı bunların hepsi vizitte değerlendirilecek şeyler (Eğitici 3, kadın).

Hasta tedavisi ondan sonra onun dışında kliniğin işleyişi anlamında da sırf doktorlar değil yapılan tedaviyi, pozisyon vermen gerekiyorsa o pozisyonun verilip, verilmediğini hemşirenin ya da diğer personelin yapıp yapmadığını da kontrol ediyorsun böylelikle eksikler varsa onu da düzeltiyorsun (Eğitici 4, erkek).

Düzenli işleyiş olmaz çünkü sabah vizitlerinde hastalar hep beraber gezilip dolaşıldıktan sonra o hasta için o gün yapılacak şeylerinin bir kararı veriliyor yani hasta bazında da yani işte bu hastaya da şu tetkiki isteyelim, şu filmi çektirelim, şunu yapalım ya da zaten sorumlu hemşire hanımında oluyor vizitlerde hemşirelik hizmetleri içinde mesela diyoruz ki bu hastaya akciğer bakımı yaptırılın, efendim bu mobilize edilsin, yürütülsün yada işte bunu artık beslemeye başlayalım R1 tarzında falan (Eğitici 1, erkek).

Eğiticilerin bazıları, hastaların genel durumu hakkında bilgi sahibi olmak, değerlendirmek ve hastanın tedavi/bakım planını yönetmek amacıyla klinik vizitleri gerçekleştirdiklerini vurgulamışlardır. Vizit sorumlu doktorunun hasta yönetiminde önemli rolü olduğu görülmektedir:

Hastanın mevcut halini, değişiklikleri, uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirmek için hastayı doktorun değerlendirebilmesi için, sorumlu doktorun değerlendirebilmesi için uygulanan bir işlemdir (Eğitici 3, kadın).

Hastanın klinik seyri hakkında bilgi sahibi olmak, hastayı taburcu etmek ise etmek, tedavisini ayarlamak tedavisine bir ilaç ekleyecek isem eklemek ya da çıkarmak o şekilde takip etmek için yapıyoruz (Eğitici 4, erkek).

Eğiticilerin çoğu klinik vizitlerin değerli öğrenme ortamları olduğunu, vizit sorumlu doktorunun bu süreçte asistanların eğitim ve öğretimlerine katkı sağladıklarını belirtmişlerdir. Eğitim ve öğretim faaliyetlerinin tartışma, soru-cevap, anlatım, klinik uygulamaların öğretilmesi gibi eğitim yöntemleri aracılığıyla gerçekleştirildiği görülmektedir:

Vakit şey ise asistan sadece kritik hastaları geziyorum, değilse tek tek yaralarını açıp baktırıyorum ne düşünüyorsun diyorum, bak diyorum şu şöyle diyorum gösteriyorum hepsine (Eğitici 2, erkek).

Şimdi klinik vizit aslında hastanın sonuçlarına yönelik, hastaya şu tetkik gitti mi şu yapıldı mı vs. klinik eğitim viziti biraz daha kapsamlı hani bunu farkındalığı ne durumda işte bunu niçin yapıyoruz neden yapıyoruz işte kıdemine göre aşağıdan yukarıya hani bunun farkında mıyız ve aslında en fazlada farkındalık yaratmak için mesela bunda ultrason mu istersin, MR mı istersin falan gibi (Eğitici 5, kadın).

Tabi bu şeylerde asistanların hastayı değerlendirme sürecine ya da şeyi takip ederken onlarla hastayı tartışarak gerektiğinde hastalıkla ilgili soru sorarak ya da hastalığın ayırıcı tanısı ile ilgili şeyleri tetkikleri ya da diğer fizik muayene bulgularını vs. tartışarak da bir yandan da asistanların öğretiminde hastalık bazında hasta bazında katkı yapmış olmayı onları da bu şekilde geliştirmiş olmayı da istiyoruz yani (Eğitici 1, erkek).

Eğiticilerden biri vizit sorumlu doktorunun asistanların yönetim, değerlendirme ve mesleki kültürün oluşmasına şekil veren rol modeller olduğunu vurgulamıştır:

Bizim yönetimimizi ya da bizim değerlendirme kapasitemizi görür yani hocalık nasıl yapıyor, uzman nasıl duruyor asistanın pozisyonu ne herkes kendi pozisyonunu görür, bir disiplin oluşuyor. Evet biz rol modeliz bizde gördüğünü ya da öbür arkadaşı başka bir varyasyonu uyguluyor öğretim üyesi arkadaşlarımız, onlardan hepimizi gözlüyor ve bir sonuç çıkarıyor (Eğitici 2, erkek)

Eğiticilerin çoğu asistanların mesleki gelişimlerinin izlenmesi ve bireysel olarak desteklenmesinin vizit sorumlu doktoru rol ve sorumlulukları arasında tanımlamışlardır. Bu rol ve sorumlulukları kapsamında asistanların hasta hakimiyeti, hasta tedavi/bakım süreci yönetimi ve kişisel sorunlarının tanımlanması göz önüne aldıklarını belirtmişlerdir:

Yani bazen oluyor ki mesela çok iyi düşündüğün birisi çok iyi olması gereken birisi bakıyorsun hastalar hakkında şeyini kaybetmiş ya bu şey değil bir sıkıntısı mı var acaba? Ya bunun bir sıkıntısı var niye böyle bu böyle değildi ne oldu sana belki derdini de söylemiyor sen çalıştırıyorsun zorla onu kenara çekip düzgün eleman koymak lazım o zaman oraya ona mola verdirmek lazım (Eğitici 2, erkek).

Hastayı hazırlayan doktor, asistan doktorun hastayı sunabilmesi ve o tedavisini yönetmesini nasıl yönettiğini de görmek (Eğitici 4, erkek).

Asistanların kontrolü, kontrolü derken hastayı nasıl değerlendirmişler işte o gün içerisindeki progresleri nasıl yapmışlar, gerekli tetkikleri yapmışlar mı ondan sonra hastaları değerlendirdikten sonra işte hastalıkları için gerekli tedavileri başlamışlar mı? Hastanın tedavi ile ilgili süreçleri yönetip yönetmediklerini anlamak için en çok kullandığımız en kestirme yollardan bir tanesi vize yapmak hastaya hakimler mi değiller mi en hızlı ve kolay şekilde anlaşılabilir şey o (Eğitici 1, erkek.)

Eğiticiler vize sorumlu doktorunun vize sürecinde ekip çalışması ve karar verme gibi teknik olmayan becerilerine sahip olması gerektiğini belirtmiştir. Bu kapsamda sağlık ekibi üyelerinin görüşlerini rahatlıkla beyan edecekleri ılımlı bir vize atmosferi sağlaması ve ekip üyelerinin görüşlerini aldıktan sonra karar vermesi gerektiğine değinmiştir:

Çünkü buradaki herkes erişkin, en küçüğü 25 yaşında dolayısıyla yani erişkin eğitimi erişkin yönetimi ile gitmek lazım. İnsanların rahat şeylerini ifade edecekleri ortamı sağlamak lazım. Yani şimdi hoca kızacak diye burada höt höt edecek diye bilgi saklamaması hele de hayati bilgiyi hiç saklamaması lazım (Eğitici 1, erkek).

Viziti yöneten kişi her fikre açık olmalı. Dedim hani yani sonuçta herkes fikrini beyan etmeli doğru ya da yanlış sonuçta hasta hakkında karar verilir, bir de şu da var hastayı takip eden primer bir hekim staff uzman var ağırlıklı olarak aksi bir şey yoksa son kararı o vermesi viziti yöneten kişinin onu onaylaması veya uygun bulmaması fikrini beyan edip bir karara bağlanması gerekir (Eğitici 6, erkek).

Eğiticilerin çoğu vize sürecinin sağlık ekibi üyelerinin eğitimin yanı sıra vize sorumlu doktoru açısından da bir eğitim süreci olduğunu bu süreçte vize sorumlu doktorunun da mesleki açıdan sürekli kendini geliştirmesi gerektiğini vurgulamışlardır:

Bizim hastalar hakkında fikir sahibi olmamız eğer zor bir hastalık yattıysa, nadir görülen bir şey yattıysa onunla ilgili araştırma yapmamız hızlıca, literatürü taramamız ve bütün servise kendimizin hâkim olması bütün her şeyi ile (Eğitici 2, erkek).

Şimdi mesela ben vize konusu belirlendiği zaman ben de kendim okumaya çalışıyorum hani son literatüre bakıyorum, bilmem ne şimdi sabahleyin eğitim aman şey makale saati oldu, yani mesela orda farkındalık önemli orada cut-down anlattı ama mesela en basitinden mesela intraosteoz hani interosteoz dedi hani terminoloji yanlış onunla ilgili bir farkındalık ya da bunda şöyledir bunda kullanılan bir şey katabilmen lazım sen onun bir üstü olabilmen gerekiyor ki ona bir şey yani nasıl diyeyim özendirmen lazım aaaa bu böyleymiş ben buna bir bakım falan olması lazım, hani senin kendini yenileyebilmen gerekiyor diye düşünüyorum (Eğitici 5, kadın)

Bu iş hani birde eğitim işi ömür boyu süren bir iş burada vizitlerde şeylerde tartışmalarda eğiticinin de kendisini güncel ve taze tutmasını gerektiren bir süreç o açıdan eğitici için de önemli (Eğitici 1, erkek)

Asistan/Kıdemli Asistan

Eğiticiler hasta hakimiyeti, klinik yönetim, ziyaret öncesi hazırlık, verilen görevleri tamamlama ve eksiksiz bilgi aktarımını ziyaret süreci boyunca asistan/kıdemli asistanın rol ve sorumlulukları olarak görmektedirler.

Eğiticilerin nedeysel tamamı çocuk cerrahisi asistanlarının klinikte yatan bütün hastaların sadece günlük değil yatışından itibaren tedavi/bakım sürecine hâkim olmaları gerekliliğini bildirmişlerdir:

Şimdi birincisi, bir çocuk cerrahisi asistanının kesinlikle ve kesinlikle hastanın her şeyini biliyor olmasını isterim. Hastaya dair hikayesini ondan sonra takip süresince başında bulunduğu çocuğun yapılan tedavi yöntemlerinin sonuçlarını her şeyini biliyor olması lazım. Ondan sonra eğer nöbetçi ise vital bulgularını gece boyunca işte başında durduğu sürece başına gelenler her şeyine hâkim olması lazım (Eğitici 3, kadın).

Görev ve sorumlulukları öncelikle hastaya hâkim olması lazım, hastanın yani hastanın yatışından o anki tedavi sürecine kadar her şeyine vakıf olması lazım (Eğitici 6, erkek).

O vital bulgularının ne olduğunu ateşi, nabızı, tansiyonu ondan sonra bizim için ne idrar yapıp yapmaması, gaita yapıp yapmaması, mobilizasyonu, beslenmesi, nasıl beslendiği, ameliyat olmuş ise yara yerinin nasıl olduğu, yara yerinde akıntısı kokuntusu bir enfeksiyonu var mı? vs. bunların hepsini bu hasta için bilmesini istiyoruz yani onu bilmesi onun sorumluluğu (Eğitici 1, erkek).

Eğiticiler hasta hakimiyetinin yanı sıra özellikle kıdemli çocuk cerrahisi asistanının hasta yönetimi ve klinik işleyişi kontrol etmeleri, eksikleri tamamlayıp klinik yönetimi sağlamaları gerektiğini vurgulamıştır:

Ekip yönetimine hâkim olmalı (kıdemli asistan) yani sonuçta sadece hastaya hâkim olması yetmez işte gerek hekim arkadaşları gerek yardımcı sağlık personeli gerek diğer personelle de yakın diyalog içerisinde olup hani kliniğin genel işleyişine de hâkim durumda olmalı (Eğitici 6, erkek).

Cerrahi hiyerarşi burada başlıyor hoca ziyaretinden önce asistanların kendi arasında yaptığı bu ziyarette en kıdemli asistanın bunu denetlemesi lazım. Hani bu hastaya onu çünkü uzmanlığa yakın olduğu, eğitim düzeyinin daha iyi olduğu düşünüldüğü için onun aslında her şeyi yönetmesi bekleniyor. Onun sorması lazım, şimdi buna ne yapmıştın, şuna şunu ne yapmıştın onu söyleyin diye bu şekilde eksikleri onun tamamlaması lazım (Eğitici 4, erkek).

Eğiticiler vizit öncesinde bütün asistanların hastaların tedavi/bakım sürecine ilişkin alt yapılarının olması gerektiğini bunun için klinik vizit öncesi mutlaka asistan viziti yapmaları gerektiğini vurgulamışlardır. Bunun yanı sıra nöbetten çıkan asistanların daha ayrıntılı hasta/tedavi bakım sürecine hâkim olmaları gerektiğini belirtmişlerdir:

Çömezler öyle bir hiyerarşi var işte hani öncesinde asistan viziti tamamlanmış olmasından onların kıdemlileri sorumlu, değil mi onlar herkes gece nöbetçi olmayan ile gece nöbeti ile ilgili fikir sahibi oluyor (Eğitici 5, erkek).

Şimdi öncesinde beklediğimiz zaten mutlaka hastaları kendileri dolaşıp, hepsinin de hastalar hakkında bir fikrinin olması gerektiğini bekliyoruz. Yani bu hasta kimdir, nedir, tanısı nedir, burada neden yatıyor ne yapılacak ne istenecek ne tetkik yapılmış bunları bilmesi gerekiyor (Eğitici 1, erkek).

Vizit öncesi önceki yatan hastaların gece ki progresinin nasıl geçtiğini bilmesi gerekiyor. Yeni yatan hastanın da anamnez dahil her şeyini nereden geldi, nasıl olduğunu, niye yattı ne düşünüyor vizitte bilmesini istiyoruz hastayı bilmesini istiyoruz yani (Eğitici 2, erkek).

Asistanların vizit öncesinde, öncesinde bir asistan viziti yapılmış olması gerekiyor. Asistan viziti hastaları gezerek yapılır, nöbetten çıkılıyorsa bir dosya viziti yapılır, orderları kontrol edilir, iki hastalar gezilerek asistan viziti yapılmalı, sonuçlarına bakılmalı, ondan sonra eksik tetkikler değerlendirilmeli başka aklıma gelen bir şey yok (Eğitici 3, kadın).

Bazı eğiticiler vizit sırasında hastaya ilişkin yapılan güncellemelerle ilgili yapılması gereken görevleri tamamlamalarını ve eğitim faaliyetleri kapsamında vurgulanan noktaları araştırıp okumaları gerektiğini vurgulamışlardır:

Orada konuşulan işleri hızla kendisine düşen işleri yapmak üzere işin başına koşması bekliyoruz. Ya da ben şunu bir okuyayım demesi gerekiyor çünkü biz orda şu kriterleri bir okuyun bak orda böyle bir şey yaptık o kriterleri çünkü onu kıdemine vermiştir artık onu onun bilmesi gerekiyor onu ona söyler bir oku konuşalım dersin vakit ayırıp ona verdiğimiz şeyi de o ödevini de çalışması gerekiyor (Eğitici 2, erkek).

Vizit bittikten sonra hastanın takibi ilgili direktifler almış ise bizlerden, yapılması gereken onları tamamlamasını (Eğitici 4, erkek).

Vizit sırasında doğru kararlar verilmesi açısından hastaya ilişkin bilgilerin eksiksiz aktarılması önemlidir. Eğiticilerden biri bilgi aktarım sürecinin eksiksiz gerçekleştirmesini asistanın rol ve sorumlulukları arasında tanımlamıştır:

Şimdi asistanların görev ve sorumlulukları burada, hastanın günlük takip süreçlerini tam olarak aktarması (Eğitici 1, erkek).

Hemşire

Eğiticiler hemşirelerin vizit sürecinde rol ve sorumluklarını; görüş bildirme, hasta güvenliğini sağlama, dinleme, asistan eksiklerini tamamlama ve hekim direktiflerini yerine getirme olarak tanımlamıştır.

Eğiticilerin bazıları doktor ekibinin gözden kaçırdığı ya da eksik aktarılan bilgiler olabileceğini vizite katılan hemşirelerin vizit sırasında hastaya tıbbi bilgi/gözlemlerini iletmelerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

İşte o açıdan herkesin vizite dahil olması önemli, ekip dikkati başka yeredir mesela fark etmeyebilir, ama işte takip eden hemşirenin hani bunun taşıpnesi var bir şey yapacak mısınız diye hatırlatma yapması iyi (Eğitici 6, erkek).

Hastaya bakan ayrı bir ekip bir hemşire ekip var bir şey var o hasta ilgili gerekli uyarıları kakasını yaptı yapmadı, çişini yapıyor ama mesela çişini yaptıktan sonra yanması var şimdi eğer uzmanlık öğrencine bu iletilmediyse orada bakan hemşire arkadaşın bunu bilmesi lazım en azından iletilmesi lazım, kakasını kaçırıp kaçırıyor mu, yapıyor mu yapmıyor mu yada hastanın ateşi yani çok farklı şey mesela yeni doğan hasta bakıyorsunuz yeni doğan hasta bakımında hastanın genel durumunda ki değişiklik bile o hastanın sepsise gittiğini gösteren bir bulgu olabilir mesela (Eğitici 1, erkek).

Bu görüşün aksine eğiticilerin belirttiği bir diğer görüş ise hemşirenin vizit sırasında aktif olarak katılmasının gerekli olmadığını pasif dinleyici olması gerektiğidir. Bu görüşte hemşirelerin tüm hastaların viziti yerine sadece bakım verdiği hastanın vizite katılıp dinlemesinin yeterli olduğunu belirtilmiştir. Eğiticilerden biri bu görüşü daha da genişleterek hekim direktiflerini yerine getirmenin hemşirenin vizit sürecinde üzerine düşen rol ve sorumlulukları arasında olduğunu belirtmiştir:

Vizit sırasında uyardığımız her şey yardımcı sağlık personeli düşündüğümüz de hemşire arkadaşlarımızın, herkesin kendi hastası hakkında ne konuşulduğunu iyi dinlemesi (Eğitici 2, erkek).

Vizitte mi bence diğer, tedavisini düzgün yapmak, orderları uymak hemşirenin şeyi (Eğitici 4, erkek).

Bu süreçte hemşire için tanımlanan rol ve sorumluluklar arasında vizit sürecinde asistanı tamamlaması ve eksiklerini gidermesi açısından asistanlara destek olması ve vizit sürecinde hasta bakım sürecindeki engelleri tanımlaması ve vizit sırasında bu engelleri aktarması da eklenmiştir:

Birincisi hemşire onun (asistanın) takibini gözlemine tamamlayacak ve işte eksikliklerini giderecek fark ettiği defekleri ileticek, ilaç tedavisini sağlayacak. (Eğitici 3, erkek)

Mesela hastaya geçiyoruz diyoruz ki bunu mobilize edin diyoruz, işte o hastada onu mobilize edecek olan ekibin hemşire arkadaş ona bakan hangisi eğer bu mobilize olamıyorsa o hasta bunun iletmesi lazım, paylaşması lazım ya bunun mobilizasyonu mümkün olmuyor ya da işte o zaman bu niye mobilize olamıyor araştırmak, ağrısından mı, kontraktürü mü var başka bir şey mi var, nedir onu düşünmemiz lazım (Eğitici 1, erkek).

Hasta güvenliği ekip çalışması gerektiren bir süreçtir, bu süreçte hemşirenin asistanlarla işbirliği içerisinde çalışması ve gerekli durumlarda uyarılarda bulunması gerektiği görülmüştür:

Yapılan işin her taraftan bir çift kontrolü var yani asistanların uzmanlık öğrencilerinin yaptığı işlerin doktoru ilgilendiren tarafları var onları kıdemlileri ve uzmanları kontrol eder, bir de tedavi süreçlerinde hemşire hanımlar ile paylaştıkları şeyler var işte orderlar gibi hasta ile ilgili yapılması gereken şeyler gibi onları da aslında ya kıdemli hemşireler gözlemesi gerekiyor. Genellikle de oturmuş kliniklerde gözlüyorlar ve birbirlerini herkes uyarıyor çünkü burada herkes hasta için çalıştığı hiç kimse hastaya zarar verecek bir sürecin oluşmasına izin vermez (Eğitici 1, erkek).

Sorumlu Hemşire

Hemşirelik bakımı ile bilgileri ziyaret sırasında doğru bir şekilde aktarılması önemli bir vurgudur. Bu paylaşımında bilgi alışverişini sağlayacak kişinin doğru kişi olması gerekliliği öne çıkmaktadır:

Dolayısıyla bu önemli yani ona işte dediğim gibi her zaman mümkün olmuyor bizim isteğimiz sorumlu hemşirelerin orada o şeyde tüm hemşire arkadaşları ile sabah vizitini yapıp hastalar ile ilgili kendi açısından takiplerini yedi, içti, dolaştı, dolaşmadı, akciğer masajı yaptı, öksürdü şu oldu bu oldu onların bize aktarılması bunu yapmak nispeten daha kolay ama doğru kişilerin olması lazım yani doğru kişilerin olması lazım (Eğitici 1, erkek).

Eğiticiler, ziyaret sırasında gerekli durumlarda klinikte yatan bütün hastalara ilişkin sorumlu hemşirenin tıbbi bilgi/gözlemlerini başvurabileceklerini belirtilmiştir. Eğitici görüşüne göre sorumlu hemşirenin klinikteki bütün hastaların tedavi/bakım sürecine hâkim, mesleki olarak donanımlı ve primer hasta bakımına katılması gerektiği belirtilmektedir:

Sorumlu hemşirenin de herkesi dinlemesi, bütün hastaları dinlemesi birde kendisi ile ilgili vizitte sorabileceğimiz sorular olacaktır. Yani asistan anlatır bir şeyi ama bir şeyi gözlemleyen odur, onun görüşünü alabiliriz. Düne göre nasıldı bu hasta bugün, biraz daha iştahı açıldı veya biraz daha keyifsiz bence veya işte ishal şöyleydi bunun ben doktor görmemiştir ama yeşildi suluydu, değildi yani onunda tıbbi bilgisine ve gözlemine ihtiyacımız var (Eğitici 2, erkek).

Çocuk Cerrahisi Doktorları

Vizit sürecinin verimli bir şekilde gerçekleşebilmesi açısından uzman ve asistan çocuk cerrahisi doktorlarının hastalar ve hastalıklara yönelik teorik hazırlık yaparak katılmalarının gerekli olduğu eğiticilerin görüşlerinde görülmektedir:

O hastayı mutlaka okuması, akşamdan okuması, nasıl olsa her şeyi biliyorum diye gelmemesi ve her kıdeme göre onlara katabileceği bir şeyleri tekrardan gözden geçirmesi kendisinin hazırlıklı gelmesi kiii her ekibin de kendine göre hazırlıklı gelmesi. Asistan kendine göre çalışmış, uzman kendine göre bakmış, hoca kendine göre literatürü tarayıp gelmiş ise hastanede ne yattığını biliyor ve onu da şey yapıyor onun verimi daha fazla olur (Eğitici 2, erkek).

Eğiticiler çocuk cerrahisi uzman ve asistanlarının kurumsal ve klinik işleyişlerde farklılıklar olsa bile vizit sürecinde hastaya tedavi/ bakım sürecine hâkim olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Hasta hakimiyetinin vizit sürecine olumlu katkıları olduğu görülmektedir:

İşte viziti sunacak kişiler daha önceden de demiştim kişiler asistan olsun belki uzman da hekim olabilir kurum farklıdır, işleyiş farklıdır her kim olursa olsun vizite hastaya her anlamda hâkim olmalı (Eğitici 6, erkek).

Hani farkındalık hasta ile ilgili okumuş olursan neyi sorabileceklerini bilirler, mesela neyini muayene etmen gerektiği işte sen meme kitlesi diye yatırdığın hastayı işte memesini muayene etmediysen, sağına soluna emin değilsen, görüntülemesini bilmiyorsan değil mi hani olası rektal muayenesi değil ama meme muayenesinin yapılmış olması. Bu yüzden hastanın fizik muayenesine işte tetiklerine vs. hâkim olan bir asistan ya da uzmanla vizit yapmanın tadından geçilmez hani çünkü herkes farkında neye bakacağını biliyor, hedef odaklı bir vizit olur (Eğitici 5, kadın).

Vizitin belirli bir hiyerarşik iletişim çerçevesinde yürümesi gerektiğini hem asistanların hem de uzmanların vizit sırasında bu hiyerarşik iletişim zincirine uygun davranmasının gerektiğini vurgulamıştır:

Vizit sırasında herkesin kademine göre davranmasını, sadece görevlinin konuşmasını, hastayı kim anlatıyorsa bu en çömez de olabilir, sözünü bitirinceye kadar kimsenin lafa karışmamasını, kendisine bir şey sorulursa cevap vermesini, çömezün üzerine servis sorumlusunun konuşmasını ondan sonra da bir şey varsa servis uzmanının konuşmasını o hiyerarşi ve disiplin içerisinde her şeyin yürümesini (Eğitici 2, erkek).

Sağlık ekibi

Eğiticilerin neredeyse tamamı hasta tedavi/bakım sürecinin ekip çalışması gerektirdiğini ve bazı durumlarda ekip üyelerinin birbirlerini desteklemelerinin önemli olduğunu vurgulamışlardır:

Ekip çalışması açısından önemli tabi o yüzden hep beraber dolaşıyorsunuz ve hemşire arkadaşlarının en azından sorumlu hemşirenin orda olmasını istiyorsunuz yani servisizde başka şey varsa atıyorum yanık fizyoterapistiniz varsa fizyoterapistinizin de olması gerekiyor ya da beraber çalıştığınız ekibin içerisinde kim varsa çünkü o sabah sizin o hasta ile ilgili aldığınız o kararın bilinmesi gerekiyor o arkadaşların da gerekli hastalar için notlarını alıp gün içerisindeki o hasta için yapacaklarını değerlendirmesi gerekir ve hatta çoğu zaman aktif olarak o sürecin içerisinde o vizitin içerisinde zaman zaman katılmaları gerekli (Eğitici 1, erkek).

Dediğim gibi bütün yoğun bakımlarda uzun süre yatan kritik hastalarda işte fizyoterapi, beslenme ondan sonra metabolizmanın yine destek olması bunlar çok kritik önem arz ediyor (Eğitici 3, kadın).

Valla bu bir ekip işi asla hani en küçüğünden en büyüğüne bazen yeri geliyor temizlik personeli yeterli izolasyon şartlarını uymuyor bütün ekibin yaptığı, çöpe atılıyor hepsi işte acinetobacter oluyor işte bir tane bir şeye yatağa geldi o yüzden baştan sona önemli bence (Eğitici 5, kadın).

Dolayısıyla ekip çalışması aynı zamanda bu anlamda bir vücudun organları gibi herkesin bir uyum içerisinde çalışması, herkesin birbirinin hallini anlaması bir şeyi bir şey olacak diye gizlememesi bu kadar (Eğitici 2, erkek).

Bir eğitici ziyaret sırasında bütün ekip üyelerinin görüşlerinin önemli olduğunu, ziyaret sürecinde görüşlerini ekip üyelerinin yapıcı iletişim teknikleri kullanarak ifade etmelerinin önemli olduğuna değinmiştir:

Yani bu en çömezinden en kıdemlisine, uzmanına hocasına hepimiz için eğitim devam ediyor her hastadan öğrendiğin yeni şeyler var. Herkesin fikri de çok önemli, hani senin aklına gelen benim aklıma gelmeyebilir uygun koşullarda uygun dil ile söylenirse herkes hani bilimsel tartışmaya dahil olabilirse bu ekibin zenginliğini gösterir (Eğitici 5, kadın).

Bir eğitici ziyaretlerin eğitim yönüne vurgu yaparak, ziyaret sürecinin sağlık ekibi üyelerinin sürekli mesleki gelişime katkı sağladığını belirtmiştir. Bu süreçte sağlık ekibi üyelerinin sürekli mesleki gelişimlerini sağlayacak çıkarımlar yapması gerektiği görülmüştür:

Her ziyaret bir eğitim tabi ki. Yani şöyle sonuçta ziyarette ki amaç, hastayı tartışmaktır yatak başında bu anlamda da işte yardımcı sağlık personeli olsun diğer sağlık branşlar olsun ziyarete katılan herkesin bir şeyler çıkarımlar alacağını faydası olduğunu düşünüyorum (Eğitici 6, erkek).

Eksik tarafı var, fizyoterapist sürekli bulunmuyor veya enfeksiyon uzmanı sürekli bulunmuyor hani belki bunlarında hepsinin de dahil olduğu genel bir ziyaret anlamında bir şey olsa daha efektif olur ama işte pratikte uygulamakta zor. Sonuçta fizyoterapist istediğiniz zaman hani o fizyoterapistin sadece yanıkta çalışması gerekir veya enfeksiyon uzmanı dediğiniz zaman işte sürekli servisinizde ikamet etmesi lazım sonuçta hani herkesin kendi alanında da mevcut işleri olduğu için pratikte bunu sağlamak zor (Eğitici 6, erkek).

Ancak klinik ancak işleyişler anlamında bizim primer işimiz bakmak ama oradaki hekimin diğer işi poliklinik yapmak zorunda, başka hastaları da görmek zorunda onu bizim üzerimizde tutamayız (Eğitici 4, erkek).

Eğiticiler klinik işleyiş ve ziyaret süresi arasındaki dengenin sağlanması gerektiğine değinmişlerdir. Zaman faktörünün yatak başı eğitim ve öğretim üzerine engel teşkil etmesinin yanı sıra asistanların uzun süren ziyaretlerde rotasyon alanlarında işleri yetiştirmekle ilgili kaygı yaşadıklarını eğiticilerin görüşlerinde görülmüştür:

Eğitim ziyaretinin amacı, hani belli bir hastalık veya hastayı tartışmadır. Şimdi bu da belli bir program dahilinde yapılır atıyorum haftada bir gün, sonuçta yoğun bir klinik onun için her gün eğitim ziyeti yapmak ya da her dakika eğitim ziyeti yapmak hani o anlamda işleyişi bir nebze aksatabilir (Eğitici 6, erkek).

İkincisi vakit yani vakit bol olacak üç dört saat ziyaret gezebilirsin her bir hastalığı tek tek tepeden aşağı konuşabilirsin bu dahili branşlarda mümkün onlar sadece ziyaret gezmek çünkü bizde yapılması gereken işler var (Eğitici 2, erkek).

Ziyet uzadıği zaman şöyle bir kaygı var, herkes sonuçta işte bir görev alanı var, orada ki işleri aklında, yanık bizim en son gezdiğimiz yer poliklinik ekibi var, servis ekibi var, ameliyat ekibi var işte yoğun bakıma bakan var bi de yanık (Eğitici 6, erkek).

Vizite Katılan Kişiler

Vizite katılan kişilerin eğitim, deneyimi, unvanı ve sayısının ziyaretin niteliği üzerine önemli role sahip olduğu görülmektedir. Vizite katılan hemşirelerin tıbbi bilgi, eğitim ve mesleki deontolojisi, ziyeti sunan asistanın çocuk cerrahisi deneyimi, ziyaret sorumlu doktorunun unvan ve vizite katılan kişilerin sayısının amacına uygun ve nitelikli bir ziyaret süreci için önemli olduğu vurgulanmıştır.

Eğiticilerin çoğu vizite katılan hemşirenin hasta hakimiyeti, tıbbi bilgi ve mesleki profesyonel değerlere sahip olması gerektiğine ve bu özelliklerin eksiklerinin ziyaretinin niteliğini olumsuz yönde etkilediğine değinmişlerdir:

Şöyle hasta ile yedi yirmi dört birlikte olan grup olduğu için onların şeyleri çok önemli uyarıları, onların betimlemeleri çok çok önemli, hastayı en iyi onlar görüyorlar annelerinden doktorlardan daha fazla tabi temel eğitimde eksiklikleri olduğunu

düşünüyorum hemşire arkadaşların mesela taşıkardi tanımını biliyor olması gerekiyor, ateşin yanık hastada tanımının ne olması gerekiyor (Eğitici 3, kadın).

Hastanın hemşiresinin yani hastayı kısaca özetleyecek kişi sensin doğru mu? Etki tepki benim etki ettiğim kadar tepki yani cevap olunca bir sorarsın, iki sorarsın üçüncü de hani gibi oluyor bazen. Zaten sorarken bir düşünüyorsun ne yazık ki Düşünüyorsun çünkü cevabı ondan alamayacağını düşünüyorsun belki. Aslında böyle olmaması lazım kişi bağımlı olmaması lazım böyle yoğun sistemlerin ben olmasam sistem yürür işte atıyorum işte sen olmazsan sistem yürür olması lazım tamam mı? (Eğitici 5, kadın)

Şimdi kimisi tabiri caizse mesaisini tamamlayıp sadece işte nokta atış ne görev versen onu yapıyım modunda çalışan insanlarda (hemşire)var ama işte diğer taraftan yaptığı işe daha kuvvetle sarılıp, daha detayına inip hem hastalara daha hâkim olmaya çalışan insanlar (hemşire) da var tabi bu ikincisi benim şahsen tercih ettiğim çalışma şekli (Eğitici 6, erkek).

Eğiticilere göre; ziyaret klinik sorumlu hekiminin katılımıyla gerçekleştirilen ziyaretlerin amacına uygun gerçekleştiği yönünde olmuştur. Ziyaretin sürecinin deneyimli sorumlu doktor tarafından yönetilmesinin ziyaretin niteliği açısından önemli olduğu görülmüştür:

Eğitilmiş, ondan sonra bunun bir üstündeki servis doktoru en üstte de bir hocanın olması en temel önemli işe yaracak şey (Eğitici 5, kadın).

Eğer o ziyarete dahil yanık sorumlusu, uzman ve hoca ziyarete dahilse çoğunlukla amacına uygun oluyor (Eğitici 3, kadın).

Eğiticilerin çoğu ziyareti sunan asistanın deneyiminin ziyaret süreci üzerinde önemli rol sahibi olduğunu kıdemli ve kıdemi daha az olan asistanla yapılan ziyaretlerde farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir. Asistanının deneyiminin yanı sıra ziyaret yönetimine ilişkin standart bir eğitiminin olmamasının hasta sunumunu etkilediği görülmüştür:

Fark ediyor, mesela tecrübeli bir asistan ile ya da kıdemli asistan ile ziyaret yapmak farklı yeni başlamış bir asistan ile ziyaret yapmak farklı o yüzden onu standardize etmek zor özellikli bir şey yok yani hani bu konuda (Eğitici 4, erkek).

Hasta sunum sırasını bilmiyorlar, öncelik sırasını bilmiyorlar. Nasıl sunulur ki bunun örneğini çoğu kez tekrar etmiş olmamıza rağmen bizlerden ben de buranın asistanıydım biliyorsun bizlerden de görmüş olmalarına rağmen bir kısmında böyle problemler yaşıyor ama oda beşinci senenin sonuna doğru oturuyor (Eğitici 3, kadın).

İşte standardize etmek anlamında işte bu kılavuzlar guide linelar hani dediğim gibi bunlar (hastanın yaş ve cinsiyeti) şey de olsa benim hassasiyetim var, hastanın başına gelince yaşı, cinsiyeti muhakkak söylenmeli yani gibi hani şey tabi fizik muayene bulgularını da en azından bir problem yok şeklinde ziyaret sırasında bahsetmek lazım (Eğitici 6, erkek).

Vizite katılan kişi sayısı artıkça fiziksel koşullardan kaynaklı asistanların dikkatlerinin dağıldığını bu durumun hasta değerlendirmesi ve asistan öğrenme süreci üzerine olumsuz etkisi olduğu vurgulanmıştır:

Gün içerisinde servis uzmanı ve servis asistanı tarafından yapılan daha etkin olduğunu bire bir olduğundan, kalabalık on beş yirmi kişi olduğunda haliyle insanlar haliyle kopuyor. Değerlendirme, hani bilgi almasını istiyoruz ya asistanın onu alamıyor. Birebir vizitler daha iyi oluyor elbette, kalabalıkta ama insanın dikkati dağılıyor, başka yere dağılıyor, dinleyemiyor, hastayı göremiyor, o yüzden de hocanın vermek istediği mesajı o almıyor o anda (Eğitici 4, erkek).

Hasta/Refakatçi Katılım

Eğiticiler vizit sırasında hasta refakatçisinin bulunmasının fiziki ve içerik olarak vizit sürecine engel teşkil edebileceğini düşünmektedirler. Fiziki koşullar, yanlış anlam çıkarma, eğitimin aksaması ve toplumsal/kültürel yapı tanımlanan engellerdir.

Bazı eğiticiler kliniğin fiziki koşulları uygun olmadığı için hasta/refakatçi vizite katılımının uygun olmadığına değinmişlerdir:

Fiziki imkanlar nedenler nedeniyle (refakatçi katılımlı vizit) gerçekleştirilemiyoruz (Eğitici 2, erkek).

Ama fiziksel şartlar nedeniyle ailelerin yanında bulunması, şimdi tabii şöyle yoğun bakımı da derecelendirilebilir, yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarında derecelendirilmeleri gerekir yani entübe olan ya da preseptik olan bir hastanın yanında ailesinin olmasının çok bir manası yok bunların da derecelendirilmesi gerekiyor (Eğitici 3, kadın).

Eğiticiler vizit sırasında refakatçi ya da ebeveynlerin bulunmasının en önemli nedenini iletişim engelli olarak tanımlamıştır. Sağlık profesyonelleri arasında hastalık ve tedavi sürecine yönelik yapılan konuşmalardan tıbbi terminoloji ve bilgi eksikliği nedeniyle hasta yakınlarının yanlış anlam çıkarabileceklerine bu durumun vizitin niteliği üzerine olumsuz etkileri olabileceğini belirtmişlerdir:

Hemogram, biyokimyası işte tetkikleri işte kanser düşünülen hasta ile ilgili hani ne o ancak aileyi irrite edebilir şimdi. Amerika da benim gördüğüm buydu, gidiyor doktor aaaa 'how are you' işte sohbet her şey yolunda gidecek tamam falan tamam hiç hasta ile ilgili böyle bir, suya sabuna dokunmadan normal yüzeysel bir konuşma sonra çıkıyor normal takibine bakıyor, laboratuvarına bakıyor hemşiresi ile konuşuyor ama klinik vizite ailenin dahil edilmesini aileye çok katkı olmayacağı, onların daha çok gerilebileceğine inanıyorum (Eğitici 5, kadın).

Zincir var sadece aile yok çünkü aile yanlış anlaşmalara sebep olduğu için çünkü bizim söylediğimiz her cümleden başka bir anlam çıkarıyor, haklı olarak bilmediği bir şey, endişeli, gergin işte çocuğuna ne yapılacağını bilmiyor (Eğitici 4, erkek).

En önemli gerekçesi hastalıkla ilgili ayırıcı tanı ve diğer şeyleri konuşurken tartışırken aslında hastada olmayan bir senaryoyu tartışıyorsunuz. Dolayısıyla bu senaryo üzerinden tartıştığımız vakit hasta ailesinin kafasında yanlış bir bilgilenme ve hastalığıyla ilgili yanlış bir şey ne diyeyim ben süreç geliştirebiliyor (Eğitici 1, erkek).

Eğiticiler yatak başı vizitlerin aynı zamanda bir öğretim süreci olduğunu, bir hastalık üzerinden olabilecek bütün senaryoları, doğru ve yanlışları konuşulup tartışıldıklarını belirtmişlerdir. Hasta refakatçisinin bu süreçte yer almasının yatak başı eğitim üzerine engel teşkil edebileceğini belirtmişlerdir:

Tabi hasta hakkında konuştuğumuzun her şeyini bazen çünkü eksikliğini de yanlış da konuşuyoruz ailenin yani orda cehaletten dediğim oradaki duyduğu yarım yamalak bir şeyden yorum yaparak kendine göre çıkarımlar yapabilir. Biz hastanın başında her şeyi rahatça konuşabilelim (Eğitici 2, erkek).

Çünkü yapılan tartışmayı süreci çünkü hastalığı belli ama biz eğitim olsun diye bunun ayırıcı tanısını öyle mi olmalı şöyle mi olmalı diye bir takım şeylerde tartışıyorsunuz atıyorum mesela yara yeri enfeksiyonu olmuş hastanın yara yeri enfeksiyonunu tartışıyorsunuz peki yara yeri enfeksiyonu niçin olmuştur neden diye soruyorsunuz yani bunun nedenlerini şimdi mesela burada atıyorum nedenlerden bir tanesi de özensiz teknik olabilir şimdi hasta yakını yanında siz bu özensiz teknikten dolayı olmuş derseniz hasta yakınının kafasında binlerce soru işareti olabilir (Eğitici 1, erkek).

Bir eğitici toplumsal ve kültürel yapısının vizit sırasında hasta refakatçisinin bulunmasına elverişli olmadığını ve hasta refakatçisinin vizit sırasında bulunmasının doğru bir yaklaşım olmadığını belirtmiştir:

Hasta yakınının illaki vizite bir şeyi vardır ama bizim toplumumuzun genel yapısını düşündüğüm zaman dezavantajlarının daha fazla olacağını düşünüyorum hani. Yani en basitinden vizitin işleyişini aksatırlar, ne biliyim orda hastayı tartışırken o kendi bakış açısından yorum yapıp olaya dahil olmaya çalışıp sabotaja kadar gidebilir hani bu da hani eğitim düzeyi ile alakalı bir şey, kültür ile alakalı bir şey mevcut hasta popülasyonunu düşündüğüm zaman çok makul gelmiyor (Eğitici 6, erkek).

Vizitin Duygusal Ortamı

Eğiticilere göre, vizitin gerçekleştiği atmosferin vizitin niteliği üzerine olumsuz etkileri olabilir. Hiyerarşi, kişisel kaygılar ve korku vizitin duygusal ortamını etkileyen faktörler olarak tanımlanmıştır.

Hiyerarşinin vizite katılan sağlık profesyonellerinin klinik işleyiş ve hasta hakkında görüş bildirmelerinde bir engel olduğu eğitici görüşlerinde dikkat çekmektedir. Bazı eğiticiler mesleki kültürün bir parçası olan bu hiyerarşik düzenden rahatsızlıklarını ifade etmiştir:

Cerrahi kliniklerinde hiyerarşi sistemi olduğu için, hiyerarşi düzen içerisinde gittiği için bazı şeyler yüzden yapılamıyor. Yani çünkü benim kişinin fikrinden ziyade uzmanın ya da asistanın fikrinden ziyade burada bir cerrahi kliniğin nosyonu girer, yaptığı uygulamalar daha önemli buna A ise hoca buna B ya da bu klinik buna B diyorsa B'dir, ben istediğim kadar A deyim. Yani öyledir o yüzden onun devam etmesi için, hiyerarşinin devam etmesi, cerrahi eğitimin de devam etmesi için böyle yapılıyor (Eğitici 4, erkek).

Yani hasta hasta başında tartışılır, herkes fikrini beyan eder monolog tarzında bir ziyaret yapılmasını uygun bulmuyorum. Burada böyle bir düzen (hiyerarşik düzen) var ben de çok haz etmiyorum bundan. Yani kısa ve net olarak şunu söyleyeyim vizitin amacı hasta başında hastayı tartışmaktır, herkes özgürce fikrini beyan etmelidir. Ha şu vardır her fikir kıymetlidir ama muteber olmayabilir, hasta başında söylenmesi gerekir. Ben kendi adıma şöyle söyleyeyim ben kendi adıma bir ziyaret yönetiyorsam ziyaret başında ben varsam hepinize işte hastayı takip eden herkes fikrini beyan etsin isterim (Eğitici 6, erkek).

Eğiticilerden biri hem asistanların hem de diğer sağlık ekibi üyelerinin kişisel kaygılarının olabileceğini bu kaygıların ekip üyelerini ziyaret sırasında konuşmamaya itebileceğine değinmiştir:

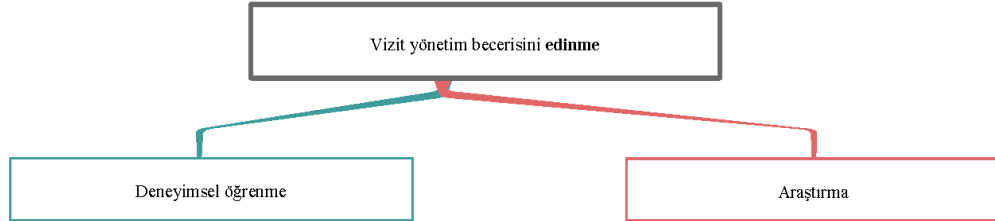
Konuşmalarında farklı ekip üyelerinin farklı kaygıları olabilir, asistanlar çekiniyor olabilir, ya da bir şey söylesem onun peşinden başka soru gelmesinden çekinebilir (Eğitici 6, erkek).

Eğiticiler ziyaret sırasında korku ya da klinik işleyişi iyi gösterme ihtiyacının sorumlu hemşire ve vizite katılan hemşirenin hastaya ilişkin yanlış bilgi aktarma ya da gerçeği gizlemesine neden olabileceğini belirtmiştir:

Dolayısıyla insanların (sorumlu hemşire, hemşire) böyle bir şeyi olur öyle ziyaretlerde bazen korku bazen gidişatın (klinik) iyi olduğunu göstermek ihtiyacı hem yalan söylemeye itebilir hem de az konuşmaya itebilir yani gerçeği perdelemeye itebilir (Eğitici 1, erkek).

4.2.5. Vizit Yönetim Becerisi Edinme

Eğiticilerin vizit yönetim becerisini deneysel öğrenme ve araştırma yöntemi kullanarak kazandıkları görülmüştür. Eğiticilerin vizit yönetim becerisinin öğrenilmesine yönelik kodlar Şekil 4.7.'de verilmiştir.



Şekil 4.7. Yönetim becerisi edinme

Deneysel Öğrenme

Eğiticilerin bazıları meslek yaşamlarında olumlu veya olumsuz deneyimlerinden sentez yaparak kendilerine özgü vizit yönetim stillerini geliştirdiğini belirtirken bazıları yaparak vizit yönetim becerisini kazandıklarını ifade etmişlerdir:

Birçok farklı insanla çalıştık her birinin kendine göre bir usulü vardı, o usullerden işte az önce bahsettiğim işte asistan takip edecek benim vizitimi öbür arkadaş, öbür arkadaş vizitlerini takip edip kendine nasıl bir sentez oluşturacaksa, oluşturmasını bekliyorsam ben de kendi sentezimi oluşturdum, kötü örnekler de var daha iyi örnekler de var (Eğitici 2, erkek).

Burada ki eğitim sürecindeki yani asistanlık eğitim sürecinde tecrübe ile, deneyimler ile kazandım. Kötü ve pozitif deneyimlerle kazanım sağlıyoruz (Eğitici 4, erkek).

Yani şöyle zaman içerisinde olan bir şey hani sonuçta çok yerde çalıştım ben, sonuçta herkesten her yerde bir şey görüyorsun kendinize göre uygun veya değil, bir süre sonra işte bunların sentezini yapıp doğru bulduklarımı alarak, yanlış bulduklarımı dışlayarak bir şekil belirledim (Eğitici 6, erkek).

Sabah, öğlen ve akşam vizit yaparak. Yapararak öğrendik (Eğitici 3, kadın).

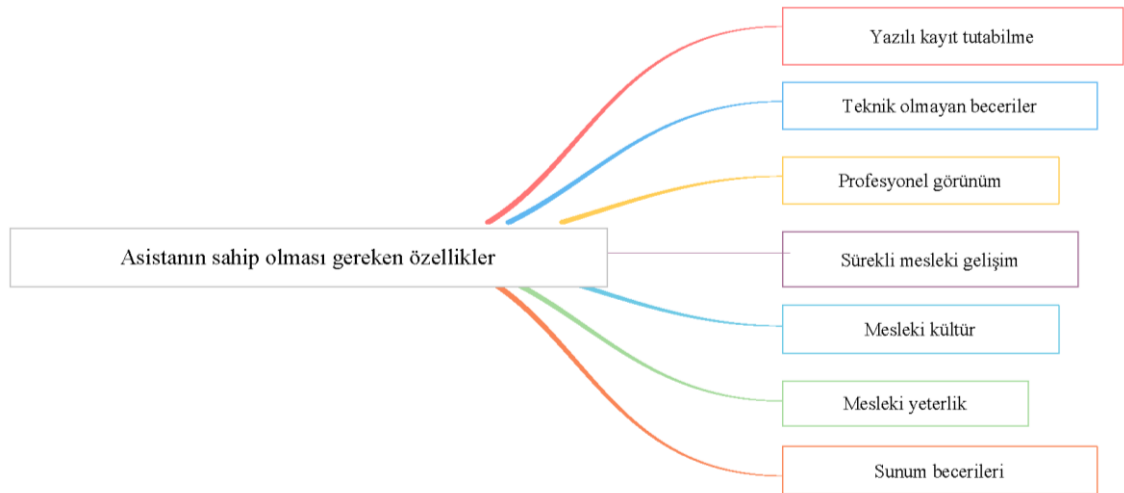
Araştırma

Bir eğitici ziyaret yönetim becerisini yaptığı araştırmalar sonucunda dokümanları okuyarak kazandığını belirtmiştir:

Şimdi şöyle kazandım bizim eğitici eğitimi şeyleri vardı oralarda konuştuğumuz bir de asistan eğitimi için şeyler vardı bir takım belge dokümanlar vardı onları ben asistanlar eğitime başlamadan önce bunlarla ilgili nasıl yapabiliriz sene 2007-2008 yıllarında. 2009 1 ocağında başladı ilk asistan buraya ondan önce hepsini kafamda kurguladım hepsini okudum, yani eğitim nasıl yapılır, eğitim nasıl olmalıdır işte çekirdek eğitim müfredatı nedir ne öğreteceğiz ne öğretmeyeceğiz, kime nerde ne öğreteceğiz nasıl sınav yapacağız, nasıl soracağız sormayacak mıyız, işte akran öğrenmesi nedir, yapılandırılmış ziyaret nedir normal ziyaret nedir, seminer nedir, makale saati nedir vs. (Eğitici 1, erkek).

4.2.6. Asistanın Sahip Olması Gereken Özellikler

Eğiticilere göre, ziyaret yönetimi için asistanın belirli özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler yazılı kayıt tutabilme, teknik olmayan beceriler, profesyonel görünüm, sürekli mesleki gelişim, mesleki kültür, mesleki yeterlik ve sunum becerileri olmak üzere yedi alt tema altında toplanmıştır. Şekil 4.8.'de eğiticilerin tanımlamalarına göre asistanın sahip olması gereken özellikler gösterilmiştir.



Şekil 4.8. Asistanın sahip olması gereken özellikler

Yazılı Kayıt Tutabilme

Bazı eğitimcilerin, asistanların vizit sırasında veya sonrasında yazılı olarak not alması ve bu yönde becerilerinin gerektiği yönünde görüşleri olmuştur. Verilen doktor istemleri (order) ve gün içerisinde yapılacak işler özellikle yazılı kayıtların içeriğini oluşturmaktadır:

Vizitte konuştuğumuz kendisinden not aldığı sonuçta her şeyi not alması gerekiyor. Herkesin kendine göre, kafada tutmak gibi bir prensibi olmaması lazım yani her şeyi elinde yazılı olacak ve orda kendisine düşen görevlerin hepsini gün içerisinde (Eğitici 2, erkek).

Vizit bittikten sonra vizit sırasında birincisi verilen orderler not edilir, yani o hocalar tarafından verilen orderler tamamlanır (Eğitici 3, kadın).

Teknik Olmayan Beceriler

Eğiticilere göre vizit sürecinde asistanların durumsal farkındalık, liderlik, öz farkındalık gösterme, ekip çalışması, karar verme gibi temel teknik becerilere sahip olması gerekmektedir. Çocuk cerrahisi eğitimcileri, asistanın hastaya ve çalıştığı ortama yönelik durumsal farkındalığının olması, bazı durumlarda inisiyatif alıp hasta hakkında karar vermeleri ve gerekli durumlarda ekip üyelerinden destek almaları gerektiğine değinmişlerdir. Ayrıca asistanların hasta önceliklerinin belirlenmesi, planlama yapması, sınırlılıkların farkında olup vizit sürecinde dürüst bir yaklaşım sergilemelerinin önemli olduğunu vurgulamışlardır:

Hasta ile ilgili bir vizyonu olması lazım. Hastaya ait bir kendi çapında hani kendi kıdemine göre çömez ise çömez bir plan çizmiş olmalı kafasında o planı çizemediyse bile planı sorgulamış olmalı bir üzerinden ve plana hâkim olmalı (Eğitici 3, kadın).

Bazısı öyle, bazısı böyle mesela şimdi ben şeyi yine çok inanyorum, mesela almış laboratuvar kanını da almış sonucunu da çıkarmış bana söylüyor, çık hayır ben doğru olanın sadece bu olmadığını düşünüyorum orda hipopotasemisi var mesela hastanın. Bana söyleyecek ben düzeltereğim bu doğru değil o hipopotasemiyi fark etmiş mayi değişikliği yapmış, eklemiş olması gerekeni eklemiş bana bunu söylemesi gerekiyor (Eğitici 5, kadın).

Ha artı işte biz bir cerrahi kliniğiyiz yapacağımız işlerin çoğunu ameliyat işte planlanan ameliyat hakkında fikir sahibi olmasını, hastalık hakkında bilgi sahibi olmasını işte, hastalığın seyrini bilmesi ya da tedavi seyrini bilmesi ya da tedavi alternatiflerini bilmesi hani bunlara hâkim bir asistan benim için vizitte benim için idealdir (Eğitici 6, erkek).

Vizit bittikten sonra hani vizitte kararlar alınıyor, onların en kısa zamanda en düzgün şekilde hani bir işte iş listesinde çeklist tamamlamaktan ziyade işin hakkını vererek, aciliyeti olan işleri atıyorum işte hastanın kan transfüzyonu lazımken tutup onun USG randevusunu ayarlamasını beklemem. Hani önceliklerin sırasını kafasında bir şey yapıp akış oluşturup ona göre konuşmaları yapmasını beklerim (Eğitici 6, erkek).

Bunlar içerisinde anormal gidişli bir şey olursa da zamanında ve vaktinde uzmanlarına bir üstündeki kıdemli asistanına ya da kimse ilgili o gün ona haber vermiş olması. Yani şöyle bir şeyi yok hastanın ateşi 39 derece olmuş 24 saat sonra gelip bunu size dün akşam ateşi 39 derece oldu olmaması lazım. Yani bu ateş 39 derece olduktan sonra o ateşi değerlendirip bilmesi gereken üzerinde uzmanı kıdemli asistanı bilip hep beraberde ona bir müdahale yapmış olmaları gerekir (Eğitici 1, erkek).

Hasta gelmiş hiçbir şey bilmiyor, ilgilenmemiş hani nasıl vizit devir almış, şey dürüstlükte şu çok güzel ben buna bakamadım, yetiştiremedik de canımı ye ama uydurmak zaten o söz konusu olamaz, atıyorum laboratuvarına bakmamış gelmiş vizit sunuyor bu doğru olan değil (Eğitici 5, kadın).

Profesyonel Görünüm

Eğiticilerden biri, asistanın vizit sırasında üst kademinde bulunan kişilerin katılımını göz önüne alınarak hasta başında temiz ve düzenli bir dış görünüme sahip olması önemli konusunda farklı bir bakış açısı sergilemiştir:

Birincisi tertemiz, tertipli düzenli giyinmiş dış görünüşte önemlidir. Hasta başındasın hastayı sen ifade ediyorsun, üstündeki insanlar var büyüklerin var tamam mı birincisi bu temiz olman gerekiyor (Eğitici3, kadın).

Sürekli Mesleki Gelişim

Eğiticilerden biri, pratik bilginin yanı sıra asistanın araştırma yaparak teorik bilgi düzeyini de geliştirmesi gerekliliğini vurgulamıştır:

Yani sonuçta okumaları lazım, fırsat buldukça vakit buldukça işte araştırmacı olmaları lazım. Hastanın seyrine, kliniğine teorik olacakta hâkim olması gerekir (Eğitici 5, kadın).

Mesleki Kültür

Bir eğitici asistanın hasta hakkında doğruluğuna inandığı bir bilgiyi vizit sırasında hiyerarşik aşamalardan geçirerek ya da vizit sonrasında uygun iletişim yöntemleri kullanarak iletmesinin önemli olduğuna değinmiştir. Bu süreçte yapıcı iletişimin önemli olduğu görülmüştür:

Uygun şartlarda söylenen herkes küçüğünden büyüğüne önemli ama tabi ki usul esastan önemli yani atıyorum en büyük hoca konuşurken en küçüğü ya bunda da böyle yapılıyor değil de biraz daha işte aşamalı şekilde bir üstüne ileterek belki ya da vizitin ortasında yanında büyüğün vardır sence çok doğrudur ama hani hocan başka bir şey diyordur o an hani yok ben şu okudum değil de yani böyle uygun dilde uygun örneklerle belki bu vizitte değil de viziten sonra işte öyle hocam böylede bir şey ben okudum, böylede bir şeyi tecrübe etmişler bizim bu hastada katkısı olur mu olmaz mı yer, mekan ve üslup çok önemli bence (Eğitici 5, kadın).

Mesleki yeterlik

Eğiticilerin çoğu, asistanın sahip olduğu yeterlikleri “kapasite” kavramı ile vurgulayarak ziyaret süreci üzerinde belirleyici bir faktör olduğuna değinmişlerdir. Ziyaret sürecindeki farklılıkları ortadan kaldırmak ve beklentileri karşılamak için asistanın belirli bir yeterliğinin olması gerekli görülmektedir:

Karşılaman var, karşılamayan var. İki şey var, bir kapasitesi mi yetersiz. İki aslında yeterli ama bir sıkıntısı var kendini işine veremiyor, bunları ayırt etmem gerekiyor (Eğitici 2, erkek).

Yani işte çömezler ayak işlerini yapıyor, sonra kıdemli buna çok hâkim olamıyor ondan sonra tabi birde kapasite meselesi de var (Eğitici 3, kadın).

Şimdi söyle söyleyeyim bu tabi çok düzey bir şey değil, yani kabiliyeti, kimin nöbetçi olduğu, olan uzmanlık öğrencisinin işe yatkınlığı, hastayı değerlendirmesi, kapasitesi yani beş parmağın beşi bir olmadığı gibi uzmanlık öğrencilerinin de hepsi aynı değil (Eğitici 1, erkek).

Sunum becerisi

Eğiticilerin çoğunun görüşü; asistanların ziyaret sırasında hasta ile ilgili belirli noktaları vurgulayarak, akıcı bir şekilde hastayı tüm ekibe takdim etmesi yönünde olmuştur:

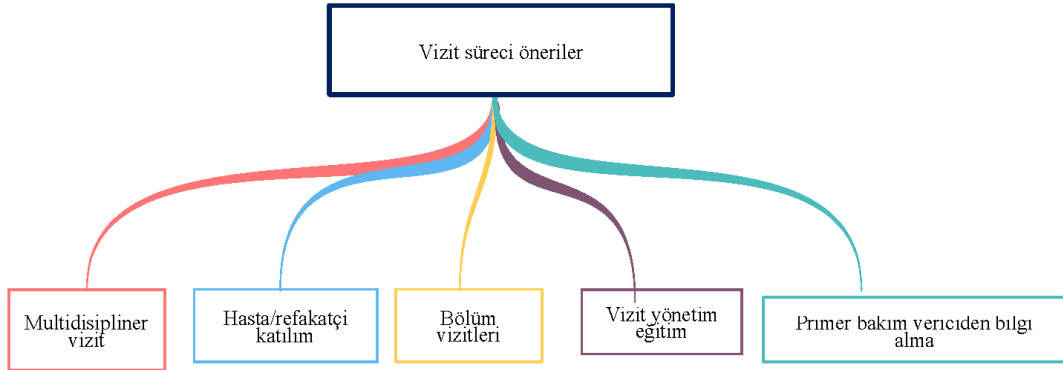
Hastayı yani çocuk cerrahi asistanı elinde kâğıt olmadan sonuçları aklında ezberinde her şeyine hâkim bir şekilde anlatabiliyor olmalı. Bunu da bizim gibi bilen birkaç tane asistan var (Eğitici 3, kadın).

Vizit sırasında akıcı bir şekilde sunmasını hani bizim hani hastanın yaşıyla, cinsiyeti ile başlayın genel durumu, vitalleri ile devam edin işte genel durumu iyi kötü diye sonra işte vitalleri stabil ya da an stabil devam eden sonrasında işte hastada bu şikayetler yani anamnez kısmı, öyküsü, tedavisi şeklinde gitmesi beklenir. Sonrası aslında tedaviyi söyleyebilir (Eğitici 4, erkek).

Vizit sırasında neler bekleriz işte hastayı iyi prezante etmesi lazım, hani demin söyledim işte yaşadır, cinsiyetidir, vital bulgularıdır, fizik muayene bulgularıdır, klinik seyridir onları işte herkesin kafasında soru işareti bırakmayacak şekilde uygun bir şekilde ifade edip anlatmasını beklerim (Eğitici 1, erkek).

4.2.7. Vizit Süreci Önerileri

Eğiticiler yatak başı klinik vizit süreci ve geliştirilmesine yönelik; hasta/refakatçi katılım, multidisipliner vizit, hemşire katılım, bölüm vizitleri ve vizit yönetim eğitimi başlıklarında önerilerde bulunmuşlardır. Eğiticilerin vizit sürecinin geliştirmesine yönelik önerileri Şekil 4.9.'da verilmiştir.



Şekil 4.9. Vizit süreci öneriler

Multidisipliner Vizit

Eğiticilerin çoğu, multidisipliner vizitlerinin yapılmasının hasta bakımına olumlu katkı sağlayabileceğine değinmişlerdir. Bu vizitlerin hasta bazında yarı konsey tarzında ya da belirli günlerde yapılabileceğini belirtmişlerdir:

Belki şu yapılabilir diğer bölümler işte partnerlerle görüşüp ortak vizit planlaması yapılıp hani onlarda dahil edilebilir, mevcut koşullar için konuşuyorum, her ne kadar burada çalışmıyor olsalar da en azından o yapılabilir haftada bir gün ya da iki gün, atıyorum bir hafta başı bir hafta sonu, pazartesi, cuma olabilir veya perşembe öyle bir planlama yapılabilir. Olsa iyi olur diye düşünüyorum (Eğitici 6, erkek).

Güzel olabilir onunla bir sıkıntı yok mesela, şey, her gün yapılmayabilir ama bazı günler ortak disiplinler vizit işte gerçekten aktif fizyoterapi olsa mesela... öyle idi fizyoterapistlerde katılırlardı işte sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşiresi herkes fikrini söylüyor idi işte bunda şu aşamadayız, şunun şurasında kontraktür var diyor, öteki diyor ki diyetisyen ben şuna şu mama başladım kilo kaybı var bilmem ne var herkes fikrini söylüyor mesela haftanın bir günü ortak bir şey yapılabilir (Eğitici 5, kadın).

Hastayı yarı konsey yapmak hastanın başında. Yani bu hasta ile ilgili sizin görüşünüz ne, bunları nasıl çözer izi onunla konuşmak. Daha özel daha dar ama yine

multidisiplinerin bir tarafında bu bölümlerden birer kişi olabilir, bizim tarafımızda herkesin olması gerekmiyor (Eğitici 2, erkek).

Hasta/Refakatçi Katılım

Bazı eğitimciler, taburculuk süreci ve eksik anamnez tamamlamada hasta veya refakatçilerin ziyaret sürecine dahil edilmesinin doğru bir yaklaşım olabileceği önerisinde bulunmuşlardır. Ziyet sırasında alınan kararda ise hasta/refakatçisinin rolü olmadığı uzman görüşlerinde dikkat çekmektedir:

Ama burada ki sınır profesyonel tıbbi destek ayrı bir şey hastaya bakım ayrı bir şey. Yani o ayrı biz burada profesyoneliz, profesyonel tıbbi hizmet veriyoruz. Yani bizim vermemiz gereken şey ayrı. Haaa onun dışında hastasında bakımı aile çocuğundaki hastalığın ne olduğunu bundaki bulguların ne olduğunu ya da ters giden şeylerin ne olduğunu bilmeli ve bunları da yapması gerekenleri bize ne zaman ulaşması gerekenleri bilmeli. Bunlarda çoğunlukla giderken taburcu olurken anlatmaya çalışıyoruz (Eğitici 1, erkek).

Ziyet sürecine bir katkısı olmuyor maalesef daha çok aksine sizin söylediğiniz sözden başka bir anlam çıkarıp, size o anda sorup hatta ziyaretinizi uzatabiliyor. Onun yerine ziyaretten sonra ayrıntılı ailesine anne babasına daha doğrusu anne babasına daha mantıklı geliyor. Ama işte aklı başında bir anne babadan anamnez almak, bazen çünkü eğitim sürecinde bazen eksik anamnezler alınabiliyor (Eğitici 4, erkek).

Diğer eğitimcilerin aksine bir eğitimci, hasta yakınının ziyaret sürecinin her aşamasında katılımın hastalar açısından önemli olduğuna değinmiştir:

Hasta yakınının katılımı kesinlikle çok faydalı çocuklar için özellikle (Eğitici 2, erkek).

Bölüm Ziyetleri

Eğiticilerden biri, çocuk cerrahisi kapsamında hizmet veren (Yanık Yoğun Bakım, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Çocuk Cerrahisi Yoğun Bakım) bölümlerde toplu ziyaretler yerine, ilgili bölümlerde çalışan uzman ve asistanlarla ziyaret yapılmasının kişilerin daha iyi öğrenmesine katkı sağlayacağını vurgulamıştır. Küçük gruplarla gerçekleştirilen eğitim etkinliklerinin öğrenen açısından önemli olduğu görülmektedir:

Nasıl olabilir yine aylık döngüler şeklinde hani şey öğretim üyesi hoca vasfındaki kişi bir ay boyunca uzmanı ve altındaki üç asistanı şeklinde dolaşır öğretir mesela burada servis için ama yanığa çıkar başka asistanlar vardır başka uzmanlar vardır onunla başka ziyaretler olur olur, onlara direk birebir yani küçük ziyaretler ama herkesin işte o yüzden kimse bir şey kaçırmamasın diye aylık döngü olması lazım ki öğrenebilsin. Küçük ziyaretlerin daha etkin olduğunu, ben kendi asistanlık eğitimimden de birebir anlatılınca daha iyi öğreniyorsunuz (Eğitici 4, erkek).

Primer bakım vericiden bilgi alma

Bir eğitici hastaya primer bakım verici hemşiresinin vizite katılmasının hasta açısından daha yararlı olabileceğini belirtmiştir. Ancak eğitimcilerin ifadelerinde, sorumlu hemşire ve hastanın primer bakım verici hemşiresinin aynı anda vizitte bulunmasına ilişkin kaygıları dikkat çekmektedir.

Yani ne biliyim uygulanması zor hani sorumlu hemşirenin etkinliği yok oluyor anlatabiliyor muyum hani vizitte manasız olur onun varlığı. Hiyerarşi mi immm, katılması uygun olabilir ama dediğim gibi hani sorumlu hemşirenin katılmasına gerek yok gerçekten de hastayı takip eden hemşirenin bütün gün dün geceden beri başında olan hemşirenin vermesi çok daha sağlıklı (Eğitici 3, kadın).

Vizit Yönetim Eğitimi

Eğiticilerin çoğu mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim sürecinde uzman ve asistanlara yönelik seminer, anlatım ve oryantasyon eğitimlerinin verilmesinin verimli vizit sürecinin yürütülmesi açısından önemli olabileceğine değinmişlerdir. Kurumsal yapının verilen eğitimler üzerine etkili olduğu belirtilmiştir:

Tıp fakültesinde bile yapılabilir bence, mezuniyet öncesinde. Şu da yapılabilir mezuniyet sonrası eğitime de katılabilir sonuçta işte, oryantasyon eğitimi diye bir şey var yani işte hangi meslek grubundan olursa olsun işte çalıştığı kurum hakkında, işleyiş hakkında bir oryantasyon eğitimi alması gerekiyor. Ha bizde bu işler nasıl yapılıyor, kâğıt üstünde yapılıyor. Ee yani yurt dışında nasıl işte belli bir süre veriliyor size, atıyorum işte otomasyon programı onun eğitimini almadan sizi bilgisayar başına oturtmazlar, yani herhangi bir şeye bakamazsınız o kurallar biraz rijit olmalı hani oryantasyon eğitimi sürecinde de vizit işleyiş düzeni, nedir nasıldır hani kurumsal farklılıklar olabilir her hastanede farklı bir düzen olabilir, ama en azından o hastanenin benimsediği düzen içerisinde bir algoritma oluşturulup ona göre yapılabilir (Eğitici 6, erkek).

Nelere dikkat etmek lazım mı? Benden on yaş büyük birinden dinlemek isterim. Böyle beş tane adamı dinlemek isterim. Yoksa vizitte şunlar şunlar diye teorik bir eğitim o alınmalı belki oda olmalı yani vizit nedir, amaçlarınız başka neler olabilir, o vizitten hangi kazanımlar elde edebilirsiniz, daha verimli vizit nasıl yapabilirsiniz eğitimi olabilir ama onun mutlaka o pratiği yaşamış insanlar tarafından da arkasından vaka gibi case gibi yani şu şekil case deyim işte Hacettepe'den şu hocanın bu konuda ki tecrübesi birikimleri, Ahmet'ten şöyle Mehmet'ten şöyle diye bir şey alınabilir (Eğitici 2, erkek).

Olabilir aslında, bunu da yapmak lazım vizit nasıl sunulur, yeni başlayan insanlardan mucize beklemem lazım. Dur ben sana bir ders anlayayım şimdi son zamanlarda yapmıyorum ama mesela (Eğitici 5, kadın).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde elde edilen bulgular ışığında Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde gerçekleştirilen yatak başı klinik vizit süreci ve çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim becerileri daha önce yapılan araştırmalar ile birlikte tartışılmıştır. Literatür, klinik vizitlerin bir doktorun günlük aktivitelerinin temel parçası olduğunu göstermektedir; bu nedenle mesleki becerilerin ve profesyonel değerlerin kazandırılmasında önemli öğrenme ve öğretme fırsatları sağlar. Araştırmada, yatak başı klinik vizit sürecini ve bu süreçte çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim becerilerinin tanımlanmasına odaklanmıştır.

Vizit Becerileri

Yanık yaralanmaları ve buna bağlı sekeller dünya genelinde, özellikle pediatrik popülasyonda önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır (78,79). Yanık travmasına bağlı oluşan ölüm ve sekellerin önlenmesinde sağlık profesyonellerinin eğitiminin önemli role sahiptir (24, 80). Türkiye'de kabul edilen çocuk cerrahi programında yanık cerrahisi eğitimi en az bir ay rotasyon olarak belirlenmiştir (81). Son yıllarda yanık bakımında kaydedilen ilerlemelere rağmen yanık yaralanmalarının klinik yönetimi sağlık profesyonelleri için önemli zorluk olmaya devam etmektedir (82). Klinik vizitlerin hasta yönetimindeki rolü göz önüne alındığında yatak başı eğitim faaliyetlerinin oranının artırılmasının yanık hastaların yönetimine önemli katkı sağlayabilir. Bu gerekçeyle bu çalışmada klinik vizit süreci ve niteliğine ilişkin veri toplanmıştır. Çalışmada 2 ay süresince gerçekleştirilen yatak başı klinik vizit gözlemleri (n=43) sonucunda, yatak başı vizitlerin %83,7'sinin (n=36) klinik vizit, %16,3'ünün (n=7) eğitim viziti başlığı altında gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Alqahtani ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (75), farklı deneyime sahip doktorların %70'i (n=84) eğitim vizitlerin sıklığının haftada bir kez yapılmasının uygun olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Laskaratos ve arkadaşlarının asistan görüşlerini inceledikleri araştırmada (83), asistanlar haftada bir kez klinik vizitlerden ayrı gerçekleştirilen eğitim vizitlerinin yatak başı öğretim süreçlerine katkı sağlayabileceği önerisinde bulunmuşlardır. Eğiticilerin görüşlerinde, eğitim vizitlerinin gününün net olarak belli olmadığı bir gün önceden belirlendiği görülmüştür. Bu sebeple gözlemler süresince gerçekleştirilen yapılandırılmış eğitim vizitlerinin, haftada gerçekleşme

sıklığını ve oranını benzer çalışmalarla kıyaslamak güçtür. Yapılandırılmış eğitim vizitlerinin içeriğini ağırlıklı olarak çocuk cerrahisi konularının oluşturduğu araştırmacının gözlem notları arasında yer almıştır. Asistanların çocuk cerrahi alanında eğitime devam ediyor olmaları ve çocuk cerrahisinin ana konularına daha çok ilgi gösteriyor olmaları, bu alandaki öğrenmelerini yanık alanı ile birleştirilmesi vizitinin içeriğinin çocuk cerrahisi konularından oluşmasının nedeni olabilir.

McLeod (84), hem hastaların durumunun değerlendirilmesi hem de klinisyenlerin eğitimi için ideal klinik ziyaret süresinin 40-60 dakika arası olması gerektiğini önermiştir. Priest ve arkadaşlarının (85), iç hastalıkları kliniğinde yatak başı geçirilen ortalama süre 38,2 dk. iken, pediatri kliniklerinde bu sürenin 14,6 dk. olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca iç hastalıkları kliniğinde yeni hastaya ayrılan ortalama ziyaret süresi 11,1 dk., eski hastaya ayrılan ortalama ziyaret süresi 3,8 dk. iken pediatri kliniğinde yeni hastaya ayrılan ziyaret süresi 8,3 dk., eski hastaya ayrılan ziyaret süresini 8,2 dk olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada, eğitim vizitlerinin ortalama süresi 24,5 dk., klinik ziyaretlerin ortalama süresi 11,3 dk., yeni hastaya ayrılan ziyaret süresi ortalamasının 7,3 dk., eski hastaya ayrılan ziyaret süresi ortalamasının 1,5 dk. olduğu görülmüştür. Ziyet süresi klinikte yatan hasta sayısı ve hastaların durumu gibi bazı etkenler nedeniyle değişebilir. Bu sebeple ortalama bir süreyi bu etkenler dışında vermek güçtür. Bu çalışmanın yapıldığı kurumda çalışma süresince yatan hasta sayısı ortalama 7,8 ile çok yüksek değildir. Bununla birlikte ortalama sürenin Priest ve ark. pediatri klinikleri için bulduğu ortalamaya yakın ve eski hastaya ayrılan ziyaret süresinin daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada örneklenen kurumda çocuk cerrahisi kapsamında hizmet verilen klinik sayısının fazla olması nedeniyle ziyaret süresi kaynaklı işleyişin aksamaması (ameliyat, poliklinik hizmetleri vb.), yanık hastalarının yatış süresinin uzun olması nedeniyle ekibin hastalara aşına olması, ziyaret sırasında hastaların kısa özet şeklinde sunulmasına neden olmuş olabilir. Bunun yanı sıra YYA %15' den az olan hastalara ayrılan ziyaret süresinin ortalamasının 1,3 dk., YYA %15'den fazla olan hastalara ayrılan ziyaret süresinin ortalamasının 1,8 dk. olduğu, ancak değişim aralığının YYA%15'den fazla olan hastalar için geniş olduğu (0,5 ile 20 arasında) görülmüştür. Hastaların tanılarının ve genel durumlarındaki farklılıklarında Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde hastaya ayrılan ziyaret süresi üzerine etkisi olduğu söylenebilir.

Yapılan araştırmalarda, asistanın vizit yönetim becerilerinin yapılandırılmış teknik ve teknik olmayan beceri araçlarının kullanılarak değerlendirilmesinin hasta güvenliği açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (1,16,18,19,51,57,58,93). Birinci yatak başı klinik vizit gözlemi sonucunda ocuk cerrahisi asistanlarının teknik vizit yönetim becerilerinin ortalamasının $1,7\pm 0,12$, teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin ortalamasının $1,3\pm 0,08$, ikinci gözlem teknik vizit yönetim becerilerinin ortalamasının $1,6\pm 0,08$, teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin ortalamasının $1,3\pm 0,21$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda ocuk cerrahisi asistanlarının teknik vizit yönetim becerilerinin teknik olmayan vizit yönetim becerilerinden daha yüksek olduğu, ocuk Yanık Yoğun Bakım nitesi yatak başı klinik vizitlerde ocuk cerrahisi asistanlarının özellikle teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin geliştirilmesi gerektiği görülmektedir.

ocuk cerrahisi asistanlarının teknik vizit yönetim becerileri değerlendirmeleri incelendiğinde sekizinci değerlendirme basamağının oldukça düşük, on dördüncü değerlendirme basamağının düşük diğer değerlendirme basamakları oldukça yüksek ve yüksek olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.). Yanık hastalarında anabolik talep ile negatif anabolik (katabolizma) arz arasındaki uyumsuzluk fonksiyonel yetersiz beslenme durumlarına yol açabilmektedir (86,87). Pitcher ve arkadaşlarının yaptıkları gözlemsel araştırmada (20), cerrahi kliniğinde %46 (n=23) oranında hastanın beslenme durumuna değinildiğini bulmuşlardır. ocuk cerrahi asistanlarının yatak başı teknik vizit yönetim değerlendirmeleri incelendiğinde "*Hastanın beslenme durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılması*" değerlendirme basamağı ortalamasının oldukça düşük olduğu ($0,99\pm 0,73$) ve ocuk cerrahisi asistanlarının yatak başı vizitlerin %26,3'nde (n=30) hastanın beslenme durumuna ilişkin yeterli bilgi paylaştığı bulunmuştur. Bu çalışmada belirlenen değerin Pitcher ve arkadaşlarının bulduğu değerden düşük olduğu grlmştir. Hastanın beslenme durumunun izlenmesi meslekler arası işbirliği ve iletişim ile gerçekleşmesi gereken bir durumdur. Hastanın bakımında rol alan hemşirenin, hekimin, diyetisyenin bu iş birliğinde ana sorumluluğu vardır. Bu değerlendirmenin geliştirilmesi için altında yatan durumların farklı sağlık mesleklerinin sorumlulukları ile birlikte ele alınarak incelenmelidir.

Pitcher ve ark. (20), cerrahi klinik ekip vizitlerinde %34 (n=17) oranında hastanın taburculuk planına değinildiği tespit edilmiştir. Çalışmada ocuk cerrahisi

asistanlarının %4,4 (n=5) oranında yeterli düzeyde hastanın taburculuk planına değindikleri görülmüştür. Bu araştırmada hastanın taburculuk planına ilişkin değerlendirmeler sadece taburculuğu planlanan hastalar üzerinden gerçekleştirmiştir. Gözlem sayısının az olmasının yanı sıra araştırmanın gerçekleştiği klinikte yatan hastaların durumlarındaki ani değişikliklerin asistanların yatışının erken döneminde hastaların taburculuk planına değinmemesi üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Hasta yatış sürelerinin daha kısa olduğu ve hastaların genel durumlarının daha stabil izlediği kliniklerde gerçekleştirilen araştırmalarda sonuçların farklı olabileceği öngörülmektedir.

Çocuk cerrahisi asistanların yatak başı teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin sonuçları incelendiğinde, iletişim ve takım çalışması puan ortalaması $1,37 \pm 0,24$ bulunmuştur. Bu başlık altında yer alan “Sağlık ekibi üyeleri ile etkili iletişim kurma” ve “Vizit sürecinde diğer ekip üyelerini destekleme” değerlendirme basamaklarının ortalama değerlerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4.). Bununla birlikte “Hastayla etkili iletişim kurma”, “Hastanın tedavi/bakım planına ilişkin sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği” ve “Hasta tedavi/bakım süreçlerine ilişkin uygun sağlık ekibi üyesi ile işbirliği yapma” değerlendirme basamaklarının ortalama değerlerinin oldukça düşük olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4.). Somasundram ve arkadaşlarının, Cerrahlar İçin Teknik Olmayan Beceri Değerlendirme Formu ‘nu kullanarak yaptıkları simülasyona dayalı araştırmada (58), üroloji asistanlarının klinik vizitlerde iletişim ve takım çalışmasında ortalama değeri (5’li likert değerlendirme) 3,05 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Pucher ve arkadaşlarının, Cerrahi Klinik Tabanlı Teknik Olmayan Beceri Değerlendirme Formu ‘nu kullanarak yaptıkları araştırmada (88), kontrol grubundaki asistanların iletişim ve etkileşimde ortalama değeri 4,00 olarak tespit edilmiştir. Soong ve arkadaşlarının, Klinik Vizit Kontrol Listesi kullanarak yaptıkları araştırmada (51), kontrol grubunda ekip çalışması oranı %33 (n=116) olarak bulunmuştur. Değerlendirmelerde kullanılan ölçüm araçlarının birbirinden farklı olmasının araştırma sonuçları üzerine etkisi muhtemeldir. Bu çalışmada kullanılan ölçüm araçlarına göre yapılan değerlendirmelerde, iletişim ve takım çalışması ortalaması düşük bulunmuştur. Bu araştırmada gözlem yapılan hasta popülasyonunu çocukların oluşturması hasta ile iletişimi üzerinde etkisi olabilir. Hasta merkezli bakım, tedaviye uyum ve sonucu,

güvenli tıbbi uygulamalar ve hastanın hastalığa adaptasyonunun sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında etkili iletişim sağlamada kritik olan bir beceridir. Bunun yanı sıra özellikle pediatrik hastalar ve ebeveynlerinin duygusal refahını sağlama, deneyimlerini öğrenme açısından etkili iletişim becerileri özel önem taşımaktadır (89-91). Ayrıca vizite katılan ekip üyelerinin çoğunluğunu doktorların oluşturmasının ekip içi iletişim ve ekip üyelerini destekleme kriterleri sonuçları üzerine etkisi olabileceği düşünülmektedir. Klinik vizitlerde tüm ekip üyeleri ile etkili iletişim bilgi paylaşımı ve öğrenme için büyük fırsatlar sağlar (1,2,44,49,92).

Habersiz gerçekleşen ve çoğu zaman hastayı hazırsız yakalayan yatak başı vizitlerde, hastaların gizlilik ve hassasiyetlerine saygı gösterilmelisinin yanı sıra hastalar için gizliliği önemli olan hassas bilgilerin mahremiyetin sağlanması gerekmektedir (1,4). Çocuk cerrahisi asistanlarının “*Hastanın mahremiyeti/gizliliğini koruma*” değerlendirme basamağının ortalaması oldukça yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.). Araştırmanın yürütüldüğü ünite enfeksiyon riski nedeniyle sıkı izolasyon kurallarının olması (belirli saatlerde ziyaretçi, refakatçi olmaması), yanık alanlarını gördüklerinde hastaların korku yaşamaları nedeniyle sağlık ekibinin daha duyarlı olması gibi faktörlerin sonuçlar üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Farklı hasta grupları ve kliniklerde gerçekleştirilecek araştırmalarda sonuçların değişiklik gösterebileceği öngörülmektedir. Bu nedenle bu bulgu bu çalışmanın bağlamı ile değerlendirilmelidir.

Araştırmada çocuk cerrahisi asistanlarının durumsal farkındalık kategori ortalamasının düşük olduğu görülmüştür (1,21±0,37). Bu kategori altında yer alan, “*Hastanın ileriye dönük tedavi/bakım planındaki sınırlılıkları/problemleri tanımlama*” değerlendirme basamağının ortalama değeri yüksek iken, “*Vizit sürecinde sınır ve sınırlılıklarına ilişkin öz farkındalık gösterme*” değerlendirme basamağı ortalama değeri oldukça düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.). Somasundram ve ark. (58), klinik vizitlerde üroloji asistanlarının durumsal farkındalık kategori ortalamasını 3,01 bulunmuştur. Pucher ve ark. (88), kontrol grubundaki asistanların genel farkındalık ve stres yönetimi ortalaması 3,75 olarak belirlemişlerdir. Klinik vizit eğitimlerinin ekip üyelerinin durumsal farkındalığının geliştirilmesinde önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır (93). Çocuk cerrahisi asistanlarının durumsal farkındalığının geliştirilmesi için bu tür eğitimler katkı sağlayabilecektir.

Karar verme sürecinin karmaşık ve kompleks yapısı göz önüne alındığında çeşitli faktörler bu süreci etkileyebilir (1,68). Gonzalo ve arkadaşlarının (54), klinik vizitlerde hastadan ziyade teknoloji odaklı yaklaşımın öğrenenin karar verme süreci üzerine önemli etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada çocuk cerrahisi asistanlarının karar verme kategori ortalaması $1,45 \pm 0,55$ olarak bulunmuştur. Bu kategori altında yer alan “*Hastanın güncel genel durumunu göz önünde bulundurarak verilen kararları değerlendirme*” değerlendirme basamağı ortalaması oldukça düşük olmasına rağmen “*Gerekli durumlarda hasta tedavi/bakım süreçlerine ilişkin alınacak kararlarda hastanın tedavi ve bakımından sorumlu sağlık ekibi üyelerinin görüşlerine yer verme*” değerlendirme basamağının oldukça yüksek olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4.). Bireysel, çevresel (vizit ortamı, fiziksel koşullar) ve hastaya bağlı faktörler karar verme sürecini etkileyebilir. Eğiticilerle yapılan görüşmelerde hiyerarşinin vizite katılan kişilerin görüş bildirmesinde engel teşkil ettiği, hasta hakkında karar verme ya da görüş bildirmede hiyerarşik önceliğin önemli olduğu ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra hem eğitici görüşlerinde hem de araştırmacının gözlemlerinde, asistanların kişisel kaygılarının (mesleki yeterlilik, iş yükünün artması) vizit sürecinde görüş bildirmemesinde etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca geleneksel olarak vizitlerde hastanın tedavi/bakım sürecine ilişkin karar verme sorumluluğunun vizit sorumlu doktorunda olmasının sorumlu sağlık ekibi üyesinin görüşüne yer verme değerlendirme basamağının yüksek olması üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çocuk cerrahi asistanlarının, teknik olmayan vizit yönetim becerileri değerlendirmelerinin sonuçları incelendiğinde, liderlik kategori ortalama değeri düşük bulunmuştur ($1,13 \pm 0,14$). Bu kategori altında yer alan “*Hasta tedavi/bakımına yönelik standartları sağlama ve sürdürme*” değerlendirme basamağının oldukça düşük, “*Hastanın tedavi/bakımın planlanma ve öncelikleri belirleme*” değerlendirme basamağının düşük olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4.). Somasundram ve ark. (58), üroloji asistanlarının liderlik becerisi kategori ortalamasını 2,98 olarak bulmuşlardır. Pucher ve ark. (88), kontrol gurubundaki cerrahi asistanlarının liderlik becerisi ortalamasını 3,75 olarak tespit etmişlerdir. Laskaratos ve ark. (83), ise klinik vizitlerin asistanların liderlik becerisinin gelişimine katkı sağlamadığı görüşünü belirtmişlerdir. Klinik vizitlerde, vizit sorumlu doktorunun yönlendirici ve yönetici rolü asistanın vizit liderlik becerisini sergilemesini kısıtlayabilir. Laskaratos ve ark. yaptığı araştırmanın

aksine bu araştırmada vizit sorumlu doktorunun asistanın liderlik becerisinin gelişimini desteklemesine rağmen asistanın bu rolü üstlenmediği değerlendirmeler sırasında gözlemlenmiştir. Ayrıca çocuk cerrahisi deneyimi fazla olan asistanların vizit sürecinde daha fazla liderlik özelliği gösterdiği araştırmacının gözlemleri arasında yer almıştır.

Vizit Süreci

Literatür incelendiğinde amaçları ve yapıları birbirinden farklı birçok yatak başı vizit türü tanımının olmasının yanı sıra aynı vizit türünün farklı başlıklar altında incelendiği görülmektedir (7,18,75). Eğiticiler, Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatak başı klinik vizitleri, eğitim ve klinik vizit olmak üzere iki temel başlık altında toplamışlardır. Eğitici görüşleri incelendiğinde gün içerisinde yapılan vizitlerin bir yönüyle çalışma vizitlerinin kapsamında yer aldığı aynı zamanda hasta başı yarı konsey tarzında multidisipliner vizitlerin de gerçekleştiği görülmektedir. Daha önceki çalışmalara paralel olarak (75), eğiticilerin “büyük vizit” kavramının “eğitim viziti” ile aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir. Sağlık kurumlarında klinik ve eğitim vizitlerinin diğer vizit türlerine göre daha yaygın gerçekleştirilmesinin, kültürel, klinik ve mesleki öğretilerin vizit türü ve başlığının belirlenmesindeki farklılıklarda etkili olduğu düşünölmektedir.

Hasta, öğrenen ve klinik işleyiş açısından amacına uygun klinik vizitlerin gerçekleşmesinde vizit sorumlu doktoru önemli role sahiptir (4,18,31). Walton ve ark. (18), hasta yönetimi, karar verme, eğitim, ekip içi işbirliğini sağlama, asistanı değerlendirme ve destekleme, verilen kararları gözden geçirme vizit sorumlu (uzman doktor) doktorunun rol ve sorumlukları arasında belirtilmişlerdir. Walton ve ark. tanımladığı rol ve sorumluklara ek olarak bu çalışmada eğiticiler rol model olma, sürekli mesleki gelişimin, klinik yönetim ve ekip içi yapıcı iletişimi sağlamayı vizit sorumlu doktorunun rol ve sorumlukları arasında tanımlamışlardır. Vizit sorumlu doktorunun mesleki deneyim ve profesyonel yaklaşımı asistanın vizit yönetim becerisi üzerine etkisi olasıdır. Araştırmada çocuk cerrahisi asistanlarının teknik olmayan vizit yönetim becerileri teknik vizit yönetim becerilerinden düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5.). Değerlendirmeler farklı vizit sorumlu doktorları tarafından yürütölen vizit sürecinde gerçekleştirilmiştir, vizit sorumlu doktorlarının deneyim ve yaklaşım

farklılıklarının asistanların vizit yönetim becerileri üzerinde etkileri olabileceği düşünülmektedir.

Yatak başı klinik vizitlerde liderlik eğitimi almış, klinikte tedavi edilen durumlar hakkında kapsamlı tıbbi bilgi ve donanıma sahip, hasta hakkında alınan kararlar hakkında kapsamlı bir şekilde ekibi bilgilendiren ve aynı zamanda konsültasyonlar sırasında hastaya ilişkin değerlendirmeler sunabilen sorumlu (kıdemli) hemşirenin klinik vizitlerde yer alması önemli role sahiptir (45,49,61). Eğiticiler klinikte yatan bütün hastalara ilişkin ayrıntılı tıbbi bilgi ve gözleme sahip, ekip içi bilgi aktarımını eksiksiz bir şekilde sağlayacak sorumlu hemşirenin klinik vizitlerde bulunmasının önemine değinmişlerdir. Ayrıca eğiticiler belirtilen görev sorumlulukları yerine getirecek sorumlu hemşirenin “*doğru kişi*” olması gerektiğini özellikle vurgulamışlardır. Asistanların ekip çalışması vizit yönetim değerlendirmeleri incelendiğinde, “*Hasta tedavi/bakım süreçlerine ilişkin uygun sağlık ekibi üyesi ile işbirliği yapma*” değerlendirme basamağının düşük olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4.). Klinik vizitlere, hasta tedavi/bakım sürecini hâkim doğru sağlık profesyonelinin katılımının ekip işbirliğine yönlendirmede etkisi muhtemeldir. Hasta/televaki bakım sürecine hâkim sağlık ekibi üyesinin vizite katılmamasının asistanlarının uygun sağlık ekibi üyesi ile işbirliği kurma değerlendirme basamağının düşük olmasının üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hasta tedavi-bakım sürecinin merkezi faaliyetleri arasında yer alan klinik vizitlerde, doktor- hemşire arasında işbirlikli yaklaşım hasta bakımını olumlu yönde etkileme gücüne sahiptir (18,28,92). Bu süreçte bilgi paylaşımı, liderlik, hasta savunuculuğu, tedavi ve bakım sürecine katılım hemşirenin rol ve sorumlulukları arasında yer almaktadır (18). Bununla birlikte yapılan araştırmalar, doktor ve hemşirelerin klinik vizitlerde birbirleriyle etkileşimlerinin az ve işbirliği içinde çalışmaya eğilimli olmadığını, hemşirelerin hastaya ilişkin karar verme sürecinin dışında eksik bilgi tamamlayıcı olarak klinik vizitlerde yer aldığını göstermektedir (42,44, 61). Eğiticiler klinik vizit sürecinde sağlık ekibinin işbirliği içerisinde çalışmalarının önemli olduğunu vurgulamalarına rağmen hemşirenin klinik vizitlere aktif olarak katılımına ilişkin görüş farklılıkları sergiledikleri belirlenmiştir. Sorumlu hemşire ve hemşirenin aynı anda vizitte bulunmasının klinik vizit kültürü üzerine yaratacağı etkinin yansımaları eğitici görüşlerinde görülmektedir. Ayrıca eğiticilerin,

klirik vizitlerde hemşirenin hastaya ilişkin tıbbi bilgi gözlem yetersizliklerine ilişkin olumsuz deneyimlerinin hemşirenin vizit sürecine katılımına ilişkin görüşleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Gözlem sonuçları incelendiğinde, asistanların hemşire ile etkileşim içerisinde olması gereken “*Hastanın tedavi/bakım planına ilişkin sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği kurma*” vizit yönetim becerileri düşük bulunmuştur. (Bkz. Tablo 4.3., Tablo 4.4.). Araştırmada hemşirenin vizite katılımına ilişkin eğitici görüşleri ile asistanların vizit yönetim becerilerinin ilgili değerlendirme kriterlerinin benzerlik gösterdiği görülmektedir. Alışlagelmiş bir düzen çerçevesinde gerçekleştirilen klinik vizitlerde rahatlık olmasına rağmen bu tür süreçler bilgi alışverişinin kalitesini ve sonuçta ortaya çıkan kararları olumsuz etkileyebilmektedir (94). Klinik vizit kültürünün yanı sıra hemşirenin vizit sürecine katkı sağlamadığına ilişkin olumsuz görüşlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında klinik vizitlerin yaygınlığı göz önüne alındığında, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunmak açısından asistanın rol ve sorumluklarının belirlenmesi önemlidir (1,18). Yapılan araştırmalarda, hasta tedavi ve bakımına genel bir bakış sağlayarak vizit ekibine hastayı özetleme, kaliteli bir şekilde yazılı kayıt tutma, vizit öncesi hastayı gözden geçirme, iletişim ve işbirliği çerçevesinde vizit sürecini gerçekleştirme asistanın temel rol ve sorumlukları arasında vurgulanmaktadır (1,4,18). Eğiticiler kıdemli asistan/asistanın rol ve sorumluklarına daha geniş bir bakış açısıyla ele alarak klinik yönetim, vizit sonrası verilen görevleri tamamlama ve hasta bilgilerinin eksiksiz aktarımını eklemişlerdir. Bunların yanı sıra eğiticiler asistanların nitelikli yazılı kayıt ve etkili sunum yapma gibi becerilere sahip olması gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmanın bulguları literatürle benzerlik göstermekle birlikte, eğiticilerin teknik olmayan becerileri asistanın vizit sürecindeki sorumluluğundan ziyade tıpta uzmanlık öğrencilerinin sahip olması gereken özellikler olarak ifade ettikleri görülmüştür. Araştırmada elde edilen gözlemler sonucunda, asistanların teknik olmayan vizit yönetim beceri puan ortalamalarının, teknik vizit yönetim beceri puan ortamlarından düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5.). Eğiticilerin görüşleri ve gözlem sonuçlarına göre, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde hekimin profesyonel sorumlukları arasında yer alan teknik olmayan beceri eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

Klinik vizitler, sağlık profesyonellerinin birbirlerini koordine etmek ve güvenli bir bakım sağlamak için iletişim kurdukları önemli bir araçtır (1,4,44,18). Bu süreçte sağlık profesyonellerinin görev ve sorumluklarının belirsizliği hastaları için risk oluşturabilmektedir (7,18). Walton ve ark. (18), ziyaret sürecinde taburculuk planı, ilaç yönetimi, hasta bakımını ilgili sağlık ekibinin rol ve sorumlukları arasında tanımlamıştır. Ekip çalışması, etkili iletişim, hasta güvenliğini sağlama klinik vizitlerde sağlık ekibinin üstlenmesi gereken diğer rol ve sorumlukları arasında tanımlanmaktadır (1,2,4,7). Eğiticiler, sağlık ekibinin klinik vizitlerde yapıcı iletişim, ekip içi işbirliği ve sürekli mesleki gelişim sağlamalarını rol ve sorumlukları arasında belirtmişlerdir. Asistanların teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri incelendiğinde; sağlık ekibi üyeleri etkili iletişim becerileri yüksek iken, ekip işbirliği içerisinde çalışma becerilerinin oldukça düşük olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4.) Eğiticilerin sağlık ekibinin rol ve sorumluklarına ilişkin görüşleri göz önüne alındığında, asistanların ekip içi işbirliği becerilerinin geliştirilmesinde desteklenmesi gerektiği öngörülmektedir.

Eğiticiler yazılı kayıt tutabilme, sunum becerisi, teknik olmayan beceriler, mesleki yeterlilik, sürekli mesleki gelişim, profesyonel görünüm ve mesleki kültür ziyaret sürecinde asistanın sahip olması gereken özellikler olarak belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, klinik vizitlerde önemli rol üstlenen asistanların sahip olması gereken özellikleri gösteren önceki çalışma bulguları ile tutarlılık göstermektedir (5,16,19,95). Bununla birlikte, yatak başı vizitlerde hasta duygu ve düşüncelerini merkeze alan empatik, etik, profesyonel değerlere sahip hekimlerin yatak başı tıp sanatında önemini kaybetmeye başladığı vurgulanmaktadır (13). Eğiticilerle yapılan görüşmelerde, ziyarette katılan sağlık ekibi üyeleri için asistanların profesyonel görünüme sahip olması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca asistanların teknik olmayan beceri değerlendirmelerinde “*Hastayla etkili iletişim kurma*” değerlendirme basamağının oldukça düşük olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4.) Bu sonuçlar doğrultusunda, hasta merkezli yatak başı klinik vizitlere önem verilmesi gerektiği söylenebilir.

Eğiticiler, kurumsal/klinik engeller, ziyete katılan kişiler, hasta/refakatçi katılımı ve ziyaretin duygusal ortamını etkili ve amacına uygun ziyaretin niteliğini etkileyen faktörler olarak belirtmişlerdir. Gonzolo ve ark. (54), sistemsel sorunlar, zaman, hasta/refakatçi, öğrenen, ziyete katılan kişileri (sayı, deneyim, beceri vb.) ve

vizit ortamını vizitin niteliğini etkileyen engeller olarak belirtmişlerdir. Ayrıca klinik vizit eğitim programlarının eksikliği, iletişim, ekip içi işbirliği, hiyerarşi ve klinik öğretim engelleri verimli bir sürecinin niteliğini etkileyen faktörlerdir (1,33,61,92,95). Eğiticilerin görüşleriyle Gonzalo ve ark. tanımladığı faktörler benzerlik göstermekle birlikte bu faktörlerin altında yatan nedenlerin farklılık gösterdiği görülmüştür. Örneğin; eğiticiler personel yetersizliğine bağlı multidisipliner vizit gerçekleştirmediklerini kurumsal bir faktör olarak tanımlarken, Gonzalo ve arkadaşları hasta ulaşılabilirliğini, kısa yatış süresi, maliyet gibi faktörleri sistem kaynaklı faktörler olarak tanımlamışlardır. Vizitin niteliğini etkileyen faktörler klinik, kurum ve sağlık ekibine göre değişkenlik gösterebilir; bu değişkenlere bağlı vizitin niteliğini etkileyen faktörlerin doğrudan bu konuya odaklanan niteliksel çalışmalarla belirlenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Mesleki ve profesyonel becerilerinin kazandırılmasında önemli katkısı olan yatak başı vizit becerileri deneyime dayalı bir öğrenme sürecidir (4,13). Literatüre göre deneyimin klinik vizitlerde büyük etkisinin olduğu beklenebilir (88), bununla birlikte yapılan araştırmalar eğitim programlarının yatak başı teknik ve teknik olmayan vizit becerilerini öğretmek ve geliştirmek için etkili bir araç olduğunu ve bu kapsamda müdahalelere gereksinim olduğunu göstermektedir (57,58,59,93,96). Eğiticiler yatak başı vizit becerisi kazanmalarında deneyimlerinin önemli rol oynadığını vurgulamışlardır. Yapılan gözlemlerde, asistanların teknik ve teknik olmayan yatak başı vizit yönetim becerisi ikinci gözlemleri sonucunda, asistanların hem doktor hem çocuk cerrahı olarak çalışma deneyimlerine göre teknik olmayan vizit yönetim becerileri arasında anlamlı fark ($p=0,044$) bulunmuştur. Çalışma süresi, daha çok hasta ve sağlık profesyoneli ile etkileşime geçme, daha fazla olgu üzerinden sorun çözme ve karar verme gibi faktörlerin asistanların deneyimsel olarak teknik olmayan becerilerinin farklılık göstermesindeki nedenler arasında olduğu söylenebilir.

Hasta tedavi/bakım sürecinin temel faaliyetleri arasında yer alan klinik vizitlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları ile geliştirilmesi, sürecinin yapılandırılmasının ve değerlendirilmesinin hasta güvenliği açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (1,5,29, 57-60,93, 97). Bunların yanı sıra literatürde, multidisipliner vizitlerin hasta sonuçları üzerine olumlu etkisinin olduğunu, sağlık profesyonellerinin güçlü yanlarını ortaya çıkarmaya, kaynakları etkin kullanmaya, ekip çalışmasının

geliştirmeye katkı sağladığı belirtilmektedir (37-40, 49). Eğiticiler multidisipliner vizit, vizit yönetimi eğitimi ve çocuk cerrahisi kapsamında hizmet veren yatan hasta kliniklerin fazla olması nedeniyle her klinik için ayrı bölüm vizitlerinin yapılmasının ve primer bakım verici sağlık profesyonelinin (hemşire) bilgi alınmasının etkili vizit süreci ve hasta bakımına önemli katkı sağlayabileceğine değinmişlerdir. Eğiticilerin görüşleri literatürle benzerlik göstermekle birlikte klinik gereksinimlerin belirlenip vizit sürecinin yapılandırılmasının da önemli olduğu görülmüştür.

Hastaların karmaşık ve kompleks bir olgudan ziyade tedavi/bakım sürecini yönlendirecek bir birey olarak klinik vizitlere katılım hakkının tüm sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilmesi, klinik vizitlerin hasta ve aile merkezli iletişime açık bir atmosferde gerçekleşmesi önerilmektedir (43,44,97-99). Literatürün aksine eğiticiler hasta/refakatçisinin vizit sürecine katılımının uygun olmadığını, vizit süreci dışında bilgilendirme ve eksik bilgi tamamlamada hasta/refakatçisinin tedavi/bakım sürecine katılımının uygun olduğunu belirtmişlerdir. Klinik hasta popülasyonu çocuk hastaların oluşturması, klinik vizit işleyişinin refakatçilerin tedavi/bakım sürecine katılımına uygun olmaması, hekimin hasta/refakatçisinin tedavi/ bakım süreci hakkında yanlış karar verme ya da yönlendirmesinden hastayı korumak istemesi hasta/refakatçisinin vizit sürecine katılımı etkileyen faktörler olabilir. Bu faktörler vizit sürecine hasta katılımına odaklanan çalışmalar ile incelenebilir.

Yatak başı klinik vizit sürecinin tanımlanmasının ve sürecin değerlendirilmesinin hasta ve öğrenen açısından hizmet ve eğitimin iyileştirilmesinde önemli katkı sağlayacaktır. Hasta merkezli bakım, güvenli ve etkili bir şekilde tedavi/bakım sürecini yönetme ve yönlendirmede hastaya; hasta/ hastalık sürecini ve tıp sanatının profesyonel değerlerini öğrenmede öğrenene avantajlar sağlar. Çalışmada vizit süreci ve vizit yönetim becerileri bulguları araştırmacı gözlemleri ile bütünleştirilip tartışılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde ziyaret süreci ve çocuk cerrahisi asistanlarının ziyaret yönetim becerilerine ilişkin yapılan analizlerden aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Gözlemler süresince Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde gerçekleştirilen ziyaretlerin %16,3'ünün (n=7) eğitim ziyeti olduğu ve eğitim ziyetinin içeriğini ağırlıklı olarak çocuk cerrahisi konularından oluştuğu belirlenmiştir.
- Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde ortalama klinik ziyaret süresi 11,3 dk., eğitim ziyaret süresi 24,5 dk. olarak bulunmuştur. Eski hastaya ayrılan ziyaret süresinin yeni yatan hastaya ayrılan ziyaret süresi ortalamasının 1,5 dk.ve YYA %15'den fazla olan hastalara ayrılan ziyaret süresi ortalamasının 1,8 dk. olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.)
- Çocuk cerrahisi asistanlarının birinci gözlem sonucunda teknik ziyaret yönetim becerilerinin ortalaması $1,7 \pm 0,12$, teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinin ortalaması $1,3 \pm 0,08$, ikinci gözlem teknik ziyaret yönetim becerileri ortalaması $1,6 \pm 0,08$, teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri ortalaması $1,3 \pm 0,21$ olarak saptanmıştır. Çocuk cerrahisi asistanlarının teknik becerileri ortalaması, teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinden yüksek görülmektedir.
- Asistanların birinci teknik olmayan ziyaret becerileri gözlemleri sonucunda hem doktor hem çocuk cerrahisi olarak çalışma deneyimlerine göre anlamlı fark bulunmamasına rağmen ikinci gözlemleri sonucunda teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.).
- Teknik ziyaret yönetim becerileri değerlendirmelerinde çocuk cerrahisi asistanlarının “*Hastanın beslenme durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılması*” ve “*Hastanın taburculuk planı*” değerlendirme basamağının ortalaması diğerlerine göre düşük olmakla birlikte, diğer değerlendirme basamaklarının ortalamalarının oldukça yüksek ve yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.).
- Çocuk cerrahisi asistanların teknik olmayan beceri değerlendirmelerinde, iletişim ve takım çalışması, durumsal farkındalık ve liderlik ortalama değerleri

düşük, karar verme ortalaması orta, profesyonelizm ortalama değeri oldukça yüksek, bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.).

- Araştırmada ziyaret sürecine katılan sağlık profesyonellerinin farklı rol ve sorumluluklarının olduğu belirlenmiştir. Öğrenen, sağlık ekibi, hasta ve klinik işleyiş açısından ziyaret sorumlu doktorunun ziyaret sürecinde kritik role sahip olduğu görülmüştür.
- Görüşmelerde, ziyete katılan sorumlu hemşirenin hastaya ilişkin gözlemlerini eksiksiz bir şekilde aktarmasının önemli olduğu Aynı zamanda sorumlu hemşirenin tıbbi bilgi ve becerisinin ziyaretlerde önemli olduğu ifade edilmiştir. Hemşirenin ziyaret sürecine katılımına ilişkin eğiticilerin görüş farklılıkları sergiledikleri ve kararsız oldukları görülmüştür. Bu durum klinik ziyaret kültürünün ve hemşirenin tıbbi bilgi ve gözlem yetersizliği olduğuna dair görüşlerin yansımaları olarak değerlendirilmiştir.
- Yatak başı ziyaretlerde asistanların (asistan/kıdemli asistan) mesleki teknik becerilerinin ön planda tanımlandığı görülmüştür. Eğitici görüşlerinde asistanların profesyonel sorumlulukları arasında yer alan teknik olmayan becerilere değinilmediği, ancak bu becerilerin ziyaret sorumlu doktorunun sorumlulukları arasında tanımlandığı belirlenmiştir. Etkili iletişim, ekip çalışması ve hasta güvenliğini sağlama ziyaret sürecinde tüm sağlık ekibinin temel rol ve sorumlulukları olduğu belirtilmiştir.
- Ziyet sürecinde kurumsal/klinik engeller, ziyete katılan kişiler, hasta/refakatçi katılımı ve ziyaretin duygusal ortamının, etkili ve amacına uygun ziyaret sürecinin niteliğini etkilediği belirlenmiştir.
- Çocuk cerrahisi eğiticilerinin ziyaret yönetim becerilerini deneyime dayalı olarak kazandıkları eğitici görüşlerinde görülmüştür.
- Klinik gereksinimlerin eğiticilerin yatak başı ziyaret sürecinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Multidisipliner ziyaret, ziyaret sürecinde primer bakım vericiden bilgi alma, bölüm ziyaretleri, ziyaret yönetim eğitiminin Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi yatak başı ziyaret sürecinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceği görüşleri belirlenmiştir.
- Çocuk yanık yoğun bakım ünitesi ziyaret sürecine hasta/refakatçinin aktif olarak dahil edilmediği görülmüştür. Eğitici görüşlerinde; hasta/refakatçinin tedavi/

bakım sürecine katılımının vızit sürecine katkı sağlamamasının yanı sıra vızit sürecine olumsuz etkileri olabileceğine ilişkin kaygılar ifade edilmiştir.

Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Yanık travmasına maruz kalan hasta popülasyonu göz önüne alındığında çocuk cerrahisi ve yanık ile ilgili diğer branşların eğitim programlarında, yanık cerrahisi ve hasta yönetimine ilişkin yeterlilik ve yetkinliklerin daha kapsamlı bir çerçevede tanımlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Çocuk cerrahisi ve yanık ile ilgilenen diğer branşlarda eğitim vızitlerinde yanık cerrahisi ve hasta yönetimine yönelik kapsamın yapılandırılmasının, deneyime dayalı yatak başı eğitim için fırsat yaratacaktır.
- Hasta kliniklerin hizmet yükü yoğunudur. Ancak klinik vızitler öğrenen açısından önemli eğitim fırsatlarıdır ve hasta yönetiminin niteliğini etkiler. Bu sebeple vızitlerin her iki duruma etkisi göz önünde bulundurularak süre ve içerik açısından yapılandırılabilir. Bununla birlikte vızit süresinin hasta tedavi/bakım ve öğretim üzerine yansımalarını inceleyen çalışmaların yapılabilir.
- Bu çalışmada, eğitimcilerin görüşleri doğrultusunda Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi vızit süreci tanımlanmaya çalışılmıştır. Vızit sürecinde yer alan bütün sağlık ekibi üyelerinin rol ve sorumlulukların olduğu görülmüştür. Ekip üyelerine tanımlanan rol ve sorumluluklarının geliştirilmesine yönelik destekleyici programlar düzenlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
- Vızit sürecinde hasta/teğavi bakımına katkı sağlayabilecek tüm sağlık ekibi üyelerinin katılımının desteklenmesi ve bu sürecin sağlık ekibi üyelerinin görüşlerini belirtebileceği olumlu ve katılımcı bir ortamda gerçekleşmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yatak başı vızitlere hemşirenin katılımının hasta tedavi/bakım sürecine etkisine yönelik araştırmaların yapılmasının, klinik vızitlerin meslekler arası işbirliği çerçevesinde yürütülmesi açısından önemli olabileceği düşünülmektedir.

- Yatak başı klinik vizitlerin niteliğini etkileyen çok sayıda faktör olabilir. Bu çalışmada belirlenen faktörler, araştırmanın gerçekleştirildiği klinik ile sınırlanmış olabilir. Farklı kliniklerde gerçekleştirilen niteliksel araştırmalar, ziyaret sürecinin niteliğini etkileyen faktörlerin daha geniş çerçevede tanımlanmasında yararlı olabilir.
- Multidisipliner ziyaretler, hasta tedavi/bakım sürecine ilişkin bilgi paylaşabilecek doğru sağlık ekibi üyesinin ziyaretlere katılması, ziyaret yönetim becerisinin kazandırılması ve geliştirilmesine ilişkin ziyaret yönetim eğitimlerinin ve klinik koşullar göz önüne alınarak ziyaret yapısının düzenlenmesinin kaliteli ve verimli ziyaret sürecine katkı sağlayabileceği öğrenilmiştir.
- Yatak başı ziyaretlerin hastaların duygu ve düşüncelerine önem veren hasta merkezli bir yaklaşımla gerçekleştirilmesinin önemli düşünülmektedir. Hasta bakış açısı ile yatak başı ziyaretleri inceleyen nitel araştırmaların yapılmasının sağlık profesyonellerinin bu süreçte hastayı anlamasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.
- Yatak başı ziyaretler hastanın hastalık ve yatış sürecine hasta/refakatçisine katılımına fırsat tanınmasının tedavi/bakım sürecine katkısının yanı sıra hasta/refakatçisinin birey olarak ziyaret sürecinde kendini değerli hissetmesine, sağlık profesyonelleri ile etkileşimin artmasına yardımcı olabileceği literatürde vurgulanmaktadır. Çalışmanın yapıldığı alanda ise bu konuda farklı görüşler olduğu belirlenmiştir. Hasta/refakatçisinin ziyaret sürecine katılımının tedavi/bakım süreci üzerine etkilerini inceleyen kültüre özel araştırmaların yapılmasının, hasta/refakatçisinin ziyaret sürecindeki rolünü tanımlama yardımcı olabileceği düşünülmektedir.
 - Bu çalışmada, çocuk cerrahisi asistanlarının asistanların teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri belirlenmeye çalışılmıştır. Teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinin teknik ziyaret yönetim becerilerinden düşük olduğu belirlendiğinden; teknik olmayan klinik ziyaret yönetim becerilerinin gelişmesini destekleyen yaklaşımların mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi programlarında yer alması asistanların bu becerilerinin gelişiminde yararlı olabilir. Bu çalışmanın sonuçları, çocuk yoğun bakım ünitesinde gerçekleşen ziyaretlerde çocuk cerrahisi asistanların ziyaret yönetim becerileri ile sınırlıdır.

Farklı kliniklerde ve ziyaret türlerinde gözlemsel araştırmaların yapılmasının asistanların ziyaret yönetimlerine rehberlik etmesi açısından yararlı olabileceği düşünölmektedir. Çalışmada çocuk cerrahisi asistanlarının ikinci gözlem sonucunda teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri arasında deneyime dayalı olarak anlamlı fark olduğu ve yine eğitimcilerin ziyaret yönetim becerilerini deneyime dayalı olarak kazandıkları görölmüştür. Bu kapsamda ziyaret sürecine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesinin ziyaret sürecinin deneyimsel bir öğrenme sürecinin ötesinde yapılandırılmış bir süreç olarak yürütölmesine katkı sağlayabileceği düşünölmektedir.

- Çalışmada, asistanların klinik ziyaretlerde hastanın beslenme durumuna ilişkin basamaktaki ortalama diğer basamaklara görece daha az puanlanmıştır. Yanık ve diğer hastaların beslenme durumları hasta tedavi/bakım sürecinin bir parçası olduğundan ve meslekler arası bir sorumluluk gerektirdiğinden, bu çerçevede inceleyecek çalışmalar yapılması önemli görölmektedir
- Bu çalışmada teknik ziyaret yönetim becerilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçme araçları çocuk yanık yoğun bakım ünitesinin hasta ve klinik özellikleri göz önüne alınarak oluşturulmuş, araştırmanın yürütölüdüğü ünite de çalışan asistanların teknik ziyaret yönetim becerileri ile sınırlıdır. Farklı yanık klinikleri ve kliniklerde çalışan asistanların ziyaret yönetim becerilerini yapılandırılmış ölçme araçları ile inceleyen çalışmaların yapılmasının güvenli ve etkili hasta bakımının geliştirilmesinde yararlı olabileceği düşünölmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Bismilla Z, Wong B, Editörler. Handover Toolkit, A Resource to help teach, assess and implement a handover improvement program. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2018.
2. Canadian Medical Protective Association. Handovers [Internet]. Ottawa: The Association. [Erişim Tarihi:7. Şubat.2020].
Erişimadresi:https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Handovers/what_is_a_handover-e.html
3. Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, ve ark. Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 22(5): 396-401.
4. O'Hare JA. Anatomy of the ward round. *European journal of internal medicine*. 2008; 19(5):309-313.
5. Ahmed K, Anderson O, Jawad M, Tierney T, Darzi A, Athanasiou T, ve ark. Design and validation of the surgical ward round assessment tool: a quantitative observational study. *The American Journal of Surgery*. 2015; 209(4): 682-688.
6. Miller SDW, Butler, MW, Meagher, F, Costello RW, McElvaney NG. Team Objective Structured Bedside Assessment (TOSBA): a novel and feasible way of providing formative teaching and assessment. *Medical teacher*. 2007; 29(2-3): 156-159.
7. Wong MC, Yee KC, Turner P. A structured evidence-based literature review regarding the effectiveness of improvement interventions in clinical handover. 2008.
Erişimadresi:<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Clinical-Handover-Literature-Review-for-release.pdf>
8. McCarthy MW, Fins JJ. Teaching clinical ethics at the bedside: William Osler and the essential role of the hospitalist. *AMA Journal of Ethics*.2017;19(6): 528-532.
9. Balmer DF, Master CL, Richards BF, Serwint JR, Giardino AP. An ethnographic study of attending rounds in general paediatrics: understanding the ritual. *Medical education*. 2010; 44(11): 1105-1116.
10. Gonzalo JD, Heist BS, Duffy BL, Dyrbye L, Fagan MJ, Ferenchick G, ve ark.The art of bedside rounds: a multi-center qualitative study of strategies used by experienced bedside teachers. *Journal of general internal Medicine*. 2013;28(3):412-420.
11. Ende J. What if Osler were one of us? Inpatient teaching today. *Journal of general internal Medicine*.1997; 12(Suppl 2): 41-48.
12. Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *New England Journal of Medicine*.1997; 336(16):1150-1156.

13. Silverman BD. Physician behavior and bedside manners: the influence of William Osler and The Johns Hopkins School of Medicine. In Baylor University Medical Center Proceedings. 2012; 25(1) :58-61. Taylor & Francis (2012).
14. Nørgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Medical education*. 2004;38(7):700-707.
15. Pucher PH, Aggarwal R, Darzi A. Surgical ward round quality and impact on variable patient outcomes. *Ann Surg*. 2014;259(2):222-226.
16. Harvey R, Mellanby E, Dearden E, Medjoub K, Edgar S. Developing non-technical ward-round skills. *The clinical teacher*. 2015;12(5):336-340.
17. Grant J, Kilminster S, Jolly B, Cottrell D. Clinical supervision of SpRs: where does it happen, when does it happen and is it effective? *Medical education*. 2003; 37(2); 140-148.
18. Walton V, Hogden A, Johnson J, Greenfield D. Ward rounds, participants, roles and perceptions: literature review. *International journal of health care quality assurance*. 2016; 29(4):364-369.
19. Mansell A, Uttley J, Player P, Nolan O, Jackson S. Is the post-take ward round standardised? *The Clinical teacher*. 2012; 9(5):334-337.
20. Pitcher M, Lin JT, Thompson G, Tayaran A, Chan S. Implementation and evaluation of a checklist to improve patient care on surgical ward rounds. *ANZ journal of surgery*. 2016; 86(5): 356-360.
21. Lakshminarayana I, Wall D, Bindal T, Goodyear HM. A multisource feedback tool to assess ward round leadership skills of senior paediatric trainees:(1) development of tool. *Postgraduate medical journal*. 2015; 91(1075):262-267.
22. World Health Organization. Burn prevention and care. 2008. [Erişim Tarihi: 20. Haziran. 2020]Erişim adresi: [https:// apps.who.int/iris/ bitstream/ handle /10665/97852/9789241596299_eng.pdf; jsessionid= 55F9E4F8D0AA16 3E4E60E434446299C6?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97852/9789241596299_eng.pdf;jsessionid=55F9E4F8D0AA163E4E60E434446299C6?sequence=)
23. Sadideen H, Goutos I, Kneebone R. Burns education: the emerging role of simulation for training healthcare professionals. *Burns*. 2017; 43(1): 34-40.
24. Yao P, OuYang J, Liu C, Wang S, Wang X, Sun S. Improving burn surgery education for medical students in China. *Burns*. 2020; 46(3):647-651.
25. NSW Department of Health. Multidisciplinary Ward Rounds a Resource [Internet]. NSW Department of Health, Sydney 2011. [Erişim Tarihi 15 Şubat 2020].
Erişim adresi: www.health.nsw.gov.au
26. Shankar PS. “Ward rounds in medicine”. *Rajiv Gandhi University of Health Sciences journal of medical sciences*. 2013; 3(3): 135-137
27. Chow MY, Nikolic S, Shetty A, Lai K. Structured interdisciplinary bedside rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: patient satisfaction and staff perspectives. *Emergency Medicine Australasia*. 2019; 31(3):347-354

28. Catangui EJ, Slark J. Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care. *British journal of nursing*. 2012;21(13):801-805.
29. Nikendei C, Kraus B, Schrauth M, Briem S, Jünger J. Ward rounds: how prepared are future doctors? *Medical teacher*. 2008;30(1):88-91.
30. Schwenk TL, Whitman NA. *Residents as Teachers: A Guide to Educational Practice*. 1984:1-52.
31. Cook KD, Gutowsky RB. Teaching during rounds. *Clinics in podiatric medicine and surgery*. 2007;24(1): 27
32. Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. *Medical teacher*. 2003;25(2):112-115.
33. Williams KN, Ramani S, Fraser B, Orlander JD. Improving bedside teaching: findings from a focus group study of learners. *Academic medicine*. 2008; 83(3):257-264.
34. Crumlish CM, Yialamas MA, McMahon GT. Quantification of bedside teaching by an academic hospitalist group. *Journal of Hospital Medicine: An official publication of the society of hospital medicine*. 2009; 4(5):304-307.
35. Ramani S, Orlander JD, Strunin L, Barber TW. Whither bedside teaching? A focus-group study of clinical teachers. *Academic medicine*. 2003;78(4):384-390
36. Fitzgerald FT. Bedside teaching. *Western journal of medicine*. 1993;158(4):418-420.
37. Halm MA, Gagner S, Goering M, Sabo J, Smith M, Zaccagnini M. Interdisciplinary rounds: impact on patients, families, and staff. *Clinical nurse specialist*. 2003;17(3): 133-142.
38. Fertleman M, Barnett N, Patel T. Improving medication management for patients: the effect of a pharmacist on post-admission ward rounds. *BMJ quality & safety*. 2005;14(3):207-211
39. Curley C, McEachern JE, Speroff T. A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards: an intervention designed using continuous quality improvement. *Medical care*. 1998; AS4-12.
40. O'Leary KJ, Buck R, Fligel HM, Haviley C, Slade ME, Landler MP, et al. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. *Archives of Internal Medicine*. 2011;171(7):678-684.
41. Perversi P. The purpose of ward rounds. *Irish Journal of Medical Science*. 2019; 188(3):1071-1073
42. Manias E, Street A. Nurse–doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of clinical nursing*. 2001; 10(4):442-450.
43. Swenne CL, Skytt B. The ward round–patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian journal of caring Sciences*. 2014; 28(2):297-304
44. Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz WA. Communication during ward rounds in Internal Medicine: An analysis of patient–nurse–physician interactions using RIAS. *Patient education and counseling*. 2007; 67(3):343-348.

45. Caldwell G. The Importance of Ward Rounds. Presentation to NHS Emergency Care Intensive Support Team on 17 October 2013. [Erişim tarihi 10. şubat.2020].
46. Perversi P, Yearwood J, Bellucci E, Stranieri A, Warren J, Burstein F, ve ark. Exploring reasoning mechanisms in ward rounds: a critical realist multiple case study. *BMC health services Research*. 2018; 18(1): 1-11.
47. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *The Milbank Quarterly*. 2007;85(1): 93-138.
48. Wilson KA, Burke CS, Priest HA, Salas E. Promoting health care safety through training high reliability teams. *BMJ quality & safety*. 2005;14(4):303-309.
49. Royal College of Physicians, Royal College of Nursing. *Ward Rounds in Medicine: Principles for best practice*. Royal College of Physicians, London. 2012.
[Erişim Tarihi 12. şubat.2020].
EriřimAdresi:<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/ward-rounds-medicine-principles-best-practice>
50. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian medical association journal*. 1995; 152(9):1423.
51. Soong J, Bravis V, Smith D, LeBall K, Levy J. Improving ward round processes: A pilot medical checklist improves performance. In *Paris: International Forum on Quality and Safety in Healthcare*. 2012.
52. Arabshahi KS, Haghani F, Bigdeli S, Omid A, Adibi P. Challenges of the ward round teaching based on the experiences of medical clinical teachers. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2015; 20(3): 273-280.
53. Stickrath C, Noble M, Prochazka A, Anderson M, Griffiths M, Manheim J, ve ark. Attending rounds in the current era: what is and is not happening. *JAMA internal medicine*. 2013;173(12):1084-1089.
54. Gonzalo JD, Heist BS, Duffy BL, Dyrbye L, Fagan MJ, Ferenchick G, ve ark. Identifying and overcoming the barriers to bedside rounds: a multicenter qualitative study. *Academic Medicine*. 2014; 89(2): 326-334.
55. Schmelter V, März E, Adolf C, Wölfel TL, Lottspeich C, Fischer, MR ve ark. Ward rounds in internal medicine: Validation of an Entrustable Professional Activity (EPA) observation checklist. *GMS journal for medical education*. 2018; 35(2).
56. Leung A, Williams M, Korotkyi O, Meleca N, Fam N. Development and Implementation of a Bedside Rounds Checklist In A Cardiac ICU (CICU). *Canadian journal of cardiology*. 2017; 33(10): 84-85.
57. Pucher PH, Aggarwal R, Singh P, Srisatkunam T, Twaij A, Darzi A. Ward simulation to improve surgical ward round performance: a randomized controlled trial of a simulation-based curriculum. *Annals of surgery*. 2014; 260(2): 236-243.

58. Somasundram K, Spence H, Colquhoun AJ, Mcilhenny C, Biyani CS, Jain S. Simulation in urology to train non-technical skills in ward rounds. *BJU international*. 2018; 122(4): 705-712.
59. Krautter M, Koehl-Hackert N, Nagelmann L, Juenger J, Norcini J, Tekian A, ve ark. Improving ward round skills. *Medical teacher*. 2014; 36(9):783-788.
60. Taylor JS. Improving patient safety and satisfaction with standardized bedside handoff and walking rounds. *Clinical journal of oncology nursing*. 2015;19(4): 414-416.
61. Jensen BE, Found PA, Williams SJ, Walley P. Improving the efficiency and effectiveness of ward rounds. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 2016.
62. Lad M, Patten DK. Using junior doctor-led ward rounds to enhance surgical education. *Journal of surgical education*. 2014;71(2):164-5.
63. Palinkas LA, Horwitz S.M, Green CA, Wisdom J P, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*.2015; 42(5):533-544.
64. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. "Toward a Definition of Mixed Methods Research." *Journal of Mixed Methods Research*.2007;1(2):112–33.
65. Wisdom JP, Cavaleri MA, Onwuegbuzie A J, Green CA. Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health services research*. 2012; 47(2):721-745.
66. Creswell JW, Clark VLP. *Karma yöntem araştırmaları: Tasarımı ve yürütülmesi*. Anı Yayınları.
67. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi.[Erişim tarihi: 14.02.2019] Erişim Adresi: <http://www.ankaracocuk.gov.tr>.
68. Ozturun C I, Demir S, Azili MN, Senayli A, Livanelioglu Z, Senel E. (2016). The outcomes of becoming a pediatric burn center in Turkey. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2016; 22(1): 34-39. doi:10.5505/tjtes.2015.46417
69. Güler N, Teker GT. (2015). Açık uçlu maddelerde farklı yaklaşımlarla elde edilen puanlayıcılar arası güvenilirliğin değerlendirilmesi. *Eğitimde ve psikolojide ölçme ve değerlendirme dergisi*. 2015; 6(1):12-24.
70. Downing SM. Reliability: on the reproducibility of assessment data. *Medical education* .2004;38(9):1006-1012.
71. Wainer H, Thissen D. How is reliability related to the quality of test scores? What is the effect of local dependence on reliability? *Educational Measurement: Issues Pract* 1996;15 (1):22–29.
72. Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation. *Anaesthesiologists' Non-Technical Skillsin Denmark (ANTSdk)*. UK version 2.2, 160224.

73. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, Glavin R, Maran N, Patey R. (2003). Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British journal of anaesthesia*. 2003;90(5): 580-588
74. Yule S, Paterson-Brown S. Surgeons' non-technical skills. *Surgical Clinics*. 2012; 92(1):37-50.
75. Alqahtani M, Al Balawy N, Salih SAB., Al Sayyari A, Al Shammari H, Al Ghobain ve ark. Medical grand rounds in Riyadh, Saudi Arabia: Current attitudes and barriers. *Journal of family & community medicine*. 2015;22(2):118.
76. Agency for Healthcare Research and Quality. Strategy 3: Nurse Bedside Shift Report. Rockville MD. 2013. [Erişim tarihi 12. Şubat.2020]. Erişim Adresi: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/index.html>
77. Stanley P. Structuring ward rounds for learning: can opportunities be created? *Medical education*.1998; 32(3): 239-243.
78. Oseni OG, Olamoyegun KD, Olaitan P B. Paediatric burn epidemiology as a basis for developing a burn prevention program. *Annals of burns and fire disasters*. 2017;30(4), 247-249.
79. Yastı AÇ, Koç O, Şenel E, Kabalak AA. Hot milk burns in children: a crucial issue among 764 scaldings. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2011; 17(5): 419-422.
80. Lam NN, Huong HTX, Tuan CA. Preparation for major burns incidents: evaluation of continuing medical education training courses for professionals. *Annals of burns and fire disasters*.2018: 31(4); 322.
81. <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,31219/cocuk-cerrahisi.html> [Erişim Tarihi:30. Mayıs.2020]
82. Jeschke MG, Chinkes DL, Finnerty CC, Kulp G, Suman OE, Norbury WB ve ark.The pathophysiologic response to severe burn injury. *Annals of surgery*. 2008: 248(3); 387.
83. Laskaratos FM, Wallace D, Gkotsi D, Burns A, Epstein O. The educational value of ward rounds for junior trainees. *Medical education online*.2015: 20(1); 27559.
84. McLeod PJ. A successful formula for ward rounds. *CMAJ: Canadian medical association journal*. 1986;134(8): 902-904.
85. Priest JR, Bereknyei S, Hooper K, Braddock III CH. Relationships of the location and content of rounds to specialty, institution, patient-census, and team size. *PLoS One*. 2010; 5(6): e11246.
86. Coutris N, Gawaziuk JP, Cristall N, Logsetty S. Interrupted Nutrition Support in Patients With Burn Injuries: A Single-Centre Observational Study. *Plastic Surgery*.2019: 27(4); 334-339.
87. Carson JS, Khosrozadeh H, Norbury WB, Herndon DN. Nutritional needs and support for the burned patient. In *Total burn care*.2018: (pp. 287-300). Elsevier.

88. Pucher PH, Aggarwal R, Srisatkunam T, Darzi A. Validation of the simulated ward environment for assessment of ward-based surgical care. *Ann Surg.* 2014; 259:215–221.
89. Meyer EC, Sellers DE, Browning DM, McGuffie K, Solomon MZ, Truog RD. Difficult conversations: improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatr Crit Care Med.* 2009;10(3);352–359.
90. Brand SR, Fasciano K, Mack JW. Communication preferences of pediatric cancer patients: talking about prognosis and their future life. *Supportive care in cancer.* 2017; 25(3);769-774.
91. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Revista gaucha de enfermagem.* 2019;40(spe).
92. Perry V. CNE SERIES. A Daily Goals Tool to Facilitate Indirect Nurse-Physician Communication During Morning Rounds on a Medical-Surgical Unit. *MedSurg Nursing.* 2016;25(2).
93. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Team situation awareness and the anticipation of patient progress during ICU rounds. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20(12):1035-1042.
94. Palin AN. Ward round practice—a need for urgent attention?. *Psychiatric Bulletin.* 2005; 29(9);353-353.
95. Chew BH, Tang CJ, Lim WS, Yap JKY, Zhou W, Liaw SY. Interprofessional bedside rounds: Nurse-physician collaboration and perceived barriers in an Asian hospital. *Journal of interprofessional care.* 2019; 33(6): 820-822
96. Gale CP, Gale RP. Is bedside teaching in cardiology necessary for the undergraduate education of medical students? *Medical education.* 2006; 40(1):11-13.
97. Walton V, Hogden A, Long JC, Johnson JK, Greenfield, D. Patients, health professionals, and the health system: influencers on patients' participation in ward rounds. *Patient preference and adherence.* 2019;13: 1415-1429.
98. Muething SE, Kotagal UR, Schoettker PJ, del Rey JG, DeWitt, T G. Family-centered bedside rounds: a new approach to patient care and teaching. *Pediatrics.* 2007;119(4): 829-832.
99. Stanski N, Patel A. Improving trainee education during family-centered rounds: a resident's perspective. *Pediatrics.* 2016; 137(1): e20153679