

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

**SAYI: 15
2018**

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Daire Başkanı **Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Yayın Türü

Sürekli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi, Ocak ve Haziran aylarında olmak üzere iki kez yayımlanır.

*Dergimiz hakemli dergi olup,
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.*

- Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi"ne ve derginin yayın ilkeleri ve yazım kuralları'na uygun yazılar kabul edilir.
- Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.
- Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA

web: www.kalite.saglik.gov.tr

e-mail: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 458 50 02 • **Fax:** (0312) 435 16 79

ISSN: 1309-1972



Basım - 2019

Tasarım - Baskı

Kuban Matbaa Matbaacılık Yayıncılık

İvedik Organize Sa. Matbaacılar Sit.

1514. Sk. No: 20 ANKARA

Tel: 0312 395 20 70 • Faks: 0312 395 37 23

www.kubanmatbaa.com

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

15. Sayı

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı

Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ

İmtiyaz Sahibi

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Hukuk Danışmanı

Av. Sevil SERİN

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Emine ORHANER	Gazi Üniversitesi, İşletme Bölümü
Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ	Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Prof. Dr. Tefvik ÖZLÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN	On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Sergül DUYGULU	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Gül Bahar ERDEM	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi E.A.H.

İÇİNDEKİLER

11
25

BİLGEN ARIKAN - MERYEM YAVUZ VAN GIERBERGEN

Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Kanıtla Dayalı

Uygulama Önerileri

Evaluation and Management of Pressure Injuries: Evidence-Based Practice Recommendations

27
40

HİLAL AKSOY - DİLEK TARHAN ABDULLAH ÖZTÜRK

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin Türkiye'de Kullanım Oranı

The Usage Rate of "Surgical Safety Checklist" in Turkey

41
54

AYŞEGÜL ÇOPUR ÇİÇEK - HÜSEYİN EREN EMRE DURAKOĞLUGİL - ENGİN DURSUN - ŞABAN ŞİMŞEK

Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasında Yeni Nesil Sağlık Eğitim Sisteminde Simülasyona Dayalı Eğitimin Etkinliği: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Planlaması

Simulation Based Educational Activities In The New Generation Health Education System For The Patient Safety Culture: Recep Tayyip Erdoğan University Medical School Plannin

55
67

FEDAYİ YAĞAR

Hastaların Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin SERVQUAL Modeli ile İncelenmesi: Bir İçerik Analizi Çalışması

Examining Patient Expectation and Perceived Quality Levels with SERVQUAL Model: A Content Analysis Study

69
83

HAVVA ÖZTÜRK - YETER KURT - ÇİĞDEM GAMZE ÖZKAN EMEL TOR - AYŞE KAVGACI

Hemşirelerin Hastanedeki Eğitim Fırsatları, Eğitimlerde Bilgisayar Ve Teknoloji Ürünlerini Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Nursing Education Opportunities and Their Educational Expectations: The Use of Computer and Technology In Education

85
107

SELMA GÜRKAN - GÜLŞEN ÖZTEKİN AKPINAR

Maltepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Oluşan Düşmelerin Değerlendirilmesi

Evaluation of Falls Happening in Hospitalized Patients at Maltepe University Hospital

ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız,

Ülkemizde sağlıkta kalite ve performans kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların bilimsel ortamlarda ele alınması ve teşvik edilmesi amacıyla hazırladığımız Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin 15. sayısına hoş geldiniz. Kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araç ve göstergelerinden birisi toplumun sağlık düzeyidir. Küreselleşmenin oluşturduğu etkiler, toplumu ve toplumsal yapıları kökünden değiştirdiği gibi, sağlık alanında da sürekli gelişimi bir zorunluluk haline getirmiştir. Ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen büyük yatırımlar, hedeflere yönelik uygulamaya konulan adımlar ve sağlıkta kalite kültürünün oluşturulması amacıyla istikrarlı bir şekilde yürütülen faaliyetler neticesinde küresel anlamda adından söz edilen bir sağlık sistemi yapısına ulaşılmıştır. Ancak ülke olarak gelişimin takipçisi değil öncüsü olmayı amaçlamalı ve sürekli daha iyiyi hedeflemek durumundayız. Bunun için de artık, sağlık sistemimizin izlenebilir, kıyaslanabilir ve hesap verebilir olması yolundaki çalışmalara ağırlık vermekteyiz. Küresel, ulusal ve kurumsal düzeyde ölçme ve değerlendirme kültürünü geliştirmeye yönelik önemli programlar yürütmekteyiz.

Bu kapsamda dergimizin 15. sayısında; “Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Kanıta Dayalı Uygulama Örnekleri”, “Hastaların Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Servqual Modeli ile İncelenmesi”, “ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin Türkiye’de Kullanım Oranı”, “ Hemşirelere Sunulan Eğitim Fırsatları ve Eğitimlere İlişkin Beklentileri: Bilgisayar ve Teknoloji Kullanımı”, “Maltepe Üniversitesinde Yatan Hastalarda Oluşan Düşmelerin Değerlendirilmesi”, “Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasında Yeni Nesil Sağlık Eğitiminin Etkinliği” konularından oluşan 6 adet özgün çalışmayı sizlerle paylaşıyoruz. Değerli çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin gelişimine hız kazandıran ve yayınlanmak üzere dergimize gönderen tüm araştırmacılara, dergimizin yayınlanması sürecinde rol alan arkadaşlarımıza ve değerli hakemlerimize teşekkür eder, bu sayının sağlık hizmet sunucularının başarılarına katkı sağlaması dileğiyle hepinize saygılar sunarım.

Prof. Dr. Ahmet Tekin
Genel Yayın Yönetmeni

Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri

Bilgen Arıkan¹
Meryem Yavuz van Giersbergen²

ÖZ

Basınç yaraları dünya genelinde büyük bir sağlık problemidir. Basınç yaralarının yüksek oranda görülmesi, bireylerin yaşam kalitesini düşürmesi ve sağlık bakım sisteminde basınç yaralarını tedavi etmenin maliyetinin yüksek olması nedeniyle basınç yaralarının önlenmesi, tedavi edilmesi ve daha etkili ve yeterli şekilde iyileştirilmesi önemlidir. Basınç yaralarının değerlendirilmesi ve yönetimi multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Bu derleme, Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO) tarafından Mayıs 2016'da yayınlanan "Profesyoneller Arası Ekip İçin Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi 3. Baskı" rehberinde yer alan kanıta dayalı uygulama önerilerini paylaşmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Basınç Yarası, Kanıta Dayalı Uygulama, Rehber.

1 Arş. Gör., Uşak Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, bilgen.kahya@usak.edu.tr

2 Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, meryem.yavuz@ege.edu.tr

Evaluation and Management of Pressure Injuries: Evidence-Based Practice Recommendations

ABSTRACT

Pressure injuries are a major health problem throughout the world. Prevention, treatment, more effective and sufficient improvement of the pressure injuries are important because of the fact that the occurrence is high, they reduce the quality of life of individuals and treatment of pressure injuries within the health care system is costly. Evaluation and management of pressure injuries require a multidisciplinary team approach. This collected work aims to share evidence-based practice recommendations in “Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team” published by Registered Nurses’ Association of Ontario-RNAO in May, 2016.

Keywords: Pressure injury, evidence-based practice, guideline.

GİRİŞ

Basınç yarası, “tek başına, basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarı” olarak tanımlanır. Yara deri içinde veya açık yara şeklinde ve ağrılı olabilir. Yara yoğun ve/veya uzun süreli basınç veya bunların yırtılma ile birleşmesi sonucu ortaya çıkabilir. Yumuşak dokunun basınç ve yırtılmaya karşı toleransı; mikroklima, beslenme, doku perfüzyonu, eşlik eden hastalıklar ve yumuşak dokunun durumundan etkilenebilir (Ulusal Basınç Yarası Danışma Paneli [National Pressure Ulcer Advisory Panel-NPU-AP], 2016).

Basınç yaralarının gelişmesinde en önemli faktör basınç olmakla birlikte basınç yarası gelişmesine katkıda bulunan başka etkenler de bulunmaktadır. Paralizi, ileri yaş, uzamış hareketsizlik, dolaşım bozukluğu, nekroz, şiddetli malnütrisyon, duyuşal bozukluk, enfeksiyon, inkontinans, albümin ve hemoglobin değerlerinin normalin altında olması yara gelişimini kolaylaştırır (Keller vd., 2002: 1381; Pender ve Frazier, 2005: 29; Terekeci vd., 2009: 394; Tosun ve Bölüktaş, 2015: 43; Alderden vd., 2017: 112; Bilik ve Çömez, 2017: 30). Sık sedatif ve anestezi uygulamaları da duyuşal algı bozukluğuna neden olur (Jiricka vd., 1995: 361; Esen vd., 2016: 112).

Basınç yaraları şu şekilde evrelendirilmektedir:

- 1. Evre Basınç Yarası: Sağlam cildin basmakla solmayan kızarıklığı
- 2. Evre Basınç Yarası: Maruz kalan dermiste kısmi kalınlıkta cilt kaybı
- 3. Evre Basınç Yarası: Tam kat cilt kaybı
- 4. Evre Basınç Yarası: Tam kat cilt ve doku kaybı
- Evrelendirilmeyen Basınç Yarası: Örtülü tam kat cilt ve doku kaybı
- Derin Doku Basınç Yarası: Kalıcı, solmayan, derin kırmızı, kahverengi veya mor renk kaybı (NPUAP, 2016).

Basınç yaralarının değerlendirilmesinde kullanılan farklı ölçüm araçları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları Basınç Yarası İyileşme Skalası (the Pressure Ulcer Scale for Healing- PUSH), Fotografik Yara Değerlendirme Ara-

cı (the Photographic Wound Assessment Tool-PWAT) ve Bates-Jensen Yara Değerlendirme Aracı (the Bates-Jensen Wound Assessment Tool-BWAT)'dır (RNAO, 2016: 130). Basınç yarası risk değerlendirilmesi için de Braden Skalası, Norton Skalası, Waterlow Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği, Basınç Yarası Risk Skalası (the Pressure Ulcer Risk Scale-PURS) gibi ölçekler kullanılmaktadır (RNAO, 2016: 128).

Basınç yaraları, sağlık bakım kuruluşlarının ve tesislerinin genel kalitesinin ve güvenliğinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilir (Harrison vd., 1998: 108). Kanada Sağlık Bilgisi Enstitüsü (the Canadian Institute for Health Information-CIHI) 2013 verilerine göre, basınç yarası prevalansı %0,4 ile %14,1 oranları arasında değişmektedir (akut bakımda %0,4, evde bakımda %2,4, uzun süreli bakımda %6,7 ve kompleks sürekli bakımda %14,1). Gerçekte basınç yarası prevalansının, araştırmacıların bulduğu güncel yönetici veri tablolarından daha yüksek oranda olduğu bildirilmektedir. Hemşire ve doktorların notlarındaki yetersiz belgeleme ve 1. evre basınç yaralarının bazı çalışmalarda analize dahil edilmemesinin gerçek prevalansı etkilediği düşünülmektedir (CIHI, 2013). Avrupa'da yapılan araştırmalarda 25 akut bakım hastanesinde 5947 hastanın ortalama prevalansı %18-20 olarak hesaplanmıştır. İngiltere, Belçika, İtalya, Portekiz ve İsveç'te bir veya daha fazla basınç yarası gelişen 1078 hastada nokta prevalans %18,2, İngiltere'de %21,9 olarak tespit edilmiştir (Vanderwee vd., 2007: 231; Posnett vd., 2009: 154). Türkiye'de yapılan çalışmalara göre basınç yarası prevalansı %2,5-40,6 oranları arasında değişmektedir (Uzun vd., 2007: 48; İnan vd., 2012: 409, Tosun ve Bölüktaş, 2015; Gencer ve Özkan, 2015: 26). Yoğunbakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda basınç yarası gelişme insidansının %1,5-20,56 oranları arasında değiştiği görülmektedir (Tokgöz ve Demir, 2010: 96; Katran, 2015: 8; Kıraner vd., 2016: 80; Karayurt vd., 2016: 1314; Turgut vd., 2017: 72). Cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada basınç yarası oluşma insidansı %54,8 olarak bulunmuştur (Karadağ ve Gümüşkaya, 2006: 418).

Basınç yaralarının yükü, bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde büyük etkisi olması nedeniyle önemlidir. Basınç yaralarının yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili yapılan bir sistematik derlemede, basınç yarısından etkilenen bireylerin sağlığı ile ilgili birkaç alan tanımlanmıştır: Fiziksel (örn. semptomlar, genel sağlık, algılanan etiyoloji), sosyal (örn. sağlık bakım profesyo-

nelleri ve hastaların ilişkisi üzerinde basınç yaralarının etkisi), psiko-sosyal (örn. öfke, hayal kırıklığı ve anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duygular) ve finansal konular (Gorecki vd., 2009: 1180). Basınç yaralarının, bireylerin yaşam kalitesi üzerine yaptığı önemli etkilere ek olarak, ekonomik yükü de yüksektir. Kanada’da yapılan bir çalışmada, Ontario’da basınç yarası tedavisi gören omurilik yarasına maruz kalan her birey için aylık 4,750 Kanada Doları maliyet tahmini yapılmıştır (Chan vd., 2013: 431). Clarke vd. (2005) tek bir basınç yarasının tedavi maliyetininin 10.000-86.000 Amerikan Doları (ortalama 27.000 dolar) arasında değişebildiğini ve basınç yaralarını tedavi etmenin bakım zamanını %50’ye kadar arttırabildiğini bildirmektedir (Clarke vd., 2005: 578). İngiltere’de yapılan bir çalışmada basınç yarası tedavisinin hasta başına 1,4-2,1 milyar pound olduğu saptanmıştır (Papanikolaou vd., 2007: 286). Türkiye’de ise her yıl 2,5 milyon kişide basınç yarası gelişmekte, 60.000 kişi ise bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Basınç yaralarının maliyeti ise 11,5 milyar dolar olarak hesaplanmaktadır (Turkuaz Standartları, 2013: 7; <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/88/docs/Makale-1.pdf>, Erişim tarihi: 24.03.2018).

Basınç yaralarının çoğunun önlenabilir olduğu vurgulanmaktadır (RNAO, 2016: 25). Basınç yaraları, önleyici bir yara bakım planının uygulanmasına rağmen gelişirse önlenemez olarak belirlenir (Black vd., 2011: 24).

Önlenemez basınç yaraları aşağıdaki durumlarda gelişebilir:

- Hareketin hemodinamik dengesizlikten dolayı kısıtlanması (Black vd., 2011: 24),
- Uygun beslenme ve sıvılar sağlanamaması ve/veya sürdürülememesi (örn. kişinin yemek yemeyi veya beslenmeyi veya yapay hidrasyonu reddetmesi) (Black vd., 2011, 24),
- Kişinin hayatının sonunda olması (Sibbald vd., 2010: 227)
- Diğer koşullar, koruyucu basınç yarası bakımının optimizasyonunu engeller veya sınırlar (Black vd., 2011: 24).

Kişinin risk seviyesine bakılmaksızın, tüm hastalar basınç yarasını önleyici bakımı almalıdır (örn. dönme ve pozisyon verme, beslenme). Ayrıca, yüksek riskli gruptaki her hastada basınç yarası gelişmez. Bireysel ve çev-

resel faktörlerin birleşimi sonucu basınç yaraları ortaya çıkabilmektedir (Black vd., 2011: 24).

Basınç yaralarının yüksek oranda görülmesi, bireylerin yaşam kalitesini düşürmesi ve tedavi maliyetinin yüksek olması nedeniyle basınç yaralarının önlenmesi, tedavi edilmesi ve daha etkili ve yeterli şekilde iyileştirilmesi için yetkililerin, hükümetlerin ve sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin harekete geçmesi gerekmektedir. Basınç yarası yönetimini geliştirmek için hasta merkezli, profesyoneller arası bakım ve kanıta dayalı standartlaştırılmış bir bakımın sağlanması önemlidir (RNAO, 2016).

İyi uygulama rehberleri, sağlık bakımı ve hizmetleri ile ilgili kararlar almak için profesyonel ekip üyelerine yardımcı olmak üzere tasarlanmış sistematik olarak geliştirilmiş açıklamalardır (Field ve Lohr, 1990). Kanıta dayalı uygulama rehberleri, elde edilebilen en iyi kanıtlardan bir sentez yapılarak hazırlanır ve kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesine yardımcı olurlar (Kocaman, 2003: 66). Basınç yaralarının değerlendirilmesi ve yönetimi rehberi Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO) tarafından 2002 yılında yayınlanmış, 2007 yılında revize edilmiştir. "Profesyoneller Arası Ekip İçin Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi" Klinik Uygulama Rehberi 3.baskısı Mayıs 2016'da yayınlanmıştır. Bu iyi uygulama rehberiyle, Evre I-Evre IV basınç yaralarının değerlendirilmesi ve yönetimi amaçlanmıştır. Bu rehber basınç yaralarına sahip kişilere bakım sağlayan ve değerlendirme yapan tüm bakım hizmetlerindeki profesyoneller arası ekip için kanıta dayalı uygulama önerileri sunmaktadır. Profesyoneller arası ekip, basınç yarası olan bireyler için düzenli yara bakımı (basınç yarasını değerlendirme, ek basınç yarası gelişimi için risk değerlendirmesi yapma ve/veya var olan basınç yaralarının yönetimini) sağlar. Ekibin üyeleri; hemşireler, fizik tedavi uzmanları, mesleki terapistler, doktorlar ve diyetisyenlerle sınırlı değildir. Ekip, bakım planı geliştirmek için basınç yarası/yaraları olan birey ve bireyin bakım çevresi (ücretli veya ücretsiz bakım vericiler [ör: kişisel destek çalışanı, gelişimsel destek çalışanı, primer bakım verici, birey yerine karar verici, aile, arkadaşlar vs.) ile birlikte çalışmalıdır.

Rehberdeki kanıt seviyeleri ve kaynakları Tablo 1'de verilmiştir. (RNAO, 2016).

Tablo 1. Kanıt Seviyeleri ve Kaynakları

Kanıt Seviyesi	Kanıtın Kaynağı
Ia	Kanıt meta-analizlerden veya randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemelerinden ve/veya niceliksel araştırmaların öncelikli olarak çoklu çalışmaların sentezinden elde edilir.
Ib	Kanıt en az bir randomize kontrollü araştırmadan elde edilir.
IIa	Kanıt randomize olmayan en az bir iyi tasarlanmış kontrollü çalışmadan elde edilir.
IIb	Kanıt randomize olmayan en az bir iyi tasarlanmış yarı deneysel çalışmadan elde edilir.
III	Kanıt öncelikli olarak nitel araştırmanın birden fazla çalışmanın sentezinden elde edilir.
IV	Kanıt analitik çalışmalar veya tanımlayıcı çalışma ve/veya nitel çalışmalar gibi iyi tasarlanmış deneysel olmayan gözlemsel çalışmalardan elde edilir.
V	Kanıt uzman görüşü veya komite raporu ve/veya yetkili makamların klinik deneyimlerinden elde edilir.

Bu rehber basınç yarası bulunan bireylere bakım sağlayan ve değerlendirme yapan tüm bakım hizmetlerindeki profesyonel ekip için kanıta dayalı uygulama önerileri sağlamaktadır. Bu rehber üç ana alanda iyi uygulama önerileri sunmaktadır:

Uygulamaya yönelik öneriler: Basınç yarası olan bireylere bakım sağlayan sahada görevli profesyonel ekiplere yöneliktir.

Eğitim önerileri: Eğitimciler, kalite geliştirme ekipleri, yöneticiler, idareciler ve akademik kuruluşları içeren personel eğitimi ve profesyonel ekip eğitiminden sorumlulara yöneliktir.

Sistem, organizasyon ve politika önerileri: Öneriler yöneticiler, idareciler, politikacılar, sağlık bakımını profesyonel düzenleyici organlar ve hükümet organlarına yöneliktir.

Tablo 2’de rehberde yer alan öneriler açıklanmıştır (RNAO, 2016).

Tablo 2. Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi Rehberi Önerileri ve Kayıt Seviyeleri

Uygulama Önerileri		Kanıt Seviyesi
1.0 Değerlendirme	<p>Öneri 1.1: İlk muayenede ve bireyin tıbbi durumunda önemli bir değişiklik olduğunda, sağlık, psikososyal öyküyü yeniden alın ve fizik muayene yapın.</p>	V
	<p>Öneri 1.2: İlk muayenede ve bireyin tıbbi durumunda önemli bir değişiklik olduğunda, ek basınç yarası gelişme riskini geçerli ve güvenilir bir basınç yarası risk değerlendirme aracı kullanarak değerlendirin.</p>	V
	<p>Öneri 1.3: Bireyin basınç yarasını, ilk muayenede ve basınç yarasında önemli bir değişiklik olduğunda, aynı geçerli ve güvenilir yara değerlendirme aracını kullanarak değerlendirin.</p>	V
	<p>Öneri 1.4: İlk muayene ve her pansuman değişikliğinde bireyin basınç yarasını enfeksiyon belirti ve bulguları açısından (yüzeysel kritik kolonizasyon/lokalize enfeksiyon ve/veya derin ve çevresel enfeksiyon/ sistemik enfeksiyon) değerlendirin.</p>	V

Uygulama Önerileri		Kanıt Seviyesi
1.0 Değerlendirme	<p>Öneri 1.5:</p> <p>a) İlk muayenede ve basınç yarasının iyileşmesinde bir gecikme varsa; malnütrisyon riski açısından, geçerli ve güvenilir bir tarama aracı kullanarak tüm bireyleri tarayın.</p> <p>b) İlk muayeneden sonraki 72 saat içinde ve sağlık durumunda ve/veya basınç yarasında herhangi bir değişiklik olduğunda, geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı kullanarak, malnütrisyon riski bulunan tüm bireylerin beslenme durumlarını belirleyin.</p> <p>c) İlk muayeneden sonraki 72 saat içinde, sağlık durumunda bir değişiklik varsa ya da iyileşme gecikmişse; kötü beslenme durumundaki tüm bireyler için kapsamlı bir beslenme değerlendirmesi yapın.</p>	V
	<p>Öneri 1.6:</p> <p>İlk muayenede basınç yarası ağrısını değerlendirin ve her yara bakımı girişiminden önce ve sonrasında hastanın bilişsel yeteneği ile tutarlı aynı geçerli ve güvenilir aracı kullanarak ağrıyı izlemeye devam edin.</p>	V
	<p>Öneri 1.7:</p> <p>İlk muayenede alt ekstremitelerde basınç yarası olan tüm bireylerin vasküler değerlendirmesini (tıbbi öykü, fizik muayene) yapın.</p>	V
	<p>Öneri 1.8:</p> <p>İlk muayenede ve bireyin tıbbi durumunda, ağırlığında, ekipmanda, hareket kabiliyetinde ve/veya basınç yarası iyileşmesinde önemli bir değişiklik olduğunda hareketlilik ve destek yüzey değerlendirmesi yapın.</p>	V

Uygulama Önerileri		Kamıt Seviyesi
2.0 Planlama	<p>Öneri 2.1: Basınç yarası bakım planı oluşturun ve planlama için gereken danışmanlıkları ya da tavsiyeyi elde edin.</p>	V
	<p>Öneri 2.2: Birey, bireyin bakım çevresi ve mesleki ekip tarafından ortak karar verilen hedefleri içeren bir basınç yarası bakım planı geliştirin.</p>	Ia
3.0 Uygulama	<p>Öneri 3.1: Bireye düzenli aralıklarla (her iki ila dört saatte bir) bireyin merkezine dayalı olarak yeniden pozisyon verin. Otururken, kişinin her 15 dakikada bir ağırlık merkezini değiştirin.</p>	V
	<p>Öneri 3.2: Basınç yarası olan her bireyi her zaman bir basınç dağıtıcı destek yüzeyi üzerine yerleştirin.</p>	V
	<p>Öneri 3.3: Birey ve bakım çevresi ile işbirliği içinde bireye özel beslenme gereksinimlerini karşılayan ve basınç yarasının iyileşmesini destekleyici uygun protein, kalori, sıvı ve uygun vitamin ve mineral takviyesi sağlayan beslenme planı uygulayın.</p>	V

Uygulama Önerileri		Kanıt Seviyesi
3.0 Uygulama	<p>Öneri 3.4: Uygun olacak şekilde, aşağıdakilerden oluşan lokal basınç yarası bakımını sağlayın: Arındırma (temizleme) (kanıt seviyesi = V); Nem dengesi (iyileştirilebilir) veya nemi azaltma (iyileştirilemeyen, bakım) (kanıt seviyesi = Ia-b, V); Enfeksiyon kontrolü (yüzeysel kritik kolonizasyon/ lokalize enfeksiyon ve/veya derin ve çevresel enfeksiyon/sistemik enfeksiyon) (kanıt seviyesi Ia-b, V); Debridman (kanıt seviyesi = V).</p>	Ia,Ib,V
	<p>Öneri 3.5: İyileşmeyi hızlandırmak ve yara kapanmasını desteklemek için gecikmiş fakat iyileştirilebilir evre 2, evre 3 ve evre 4 basınç yaralarında en iyi uygulama yara bakımına ek olarak elektrikli stimülasyon (uygun olduğunda) sağlayın.</p>	Ia
	<p>Öneri 3.6: Alternatif olarak, kapanması gecikmiş, ancak iyileştirilebilir basınç yaralarının - uygun bir şekilde ve mevcutsa – kapanmasını hızlandırmak için aşağıdaki tedavileri uygulayın: Elektromanyetik terapi (kanıt seviyesi = Ib), Ultrason (kanıt seviyesi = Ib), ve Ultraviyole ışık (kanıt seviyesi = Ib). Kapanması gecikmiş ancak iyileştirilebilir basınç yaralarını hızlandırmak için aşağıdaki tedaviyi düşünmeyin: Lazer tedavisi (tavsiye edilmez)</p>	Ib
	<p>Öneri 3.7: İstisnai durumlarda, yaşam kalitesinin artırılması ve diğer birey/aile merkezli tercihlere uygun olmak üzere evre 3 ve evre 4 basınç yarasına sahip bireyler için negatif basınçlı yara tedavisi sağlayın.</p>	V
	<p>Öneri 3.8: Bir basınç yarası öz-yönetim planı uygulamak için birey ve bakım çevresiyle işbirliği yapın.</p>	Ia
	<p>Öneri 3.9: Farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimler kullanarak birey merkezli bir ağrı yönetim planı uygulayın.</p>	V

Uygulama Önerileri		Kayıt Seviyesi
4.0 Değerlendirme	Öneri 4.1: Bireyin ek basınç yaraları gelişme riskini, bireyin sağlık durumunda herhangi bir değişiklik olduğunda düzenli olarak yeniden değerlendirmek için ilk risk değerlendirme aracını kullanın.	V
	Öneri 4.2: Pansuman değişikliklerinde düzenli olarak birey merkezli hedeflere yönelik ilerleme kaydedilmesi için bireyin basınç yarasını gözlemlemek amacıyla ilk yara değerlendirme aracını kullanın.	V
Eğitim Önerileri		Kayıt Seviyesi
5.0 Eğitim	Öneri 5.1: Sağlık mesleğine giren klinisyenler ve öğrenciler için kapsamlı ve sürdürülebilir mesleki basınç yarası eğitim programları geliştirin ve uygulayın.	V
	Öneri 5.2: Uygun, güvenilir ve geçerliliği olan bir değerlendirme aracı kullanarak, mevcut basınç yaralarının değerlendirilmesi ve sonrasında eğitim girişimleri ile ilgili sağlık profesyonellerinin bilgi, tutum ve becerilerini değerlendirin.	IV, V
Sistem, Organizasyon Ve Politika Önerileri		Kayıt Seviyesi
6.0 Sistem, Organizasyon ve Politika	Öneri 6.1: Kuruluşlar, basınç yarası yönetiminin en iyi uygulamalarını standart ve meslekler arası klinik uygulamaya entegre edecek kaynakları sağlamalı ve sonuçları sürekli değerlendirmelidirler.	IV
	Öneri 6.2: Basınç yaraları olan insanlar için sağlık sonuçlarını iyileştirmeye yönelik yetkili alanlarda stratejik bir kalite ve güvenlik önceliği olarak basınç yarasının yönetimi için görüşmeler yapın ve yatırımları destekleyin.	V

SONUÇ

Basınç yaraları sağlık bakım kuruluşları için önemli bir kalite ve bakım göstergesidir. Basınç yaralarının yüksek oranda görülmesi, bireylerin yaşam kalitesini etkilemesi ve tedavi maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Basınç yaralarının önlenmesi, tedavi edilmesi ve daha etkili şekilde iyileştirilmesi için yetkililerin, hükümetlerin ve sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin harekete geçmesi gerekmektedir. Basınç yaralarının değerlendirilmesi ve yönetiminde kanıta dayalı rehberlere uygun standart bakım protokollerinin oluşturulması, sağlık personeli, hasta ve yakınlarının eğitiminin sağlanması, prevelans, insidans çalışmaları ve maliyet hesaplamalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 71: 97-114.
- Bilik, Ö., Çömez, S. (2017). Basınç Yaraları ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri j Surg Nurs-Special Topics*, 3(3): 164-175.
- Black, J.M., Edsberg, L.E., Baharestani, M.M., Langemo, D., Goldberg, M, McNichol, L., et al. (2011). Pressure ulcers: Avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound Management*, 57(2): 24-37.
- Chan, B., Nanwa, N., Mittman, N., Bryant, D., Coyte, P.C., Houghton, P.E. (2013). The Average Cost of Pressure Ulcers Management in A Community Dwelling Spinal Cord Injury Population. *International Wound Journal*, 10(4): 431-440.
- Clarke, H.F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R., Gundry, S. (2005). Pressure Ulcers: Implementation of Evidence-based Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6): 578-590.
- Esen, O., Öncül, S., Yılmaz, M., Kahraman Esen, H. (2016). Yoğun Bakım Hastalarında Bası Yarası Olgularının Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi. *J Kartal TR*, 27(2): 111-115.
- Field, M., Lohr, K.N. (1990). Guidelines for clinical practice: Directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press.
- Gencer, Z.E., Özkan, Ö. (2015). Basınç Ülserleri Sürveyans Raporu/Pressure Ulcers Surveillance Report. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 13(1): 26-30.

- Gorecki, C., Brown, J.M., Nelson, E., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., et al. (2009). Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7): 1175–1183.
- Harrison, M.B., Logan, J., Joseph, L., Graham, I.D. (1998). Quality Improvement, Research, and Evidence-Based Practice: 5 Years Experience with Pressure Ulcers. *Evidence Based Nursing*, 1: 108–110.
- İnan, D.G., Öztunç, G. (2012). Pressure Ulcer Prevalence in Turkey: A Sample From A University Hospital. *J Wound, Ostomy & Cont Nurs*, 39(4): 409-413.
- Jiricka, M.K., Ryan, P., Carvalho, M.A., Bukvich, J. (1995). Pressure Ulcer Risk Factors in An ICU Population. *Am J Crit Care*, 4(5): 361–367.
- Kanada Sağlık Bilgisi Enstitüsü [CIHI]. (2013). *Compromised Wounds in Canada* https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_Compromised_Wounds_EN.pdf .Erişim tarihi: 17 Mayıs 2017.
- Karadağ, M., Gümüşkaya, N. (2006). The Incidence of Pressure Ulcers in Surgical Patients: A Sample Hospital in Turkey. *J Clin Nurs*, 15(4): 413-21.
- Karayurt, Ö., Akyol, Ö., Kilicaslan, N., Akgün, N., Sargin, Ü., Kondakci, M., ... & Sari, N. (2016). The Incidence Of Pressure Ulcer İn Patients On Mechanical Ventilation Andeffects Of Selected Risk Factors On Pressure Ulcer Development. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 46(5), 1314-1322.
- Katran, H.B. (2015). Bir cerrahi yoğun bakım ünitesinde bası yarası görülme sıklığı ve bası yarası gelişimini etkileyen risk faktörlerinin irdelenmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 1(1):8-14.
- Keller, B.P., Wille, J., van Ramshorst, B., van der Werken, C. (2002). Pressure Ulcers in Intensive Care Patients: A Review of Risks and Prevention. *Intensive Care Med*, 28: 1379–88.
- Kıraner, E., Terzi, B., Uzun Ekinci, A., Tunalı, B. (2016). Yoğun Bakım Ünitemizdeki Basıncı Yarası İnsidansı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2): 78-83.
- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2(4), 61-69.
- Koç, S. (2015). *Basıncı yarası bakım deneyimlerimiz ve maliyet analizi*. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/88/docs/Makale-1.pdf> .Erişim tarihi: 24.03.2018.
- Papanikolaou, P., Lyne, P., Anthony, D. (2007). Risk Assessment Scales for Pressure Ulcers: A Methodological Review, *International Journal of Nursing Studies*, 44: 285-296.

- Pender, L.R., Frazier, S.K. (2005). The relationship between dermal pressure ulcers, oxygenation and perfusion in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Nurs*, 21(1): 29-38.
- Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., Saal, G. (2009). The RESOURCE. Impact of Wounds on Health Care Providers in Europe. *J Wound Care*, 18(4): 154-61.
- Registered Nurses' Association of Ontario- RNAO. Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team Third Edition. (2016). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario Publishing.
- Sibbald, R.G., Krasner, D.L., Lutz, J. (2010). SCALE: Skin Changes at Life's End: Final Consensus Statement–October 1, 2009. *Advances in Skin Wound Care*, 23(5): 225–236.
- Terekeci, H., Kucukardali, Y., Top, C., Onem, Y., Celik, S., Oktenli, C. (2009). Risk Assessment Study of The Pressure Ulcers in Intensive Care Unit Patients. *Eur J Intern Med*, 20: 394–7.
- Tokgöz, O., Demir, O. (2010). Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yara İnsidansı ve Risk Faktörleri. *Selçuk Tıp Dergisi*, 26(1), 95-98.
- Tosun, Z. K., Bölüktaş, R.P. (2015). Yoğun Bakım Ünitelerindeki Yaşlı Hastalarda Bası Yarası Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(2): 43-53.
- Turgut, N., Ak, A., Ak, E., Yakar, N., Yakar, N., Yılmaz, B., ... & Ali, İ. (2017). Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Ülseri Sıklığı, Önlenmesi ve Tedavisi. *J Turk Soc Intens Care*, 15 (2):72-76.
- Turkuaz Standart. (2013). *Bası Yarası İçin Standart Rehber*. http://turkuazstandart.org.tr/upload/dokuman/basi_yarasi_rehber_www.pdf. Erişim tarihi: 24.03.2018.
- Ulusal Basınç Yarası Danışma Paneli [NPUAP]. (2016). *NPUAP Pressure Injury Stages*. <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>. Erişim tarihi: 24 Mart 2018.
- Uzun, Ö., Tan, M. (2007). A Prospective, Descriptive Pressure Ulcer Risk Factors and Prevalence Study at A University Hospital in Turkey. *Ostomy Wound Manag*, 53(2): 44-56.
- Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2007). Pressure Ulcer Prevalence in Europe; A pilot study. *J Eval Clin Pract*, 13(2): 227-35.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin Türkiye'de Kullanım Oranı

Hilal Aksoy¹
Dilek Tarhan²
Abdullah Öztürk³

ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, “Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR” adı altında ülkemize uyarlanmıştır. Bu liste; Sağlıkta Kalite Standartları Hastane uygulamasında “Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır”, “Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır”, “Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır”, “Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanım oranı” başlıklı standartların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız sağlıkta kalite değerlendirmelerinde sağlık kuruluşlarının bu standartları karşılama durumunun ve güvenli cerrahi kontrol listesinin Türkiye’de kullanılma oranının belirlenmesidir. Bu amaçla 2016 yılında değerlendirilen sağlık kuruluşlarının kalite değerlendirme sonuçlarına “Kurumsal Kalite Sistemi” aracılığıyla ulaşıldı. Özel, devlet ve üniversite hastanelerinin standartları karşılama durumları incelendi. Hastanelerin sırasıyla “Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır”, “Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır”, “Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır” ve “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı” standartlarını karşılama oranları %70,82, %62,40, %75,10 ve %67,31 olarak tespit edildi. Türkiye’de özellikle özel hastanelerde “Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR” kullanım oranı oldukça iyidir. Ancak kullanım oranının daha da artırılması gerekmektedir. Ayrıca liste kullanımının hasta güvenliği üzerindeki etkilerini incelemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Sağlık Hizmeti, Hasta Güvenliği, Cerrahi

- 1 Uzm. Dr., Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı
- 2 Uzm. Dr. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- 3 Dr. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

The Usage Rate of “Surgical Safety Checklist” in Turkey

ABSTRACT

WHO Surgical Safety Checklist was adopted under the name of “Surgical Safety ChecklistTR” in Turkey. In the evaluation of Healthcare Quality Standards of hospital, this list started to be used in the standards entitled “There should be arrangements for the surgery preparation period of the patients”, “Safety must be provided for surgical applications”, “Safety of anesthesia applications must be provided” and “Safe surgical checklist usage rate”. Our aim in this study is to determine the status of meeting standards and the usage rate of surgical safety checklist in Turkey. The healthcare quality evaluation results of hospitals for the year of 2016 were reached through “Institutional Quality System”. The hospitals were classified as public, private and university hospitals and they were analyzed according to the status of meeting standards. The percentage of meeting

standards of “There should be arrangements for the surgery preparation period of the patients”, “Safety must be provided for surgical applications”, “Safety of anesthesia applications must be provided” and “Safe surgical checklist usage rate” for all kinds of hospitals are respectively 70.82%, 62.40%, 75.10% and 67.31%. The usage rate of “Surgical Safety ChecklistTR” has become is at good level in Turkey especially in private hospitals. But the usage rate of the list must be increased. Also we need further researches whether it is really effective on patient safety.

Keywords: Quality, Healthcare Service, Patient Safety, Surgery

GİRİŞ ve AMAÇ

Cerrahi genellikle engelleri hafifletebilen ve ortak koşullarda ölüm riskini azaltan tek tedavidir. Her yıl milyonlarca insan cerrahi müdahale geçirmektedir ve cerrahi uygulamalar yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı (DALY) nın %13'ünden sorumludur (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 yılında ‘‘Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır (Safe Surgery Saves Lives)’’projesini başlatmıştır. Bu projeye 25 ülke katılmıştır. Ayrıca 122 ülkeden 3000'den fazla hastane katılımı olmuştur. Sonuçta ortaya çıkan DSÖ Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi'nin amacı, tüm dünyada cerrahi bakımda evrensel olarak uygulanabilecek minimum standartların tanımlanması ve klinik disiplinler arasında daha iyi bir iletişim ve takım çalışmasının teşvik edilmesidir (2).

2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk defa sağlıkta kalite standartlarını değerlendirmek amacıyla 100 kriterden oluşan bir soru seti yayınlanmıştır. 2007 yılından 2009 yılına kadar devam eden dönemde sayıca 100 kriterden oluşan soru seti daha da geliştirilerek 150 standarttan oluşan bir set haline almıştır. 2009 yılında 358 standartlık bir set yayınlanarak sağlıkta kalite standartlarının ana yapısı oluşturulmuştur. 2011 yılında standart sayısı 621'e çıkarılmış olup; kamu, özel ve üniversite ayırımı yapılmaksızın tüm hastanelere yönelik olarak ‘‘Sağlıkta Kalite Standartları – Hastane’’ seti oluşturulmuştur (3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında başlatmış olduğu ‘‘Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır’’ projesi kapsamında, Bakanlığımız, hizmet kalite standartlarında güvenli cerrahi uygulamalarına yer vererek bu projeyi ülkemizde de hayata geçirmiştir. Süreç içerisinde yapılan araştırmalar ve sahadan gelen geri bildirimler ile güvenli cerrahi uygulamalarının esasını oluşturan cerrahi güvenlik kontrol listesi, daha da geliştirilerek 3 bölümden 4 bölüme çıkarılmış ve Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR adıyla sağlık çalışanlarının kullanımına sunulmuştur (4-5).

Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR'de dört bölümde yer alan sorular şunlardır:

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hasta Kimliğini, Ameliyat Yerini, Gerçekleştirilecek Girişimini Teyit Etti mi?

2. Hastanın Rızası Kontrol Edildi mi?
3. Hasta Aç mı?
4. Ameliyat Bölgesi Tıraşı Yapıldı mı?
5. Hasta Üzerindeki Değerli Eşyaları Varsa Makyaj/Oje ve Protezlerini Çıkarıldı mı?
6. Hasta Ameliyat Önlüğünü ve Bonesini Giydi mi?
7. Ameliyat Öncesi de Özel Bir İşlem Gerekli mi?
8. Kullanılacak Malzeme, İmplant, Kan veya Kan Ürünü Hazır mı?
9. Hastanın Yapılan Tüm Tetkikleri Yanında mı?

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hasta Kimliğini, Ameliyat Yerini, Gerçekleştirilecek Girişimini Teyit Etti mi?
11. Ameliyat Yeri İşaretlenmiş mi?
12. Anestezi Güvenlik Kontrolü Tamamlandı mı?
13. Pulse Oksimetre Hasta Üzerinde ve Çalışır Durumda mı?
14. Hastanın Bilinen Bir Alerjisi Var mı?
15. Gerekli Görüntüleme Mevcut mu?
16. Hastanın >500 ml Ya da Daha Fazla Kan Kaybı (Çocuklarda >7 ml/kg) Riski Var mı?

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Tüm Ekip Üyeleri Ad ve Görevlerini Belirterek Kendilerini Tanıtırlar
18. Cerrah, Anestezi Görevlisi ve Hemşire; Hastanın Doğru Hasta Olduğunu, Ameliyat Yerinin Doğruluğunu, Gerçekleştirilecek Girişimi sözlü olarak teyit eder.
19. Gerçekleşebilecek Kritik Olaylar Gözden Geçirilir

20. Son 60 Dakika İçinde Antibiyotik Profilaksisi verildi mi?
21. Kullanılacak Malzemeler Hazır ve Sterilizasyonu Uygun mu?
22. Kan Şekeri Kontrolü Gerekli mi?
23. Hasta Antikoagülan Kullanıyor Mu? Derin ven Trombozu Profilaksisi Gerekli mi?

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

24. Gerçekleştirilen Girişimin Teyit Edilmesi
25. Alet, Spanç/Kompres ve İğne Sayımlarının Doğruluğu
26. Numunenin Ne Şekilde Etiketlendiği (Hasta Adı, Alınan Bölge Dâhil)
27. Ele Alınması Gereken Ekipman Sorunları Olup Olmadığı
28. Cerrah, Anestezi Görevlisi ve Hemşire Bu Hastanın Ameliyat Sonrası İyileşmesi ve Tedavisinin Yönetimine Yönelik Kilit Gereksinimleri Gözden Geçirir

Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR ameliyatlarının güvenliğini arttırmaya ve gereksiz cerrahi ölümleri ve komplikasyonları azaltmaya ilgi duyan klinisyenlerin kullanmaları için bir araç olmuştur ve Sağlıkta Kalite Standartları Hastane uygulamasında “Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır”, “Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır”, “Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır” “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı” başlıklı standartların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (6). Bu çalışmadaki amacımız sağlıkta kalite değerlendirmelerinde sağlık kuruluşlarının bu standartları karşılama durumunun ve güvenli cerrahi kontrol listesinin Türkiye’de kullanım oranının belirlenmesidir.

KAPSAM ve YÖNTEM

Kurumsal kalite sistemi, Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında gerçekleştirilen sağlıkta kalite değerlendirmelerinin yönetilmesi için oluşturulmuş web tabanlı bir sistemdir. Sistemde, sağlıkta kalite değerlendiricileri, il kalite

koordinatörleri, sağlık kuruluşu kalite direktörleri ve Bakanlık yetkilileri kullanıcı olarak tanımlanmıştır. Bakanlık yetkilileri tarafından sağlık kuruluşları ve değerlendiriciler için yerinde değerlendirme takvimi oluşturulur. Değerlendiriciler yerinde değerlendirmeyi Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)'nı esas alarak gerçekleştirirler. Daha sonra Kurumsal Kalite Sistemi (KKS)'ne kuruluşun sorumlu olduğu her bir standart için standardın kuruluştaki karşılama düzeyini girerler. Sonunda kuruluşun kalite puanı ortaya çıkar. Sağlık kuruluşu kalite direktörleri ile il kalite koordinatörleri sorumlu oldukları kuruluşlara ait kalite puanı ve değerlendirme raporlarına yine KKS üzerinden ulaşırlar. Kuruluşlar ve değerlendiriciler sürece ilişkin geri bildirimlerini yine bu sistem üzerinden belirlenen formlarla iletirler.

Sistemde, ülke genelindeki sağlık kuruluşları için kalite puanları izlenebildiği gibi standart bazında karşılama düzeyleri de ülke genelinde raporlanabilmektedir. Bu nedenle güvenli cerrahi süreçlerini sorgulayan standartların yerinde değerlendirilmesi sonucunda tespit edilen karşılama düzeyleri de kuruluş bazında ve Türkiye genelinde raporlanmıştır.

Bu sistem ile kalite değerlendiricileri hastaneleri değerlendirmekte ve "Standartları karşılıyor", "Kısmen standartları karşılıyor", "Standartları karşılamıyor" ve "Değerlendirme dışı" terimleri kullanılmaktadır. Gözlem ve hastane çalışanlarıyla yapılan görüşmeler sonucunda değerlendirme yapılmaktadır. KKS verilerine Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi tarafından erişim sağlanabilmektedir. Çalışmada Türkiye'deki hastanelerin 2016 yılındaki kalite değerlendirme sonuçları KKS verilerinden derlenerek özel hastane, üniversite hastanesi ve devlet hastanesi kategorilerinde değerlendirilmiştir. 2016 yılında Türkiye'deki bütün hastaneler değerlendirilmiştir. Değerlendirilen sağlık kuruluşu sayısı 1.282 olup bunların 538 tanesi özel hastane, 687 tanesi devlet hastanesi ve 57'si üniversite hastanesidir. Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımına gerek olmayan cerrahi, işlem yapılmayan kuruluşlar değerlendirme dışı bırakılmıştır.

BULGULAR

KKS verilerine göre hastanelerin sırasıyla "Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır", "Cerrahi uygula-

maların güvenliği sağlanmalıdır”, “Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır” ve “Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanım oranı” standartlarını karşılama oranları %70,82, %62,40, %75,10 ve %67,31 olarak tespit edildi.

“Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır” standardının karşılanma oranı özel hastanelerde %82,1, devlet hastanelerinde %61,7 ve üniversite hastanelerinde %73,6'dır. Standardın karşılanmama oranı ise özel hastanelerde %7,8, devlet hastanelerinde %4,5 ve üniversite hastanelerinde %12,2'dir. (Bkz. Tablo 1)

Tablo 1: “Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır” standardının karşılanma oranları

	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Toplam sayı
Standartları karşılıyor	442 (%82,1)	424 (%61,7)	42 (%73,6)	908
Standartları karşılamıyor	42 (%7,8)	31 (%4,5)	7 (%12,2)	80
Standartları kısmen karşılıyor	43 (%7,9)	48 (%6,9)	8 (%14)	99
Değerlendirme dışı	11 (%2)	184 (%26,7)	0	195
Toplam sayı	538 (%100)	687 (%100)	57 (%100)	1282

“Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır” standardının karşılanma oranı özel hastanelerde %71,1, devlet hastanelerinde %56,7 ve üniversite hastanelerinde %47,3'tür. Standardın karşılanmama oranı ise özel hastanelerde %11,7, devlet hastanelerinde %6,8 ve üniversite hastanelerinde %33,3'tür. (Bkz. Tablo 2)

Tablo 2: “Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır” standardının karşılanma oranları

	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Toplam sayı
Standartları karşılıyor	383 (%71,1)	390 (%56,7)	27 (%47,3)	800
Standartları karşılamıyor	63 (%11,7)	47 (%6,8)	19 (%33,3)	129
Standartları kısmen karşılıyor	81 (%15)	66 (%9,6)	11 (%19,2)	158

Değerlendirme dışı	11 (%2)	184 (%26,7)	0	195
Toplam sayı	538 (%100)	687 (%100)	57 (%100)	1282

“Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır” standardının karşılanma oranı özel hastanelerde %86,6, devlet hastanelerinde %66,3 ve üniversite hastanelerinde %73,6’dır. Standardın karşılanmama oranı ise özel hastanelerde %6,5, devlet hastanelerinde %2,9 ve üniversite hastanelerinde %17,5’tir. (Bkz. Tablo 3)

Tablo 3: “Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır” standardının karşılanma oranları

	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Toplam sayı
Standartları karşılıyor	466 (%86,6)	456 (%66,3)	42 (%73,6)	964
Standartları karşılamıyor	35 (%6,5)	20 (%2,9)	10 (%17,5)	65
Standartları kısmen karşılıyor	26 (%4,8)	27 (%3,9)	5 (%8,7)	58
Değerlendirme dışı	11 (%2)	184 (%26,7)	0	195
Toplam sayı	538 (%100)	687 (%100)	57 (%100)	1282

Bu üç standartta da özel hastanelerin %2’si, devlet hastanelerinin %26,7’si değerlendirmeye alınmamıştır (Bkz. Tablo1, Tablo 2, Tablo 3).

“Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı” standardının karşılanma oranı özel hastanelerde %72,6, devlet hastanelerinde %67,8 ve üniversite hastanelerinde %45,6’dır. Standardın karşılanmama oranı ise özel hastanelerde %16,1, devlet hastanelerinde %4,3 ve üniversite hastanelerinde %38,5’tir. Özel hastanelerin %2,4’ü, devlet hastanelerinin ise %26,9’u değerlendirme dışı bırakılmıştır. (Bkz. Tablo 4)

Tablo 4: “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı” standardının karşılanma oranları

	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Toplam sayı
Standartları karşılıyor	391 (%72,6)	446 (%67,8)	26 (%45,6)	863
Standartları karşılamıyor	87 (%16,1)	30 (%4,3)	22 (%38,5)	139
Standartları kısmen karşılıyor	47 (%8,7)	26 (%3,7)	9 (%15,7)	82
Değerlendirme dışı	13 (%2,4)	185 (%26,9)	0	198
Toplam sayı	538 (%100)	687 (%100)	57 (%100)	1282

Dört standardın da genel olarak özel, devlet ve üniversite hastanelerindeki karşılanma oranları ise gruplar arası analiz yapılarak özel hastanelerde %78,15, devlet hastanelerinde %62,44 ve üniversite hastanelerinde %60,08 olarak bulunmuştur. Karşılanmama durumu ise özel hastanelerde %10,5, devlet hastanelerinde %6,07, üniversite hastanelerinde %25,4'tür. Değerlendirme dışı bırakılan sağlık kuruluşu oranı ise özel hastanelerde %2,13, devlet hastanelerinde %26,8, üniversite hastanelerinde ise %0'dır. (Bkz. Tablo 5)

Tablo 5: “Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır”, “Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır”, “Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır” “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı” standartlarının karşılanma oranları

	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi
Standartları karşılıyor	% 78,15	%62,44	%60,08
Standartları karşılamıyor	% 10,5	%4,65	%25,4
Standartları kısmen karşılıyor	% 9,15	%6,07	%14,4
Değerlendirme dışı	%2,13	%26,8	%0
Toplam	%100	%100	%100

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde risk faktörünün yüksek olması nedeniyle, hasta güvenliği tanımının yerleştirilmesi ve geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle de sağlık kuruluşu kalitesinin belirlenmesinde vazgeçilemez bir yere sahiptir.

Sağlıkta kalite standartları hastane hedefleri "Etkililik", "Etkinlik", "Verimlilik", "Sağlıklı Çalışma Yaşamı", "Hasta Güvenliği", "Hakkaniyet", "Hasta Odaklılık", "Uygunluk", "Zamanlılık", "Süreklilik"tir.

Hasta Güvenliği SKS'de "Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir" şeklinde tanımlanmaktadır (6).

Çalışmamız kendi alanında ülkemizdeki ilk çalışmadır. Sağlıkta kalite değerlendirmeleri başladıktan sonra güvenli cerrahi uygulamaları ile ilgili olarak sağlık kuruluşlarının standartları karşılama durumları daha önce yayınlanmamıştır.

Ancak çalışmamızın bazı kısıtlayıcı tarafları bulunmaktadır. Değerlendirme tarihlerini önceden bilen sağlık kuruluşları hazırlıklı bulunmaktadır ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin gerçekten etkin şekilde doldurulup doldurulmadığını ölçecek bir değerlendirme sistemi şu an için bulunmamaktadır.

Çalışmamızda üniversite hastanelerinin genel olarak standartları karşılama oranları düşük olarak tespit edilmiştir. Bunun nedeni ilk olarak devlet hastanelerinde kalite değerlendirme çalışmalarının başlamış olup (2005), daha sonra özel hastaneler (2011), en son olarak da üniversite hastaneleri (2013) kalite değerlendirme sürecine dahil edilmiş olması nedeniyle olabilir. Ancak üniversite hastaneleri tıp eğitiminin de verildiği kuruluşlar olması nedeniyle kalite standartlarını en üst düzeyde karşılamalıdır. Çalışmada diğer göze çarpan bir husus da devlet hastanelerinde değerlendirme dışı tutulan sağlık kuruluşu sayısının fazla olmasıdır. Bunun nedeni personel eksikliği nedeniyle operasyon işlemlerinin gerçekleşmemesi, küçük ölçekli hastaneler olması veya ameliyathanelerin değerlendirme sürecinde tadilatta olması nedeniyle olabilir. Fakat tespit edilen oranlar oldukça yüksektir. Bu nedenle operasyon-

ların uygun bir şekilde gerçekleşmesi için devlet hastanelerinde gerek personel istihdamı gerek fiziksel ortamın iyileştirilmesi yönünde önemli adımlar atılmalıdır.

Özel hastanelerde ise standartların karşılanma oranı oldukça iyi seviyededir. Özel hastanelerde fiziki görünüşe daha fazla dikkat edilmekte özellikle ameliyathaneler hastanenin kendini gösteren en önemli alanları olmaktadır. Ancak bunun yanısıra güvenli cerrahi uygulamalarına da dikkat edilmesi sevindirici bir özelliktir.

Devlet hastanelerinde standartların karşılanma düzeyi özel hastanelere kıyasla daha düşük olmasına rağmen standartları karşılamama oranı da daha düşüktür. Devlet hastanelerinde standartların karşılanmama oranı %4,5 iken özel hastanelerde bu oran %10,5, üniversite hastanelerinde ise %25,4'tür. Bunun nedeni de yine değerlendirme dışı tutulan devlet hastanesi sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Farklı ekonomik düzeye sahip ülkelerde “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” kabul edilmiştir (7).

Yirmi sekiz Avrupa ülkesini içeren 45.591 hasta üzerine yapılan bir çalışmada güvenli cerrahi kontrol listesi kullanım oranı %67,5 olarak bulunmuştur. Ancak ülkeler arasında uygulamada belirgin fark bulunmaktadır (%0 ila %99.6) (8).

Almanya'da üroloji kliniklerinde yapılan bir araştırmada “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” kullanım oranı %91 olarak bulunmuştur (9).

İsviçre'de kullanım oranı %79 (10), İrlanda'da ise %78(11) oranında bulunmuştur.

Literatür bilgileriyle karşılaştırma yapıldığında ülkemizde “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”nin kullanım oranı ortalamalara yakındır.

Literatür taramasında bu ülkelerdeki “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”nin kullanım oranları incelenirken özel, devlet ve üniversite hastanesi ayırımına rastlanmamıştır. Bu nedenle kıyaslama yapılamamıştır.

Sağlık hizmeti sunumunda tıp hataları hasta güvenliğinde büyük önem teşkil etmektedir. Hasta güvenliği bu nedenle sağlıkta kalite politikalarında önemli bir yer tutmaktadır. Daha önce yapılan çalışmalar DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin cerrahi sonuçlara etkisi üzerine yapılmıştır.

DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin mortaliteyi azaltıp azaltmaması ile ilgili farklı sonuçlar vardır.

2018 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında on adet çalışma değerlendirilmiş ve DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin genel cerrahide mortaliteyi azaltmadığı ortaya konulmuştur (12).

Kanada'da yapılan bir çalışmada da "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" uygulamasının mortaliteyi azaltmadığı gösterilmiştir (13).

Abbott ve arkadaşları Cerrahi Sonuçlar Çalışması(ISOS)ndaki 44184 hastayı değerlendirmiş ve güvenli cerrahi uygulaması ile mortalitede anlamlı bir azalma olduğu saptanmış fakat komplikasyon oranlarında değişiklik izlenmemiştir. Yaptıkları 11 çalışmanın sistematik derlemesinde ise güvenli cerrahi kontrol listesinin hem mortaliteyi hem de komplikasyonları azalttığı ortaya konmuştur (14).

2017 yılında Türkiye'de yapılmış bir çalışmada ise DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin etkinliğinin incelendiği sistematik incelemede ise listenin kullanımı sonrası komplikasyon ve mortalite oranlarında belli bir düşüş saptanmış olup uyumun en kolay insizyon öncesi dönemde olduğu, en zor ise çıkış kontrolü olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca yapılan çalışmada hasta memnuniyetinde de belirgin bir artış saptanmıştır. Hasta memnuniyeti %57,1'den % 90,8'e yükselmiştir. Bu çalışmada 2015 yılı öncesi yayınlanmış 49 makale değerlendirilmiştir (15).

Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR cerrahilerin güvenliğini artırmak ve cerrahi komplikasyonları önlemek için bir araç haline gelmiştir. Türkiye'de özellikle özel hastanelerde kullanım oranı oldukça iyidir. Fakat "Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR" kullanımı tüm sağlık kuruluşlarında yaygınlaşmalı ve etkin kullanımı sağlanmalıdır. Ayrıca hasta güvenliği üzerindeki etkilerini incelemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ancak bu şekilde hasta

güvenliği üzerinde gerçekten etkili olup olmadığı konusunda daha net bilgiye sahip olabiliriz

KAYNAKÇA

- Erişim adresi: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>, Erişim tarihi:20.04.2018
- Erişim adresi: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf, Erişim tarihi:20.04.2018
- SKS Işığında Sağlıkta Kalite, , T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 1. Basım: Kasım 2012,Ankara.
- Erişim adresi: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/ Erişim tarihi:20.04.2018
- Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi (Versiyon 2.0; Revizyon 00) , T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2.Baskı: Kasım 2015, Ankara.
- SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2. Baskı: Mart 2016, Ankara.
- Treadwell, JR., Lucas, S., Tsou, AY.(2014).“ Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation”, Br Med J Qual Saf, 23: 299–318.
- Jammer, I., Ahmad, T., Aldecoa, C., Koulenti. D., Goranović, T., Grigoras, I., Mazul-Sunko, B., Matos, R., Moreno, R., Sigurdsson, GH., Toft, P., Walder, B., Rhodes, A. (2015). “Point Prevalence of Surgical Checklist Use in Europe:Relationship with Hospital Mortality,” British Journal of Anaesthesia, 114 (5): 801–7.
doi:10.1093/bja/aeu460
- Borgmann, H., Helbig. S., Reiter, MA., Hüscher, T., Schilling, D., Tsaur, I., Haferkamp, A.(2015). “Utilization of surgical safety checklists by urological surgeons in Germany: a nationwide prospective survey”, Patient Saf Surg, 9: 37. doi: 10.1186/s13037-015-0082-5
- Mascherek, AC., Schwappach, DL., Bezzola., P.(2013). “Frequency of use and knowledge of the WHO-surgical checklist in Swiss hospitals: a cross-sectional online survey”, Patient Saf Surg, 7(1):36.
doi: 10.1186/1754-9493-7-36.

- Nugent, E., Hseino, H., Ryan, K., Traynor, O., Neary, P., Keane, FB. (2013). "The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety", *Ir J Med Sci*, 182(2):171–6. doi: 10.1007/s11845-012-0851-4
- Vargas, M., Servillo, G.(2018). " The World Health Organisation surgical safety checklist does not reduce mortality in general surgery." *British Journal of Anaesthesia*, 120(5):1135-1137.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.02.003>
- Urbach, DR., Govindarajan, A., Saskin, R., Wilton, AS., Baxter, NN.(2014). "Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada", *N Engl J Med*,370: 1029–38.
- Abbott, TEF., Ahmad,T., Phull, MK., Fowler, AJ., Hewson,R., Biccand, BM., Chew, MS., Gillies, M., Pearse, RM.(2018). "The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis.", *British Journal of Anaesthesia*, 120(1):146-155.<https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002>
- Soyer Ö., Yavuz van Giersbergen M.(2017). "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Etkinliği: Sistemik İnceleme", *Anadolu Hem Sağ Bil Derg*, 20(4):285-297.

Hasta Güvenliği Kùltürünün Oluşmasında Yeni Nesil Sağlık Eğitim Sisteminde Simùlasyona Dayalı Eğitimin Etkinliği: Recep Tayyip Erdoğan Ùniversitesi Tıp Fakùltesi Planlaması

Ayřegùl opur iek¹
Hùseyin Eren²
Emre Durakođlugil³
Engin Dursun⁴
şaban řimřek⁵

ÖZ

Hasta güvenliğinin sağlanması ve standardize edilmiş eğitim ve değerlendirme ortamlarını sunma fırsatının zorlaşması nedeniyle simùle ortamlarda eğitim son yıllarda öne çıkmaktadır. Kurulması karmaşık bir süreçtir ve en üst düzeyde yararlanabilmek için laboratuvar kurulmadan önce eğitimciler, öğrenenler, kurumun alanı, kaynaklar gibi her konuda tüm olasılıkların düşünùlmesi gerekir. Multidisipliner bir yaklaşımla proje ekibi oluşturulmalı ve hedeflenen öğrenme çıktılarına yönelik planlama yapılmalıdır. Planlamada eğitimin müfredata entegrasyonundan başlayarak, fiziki planlama, simùlasyon çeşitleri, simùlatörlere ve malzemelere karar verilmelidir. Hasta güvenliği hedeflerinin sağlanmasında simùlasyona dayalı eğitimin olumlu etki

- 1 Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Ùniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
- 2 Dr. Öğr. Üyesi., Recep Tayyip Erdoğan Ùniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı
- 3 Doç. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Ùniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı
- 4 Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Ùniversitesi, Kulak-Burun- Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
- 5 Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Ùniversitesi

yaratacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile öğrenenlerin hastane mimarisine uygun planlanmış alanlarda, gerçeğe yakın stres altında, ekip sorumluluğu içerisinde, karmaşık durumlar ile nasıl baş edileceğine dair tutum ve davranış modelleri geliştirmeleri hedeflenen bu projenin kurulmasının hazırlık aşamasındaki deneyimleri paylaşmayı ve hasta güvenliği üzerindeki etkinliğini irdelemeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Simülasyon, Tıp Eğitimi, Hasta Güvenliği, Sağlıkta Kalite

Simulation Based Educational Activities In The New Generation Health Education System For The Patient Safety Culture: Recep Tayyip Erdoğan University Medical School Plannin

ABSTRACT

Recently, integration of simulation in medical education has gained considerable attention due to doubts regarding patient safety, and efforts in improvement of standardized education and assessment. In terms of patient and employee safety, the importance of simulation-based medical education is increasing steadily. Setting a simulation laboratory is a complex process, and careful evaluation of trainers, students, construction area, and source has to be done before construction in order to get the best efficacy. Forming a multidisciplinary project team that has gaining proficiency in education outputs as the primary objective is crucial. Integration of simulation training in medical curriculum should be the first step, followed by organization of physical environment, and purposeful selection of appropriate simulators, and skill trainers among a great variety of choices. In this study, we aimed to develop the attitudes and behavioral models of how learners cope with complex situations under near-real stress, within team responsibility, in planned areas suited to hospital architecture, and to share experiences during the preparation phase of this project and to investigate its effectiveness on patient safety.

Keywords: Simulation, Medical Education, Patient Safety, Quality in Health

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık alanındaki bilgi yükünün katlanarak artması, teknolojiye dayalı uygulamaların çoğalması, bilginin ulaşılabilirliği ve paylaşım olanaklarının yaygınlaşması, sağlık alanındaki profesyonel değerlerin yeniden tanımlanması, hasta haklarına vurgunun artması gibi değişen ve gelişen durumlar hem sağlık hizmet sunumunu ve hem de sağlık alanındaki eğitimleri etkilemiştir. Tüm bunların sonunda yeterliliğe dayalı bir eğitim anlayışı ile eğitilen sağlık çalışanlarının sunduğu hasta odaklı bir hizmet sistemi tanımlanmaya başlamıştır. 1999 yılında ABD’de yayımlanan “To Err is Human” başlıklı rapor ABD’de tıbbi hatalarla ilgili sarsıcı rakamları ortaya koymuş, ardından yapılan çalışmalar bu hataların bireysel hatalar değil sistemde üretilen hatalardan olduğu sonucuna ulaşmıştır (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Verdikleri eğitimi gözden geçiren üniversiteler mezun etmek istedikleri hekimin özelliklerine uygun biçimde bilgi gereksiniminin yanında becerilerin de fakùltesi eğitimi sırasında kazanılması için müfredatları içerisine simùlasyona dayalı uygulamaları yerleştirmektedirler (Mıdıık ve Kartal 2010:389).

Sağlık bilimlerinde bazı beceriler klinik uygulamalardaki pratik deneyimlerle en iyi öğrenilir (Morison, Boohan, Jenkins, & Moutray, 2003). Türk Dil Kurumu sözlüğünde simùlasyon, “benzetim”, “öğrence” olarak tanımlanmakta; benzetim ise taklit etme, benzerini yapma olarak açıklanmaktadır (Kurumu, 1983). Simùlasyon, gerçekte var olan görevlerin, ilişkilerin, olayların, donanımların, davranışların ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesidir. Gaba, simùlasyonun bir teknoloji olmadığını belirterek, simùlasyonu “gerçek dünyanın var olan yönlerini yineleyerek ya da çağrıştırarak yaratılan bir doğallık içinde tamamen katılımcı bir tarzda, gerçek deneyimleri rehberli deneyimlerle değiştiren ya da geliştiren teknik” olarak tanımlamıştır (Gaba, 2007). Tıpta simùlasyonun kullanımı 1950’li yılları bulmaktadır. İlk tıp simùlatörleri 16-17. yüzyılda “phantom” olarak isimlendirilen mankenlerdir. Bebek ve anne ölümlerini azaltmak amacı ile obstetrik becerilerin eğitimi ve sınanmasında sistematik olmayan uygulamalar olarak göze çarpmaktadır (McGaghie vd., 2010;50) (Bradley, 2006:254).

Tıbbi simùlasyonda ilk önemli çıkış 20. yüzyılda anesteziistler ve endüstrinin ortak çalışma ürünü olan Ressus-Annı ile olmuştur. Bu model, resusitasyon

ve temel beceri eğitimi açısından diğer maket ve modellere örnek olmuştur (Bradley, 2006:254) (Ziv vd,2003;783).

Unutulmamalıdır ki tıp eğitiminde, simülasyon uygulamalarının kullanımının yaygınlaşması, kurumun ve eğitimcilerin ilgisi, alt yapı ve olanakların sağlanması, programın tüm sınıfları kapsayacak yatay-dikey entegrasyonu ile geliştirilmesi, öğrenmeye katkı düzeyinin, programın etkililiğinin belirlenmesi ve elde edilen bilginin paylaşımı ile mümkün olacaktır. (Mıdık & Kartal 2010:389). Bu çalışma ile öğrenenlerin hastane mimarisine uygun planlanmış alanlarda, gerçeğe yakın stres altında, ekip sorumluluğu içerisinde, karmaşık durumlar ile nasıl baş edileceğine dair tutum ve davranış modelleri geliştirmeleri hedeflenen ve mevcut durum itibariyle inşaat süreci devam eden simülasyon laboratuvarının kurulmasına dair hazırlık aşamasındaki deneyimleri paylaşmayı ve henüz kurulmadan hasta güvenliği üzerindeki etkinliğini irdeleyerek hasta güvenliği eğitimlerine verdiğimiz önemi vurgulamayı amaçladık.

2. SİMÜLASYON LABORATUVARI KURULUM AŞAMASI DENEYİMLERİ

2.1. Hazırlık Aşaması

Simülasyona dayalı tıp eğitimi farklı eğitim ortamları, eğitim araçları gerektirdiğinden hem daha pahalı hem de planlama ve uygulama süreci açısından zaman alıcıdır. Bu sürecin etkili olması eğitimcilerin ve kurumun öncelikle motivasyonuna daha sonra literatür bilgisine, deneyimine ve endüstri ile etkileşimine bağlıdır. Bu süreçte tarafların maliyet, simülatör modeli, eğitim programına katkı, öğrenen yararı ve zaman parametrelerini dikkate alması önem taşımaktadır (Shah vd; 2007:486) (Ziv 2005:211).

Fakültemizde hayırsever bir işadınının başışı ile yapılacak olan laboratuvar için, dekanlığın görevlendirdiği kurucu heyet tarafından öncelikle seçilecek mekan konusunda hem mezuniyet öncesi hem mezuniyet sonrası eğitimlere imkan verecek şekilde yer sağlanması düşünüldü ve dekanlığımızın belirlediği dekanlık binası idare katı ve öğretim üyeleri odalarının bulunduğu yaklaşık 1500 metrekarelik bir alan ayrıldı. Bölümlerle yapılan toplantılar sonunda eğitim verilmesi kararlaştırılan acil, yoğun bakım, ameliyathane, doğumhane, standart hasta odası, Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (Objective Struc-

tured Clinical Examination-OSCE) odaları, temel beceri laboratuvarı, debriefing odaları, destek alanlar (depo, teknik alan vs) olacak şekilde Acıbadem Sağlık Grubunun inşaat firmasından alınan destekle planlar oluşturuldu.

Sağlık bilimleri ile ilgili disiplinlerin eğitiminde simùlasyon kullanımında Beceri Kazanma Kuramı (Benner), Yetişkin Öğrenme Kuramı (Knowles), Deneyime Dayalı Öğrenme Kuramı (Dewey), Yaşantısal Öğrenme Kuramı (Kolb) olmak üzere dört kuram üzerine temellendirilmektedir (Wang, 2011:). Simùlasyonun gerçeklik düzeyi, öğrencilerin laboratuvarında öğrendiklerini klinik ortama aktarabilmelerini etkileyen, öğrencilerin yaşadıkları gerçeklik şokunu azaltan en önemli belirleyicilerden birisidir (Bradley, 2006:254). En sık kullanılan simùlasyon yöntemleri arasında: Anatomik Modeller (Anatomical Models), Görev Eđiticileri (Task Trainers), Role-play (oyunlaştırma), Oyunlar (Games), Bilgisayar Destekli Eğitim (CAI), Sanal Gerçeklik (Virtual Reality), Düşük- Yüksek Gerçeklik Düzeyinde Mankenler (Low-Fidelity to High-Fidelity Mannequins), Standart Hastalar (Standardized Patients) yer almaktadır (Nehring & Lashley, 2009). Bu çeşitlilik düşünülerek eğitime yönelik yapılacak çalışmalarda simùlasyona dayalı tıp eğitiminin sınırlarını bilmek ve onları tanımlamak önemlidir. Eđiticiler ve kurum, simùlasyonun “klinik ortamda öğrenme”nin yerine önerilen bir yaklaşım olmadığını, aksine klinik ortamda öğrenmeye destek olma amacının güdüldüğünü bilmeli ve programları bu çerçevede geliştirmelidirler. Simùlasyona dayalı eğitim yaklaşımını eğitimin bir parçasında değil; eğitim programının tümünde izleyebilmek önemlidir. Bu nedenle eğitim programında yatay ve dikey entegrasyonu planlanmalı, geliştirilmeli, sınanmalı ve değerlendirilmelidir (McGaghie vd;2010:50) (Ziv 2005:211).

Bu bağlamda temel, cerrahi ve dahili tüm bölümler ile bir dizi toplantılar yapılarak eğitim müfredatında yer alacak mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimler ile gerekli olan simùlatör ve diğer cihaz, ekipman ve malzeme konusunda listeler oluşturulmaya çalışıldı. Sağlık eğitiminde simùlatörlerin kullanılmasının şu avantajları olabileceği değerlendirildi:

- a. Hastaya zarar verme riski yoktur.
- b. Uygulama istendiği zaman, açıklama veya düzeltme yapmak için eğitmen tarafından durdurulabilir.
- c. Aynı anda birçok katılımcı aynı uygulamayı yapabilir.
- d. Daha zor uygulamalar tekrar tekrar yapılabilir.
- e. Klinik dışında da model üzerinde pratik uygulamaların yapılmasına olanak sağlar.
- f. Beceri veya basamaklar sırası istendiği zaman ve gerektiği sıklıkla tekrarlanabilir.
- g. Hasta yükünün az olduğu yerlerde de iyi bir klinik beceri eğitimi yapmak mümkün olur.
- h. Az görülen hastalıklar veya senaryoların daha fazla oranda tekrarlanması sağlanır.
- i. Eğitim süresi kısaldır.
- j. Test veya sertifika amaçlı kullanılabilir.
- k. Bir model üzerinde yapılan eğitimde her öğrenci için aynı eğitim rehberleri kullanılarak eğitimin standardizasyonu sağlanır.
- l. Öğrencilerin gerçek hasta üzerinde uygulama yapma olanağı bulamadıkları uygulamaları yapabilir.
- m. Riskli ve karmaşık klinik durumların öğretilmesi gibi birçok tıbbi uygulama alanlarında beceri kazandırılmasında kullanılır.
- n. Klinik durumlarda oluşabilecek tıbbi hatalar asgari düzeye indirilir.
- o. Farklı senaryolar üzerinden sonuca varma ve karar verme becerilerinin kazandırılması hususlarında Tıp Fakültesi, Hemşirelik Yüksek Okulu ve Uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerine katkı sağlayacaktır (Parlak; 2015).

Simülatör alımına karar verilirken programla ilgili olarak, hedef ve beceri, öğrenci düzeyi (mezuniyet öncesi ve sonrası), eğitim ortamı ve branşlara göre kurumumuzdaki eğitici özellikleri göz önünde bulunduruldu. Simülatörle ilgi-

li olarak ise; karar vermede aslına uygunluk özelliği, müfredata entegre olabileme, kullanışlı olması, geribildirim verme, tekrarlayan uygulamalar için mekanizma, klinik varyasyonlara uygunluk gösterme, beceri kazanma ve hatırlamaya etkisi, klinik ortama transfer yeteneği, ekip eğitimine fırsat vermesi, eğitsel ve mesleki bağlamla ilişkisi, bireyselleştirilmiş, aktif öğrenmeye uygunluk, çoklu öğrenme stratejileri için adaptasyon yeteneği, maliyeti, geçerlik ve güvenirliliği gibi literatürden elde edilen bilgiler ışığında değerlendirme yapıldı (Mıdık&Kartal 2010:389). Simùlasyona dayalı eğitim konusunda ùlkemizde en iyi kurumlar olarak bilinen Mehmet Ali Aydınlar Acıbadem Üniversitesi CASE (Center Of Advanced Simulation & Education), Uludađ Üniversitesi(U.S.İ.M) ve yutrdışı olarak Almanya-Mùnih Üniversitesi Human Simulation Center, Avusturya-Linz ALFA Medical Consept Simulasyon Laboratuvarı gibi önemli merkezlere ziyaret gerçekteştirildi.Yapılan eğitimler, simùlatörler, uygulamalar, malzeme-ekipman, yazılım ve işleyiş vs tüm aşamalar yerinde görùldü. Deneyimler, tecrùbeler paylaşılarak görüş ve öneriler alındı. Kalite ve akreditasyon kuruluşları olan SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine), SSH (Society for Simulation in Healthcare) ile NASCE (Network of Accredited Clinical Skills Centres in Europe) standartları ve simùlasyon ile ilgili literatür gözden geçirildi.

Simùlasyon laboratuvarı kurma hedeflerimiz arasında hasta güvenliği ve mesleklerarası işbirliği de bulunduğundan malzeme seçiminde yine eğitimde hedef kitle olarak hekimler dışında hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine hatta il içerisinde itfaiye, asker, polis gibi meslek gruplarına eğitim verebilecek şekilde olması planlandı. Yerli yabancı firma temsilcilerinden sık sık ürünler konusunda bilgiler alınarak, ziyaret edilen simùlasyon eğitim merkezlerinde görùlemeyen ürünlere yönelik demonstrasyon yapılması istendi. Tüm bunlardan yola çıkarak CAE, Gaumard, Nasco, Limb&Things (LT), Laerdal, SimMan, Adam Rouilly gibi pek çok marka ve farklı model simùlatör ve diğer malzemelerin özellikleri araştırılarak eğitim müfradatına uygun malzeme seçimleri üzerinde duruldu. Kurulacak eğitim merkezinde simùlasyon eğitimlerinde eğitimin her aşamasının sesli ve görüntülü takip edilebildiği, sınavların yapılabilirdiği ve tüm aşamalarında arşivlenebildiği, yetkilendirildikleri taktirde öğrencilerin uzaktan erişimle eğitim kayıtlarına geriye dönük olarak ulaşabildiği yaygın kullanılan yazılım programları olan Learning-Spa-

ce ve B-Line yazılım programları firma yetkilileri ile yapılan bilgilendirme toplantıları ile detaylı incelenmeye çalışıldı. Sağlıkta kalite standartlarına uygun doküman, form ve belgelerin de yazılım programında yer alması için hala çalışmalar devam etmektedir. Eğitici ve destekleyici personelin simülasyona dayalı eğitimin olduğu ortamlarda özel niteliklere sahip olması gerekir. Bu eğitimcilerin simülasyon yöntem ve araçlarını, beceri eğitimi yöntem ve tekniklerini anlamaları, alandaki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri ve sürekli öğrenme çabası içinde olmaları gerekmektedir. Bu açıdan programın başarılı olabilmesinde en önemli adımlardan biri de eğitici ve personelin eğitimidir. Kurumlar, ulusal ve uluslararası eğitim platformlarına katılımı, araştırma ve geliştirme çalışmaları yapabilmeleri için eğitimcilerini desteklemelidir. Bu bağlamda hasta güvenliği uygulamalarına yönelik eğitimlerin de müfredata dahil edilerek hem öğrenenlere hem eğitimcilere verilmesi planlanmaktadır.

2.2. Simülasyona Dayalı Eğitim Sisteminde Hasta Güvenliği Uygulamalarının Önemi

Simülasyon kullanımı ile hasta üzerinde henüz yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmayan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecek olan uygulamalar engellenmiş olur. Böylece hasta haklarına uygun, hastanın risk almadığı bir eğitim ve tıbbi bakım hizmeti sağlanır. Simülasyon kullanımı temel ve ileri düzey beceri eğitimlerinin bilişsel bilgi düzeyi ile beraber ilerlemesini sağlayacaktır (Kathleen;2007:46).

Klinik beceriler konusunda yeterince pratik yapmadan ve davranışa dönüşmeden mezun olan sağlık çalışanlarında acemiliğe, tecrübe eksikliğine bağlı gerginlik oluşurken, hasta güvenliği açısından da potansiyel riskler doğurmaktadır. Çünkü klinik beceri hataları, bazen çok ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Bradley ve Postlethwaite, 2003:9,11).

Hasta güvenliği kültürü sağlıklı/hasta bireye odaklanan, kurumun tüm üyeleri tarafından benimsenen ve uygulanan, dürüstlük hata bildiriminde şeffaflık ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sisteminde hasta güvenliğinden tüm çalışanlar sorumludur. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında çalışanların bakış açıları ve daha da önemlisi davranışları önemlidir (Karaçay 2017:18).

Örneğin ABD ve İngiltere’de sağlık alanında açılan davaların %50’si doğum ve jinekolojiden kaynaklanmaktadır. İngiltere Ulusal Sağlık Servisi’nin dava faturası 400 milyon sterlindir. Hasta güvenliğini geliştirmek için yayınlanan raporda; bu sorunun çözümlünde gerçek hasta üzerinde uygulama yapmadan önce, öğrencilerin üst düzeyde beceri kazanmaları için simùlasyona dayalı beceri eğitimi ve ekip çalışmasına önem verilmesi önerilmiş; acil obstetrik bakımın iyi bir el manipùlasyonu, etkili iletişim, hızlı acil durum yönetimi ve klinik karar verme becerilerini gerektirdiği vurgulanmıştır (Johannsson vd., 2005:557).

Yapılan birçok çalışmada cerrahi malpraktisin insan kaynaklı, ekip arasındaki iletişim eksikliği ve çalışanların hata raporlamaya karşı tutumlarının yetersizliğine bağlı geliştiği bildirilmektedir. Uluslararası Birleřik Komisyon (Joint Commission International-JCI) tarafından son on yıl içerisinde istenmeyen olay sayısı ve hata türü değerlendirildiğinde cerrahi malpraktisin iki kat arttığı, yabancı madde unutma, yanlış hasta bölge ve işlem, ilaç hataları, ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar en fazla yapılan hata türü olma özelliğini koruduğu gör÷lmektedir. Malpraktisin gelişmesi ya da malpraktis iddiası, hasta/ailesi, sağlık çalışanı ve kurumlar üzerinde maddi ve manevi alanda olumsuz etkilere neden olmaktadır (Kula şahin 2016:29). Sağlıkta kalite standartları versiyon 5 (SKS-Versiyon5) içerisinde hasta güvenliği hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngör÷lebilen tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır. Başlıca kimlik tanımlama, hasta dűřmeleri, hasta transferi, hareket kısıtlama, acil kodlar, ilaç güvenliği, rıza ve onamlar, güvenlik raporlama sistemi, tıbbi cihaz güvenliği, güvenli cerrahi uygulamaları, engelli hastalara yönelik düzenlemeler, transfüzyon güvenliği, bası ülserleri, iletişim ve sözel order, enfeksiyonların önlenmesi, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği konularında doğru uygulamaların hasta güvenliğini riske etmeyecek şekilde uygulanabilmesi için davranışların kazanılmasına yönelik eğitimler açacağımız laboratuvarında simùlasyon ile sağlanabilecektir. Sadece tıp eğitiminde değil üniversitemiz bünyesinde sağlık eğitimi veren diğer kurumlarla da meslekler arası işbirliği kapsamında hasta güvenliği eğitimi verilebilecektir. Bu amaçla "Hasta Güvenliđi ve Meslekler arası İşbirliği" gibi derslerin müfredata dahil edilmesi düşün÷lmektedir.

Bilgi güvenliği bağlamında da simülasyona dayalı eğitimlerde hekimler ve hemşirelerin hasta dosya içeriklerini eksiksiz doldurmasına yönelik alışkanlıkların mesleğe atıldıktan sonra değil, çok daha erken dönemlerde davranış haline getirilmesi sağlanmış olacaktır. Türkiye Sağlık Sistemi'nin parçalı yapısı, hasta kayıt sistemindeki dağınıklık ve her kurumun kendi sistemini oluşturması karmaşık bir yapıya yol açmıştır. Kısacası birinci basamaktan başlayarak bireylerin sağlık kayıtlarının düzenli ve sürekli tutulduğu bir tıbbi kayıt sistemi mevcut değildir (Ak, 2017:4). Sağlık kurumlarında hastalara uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri sonucu ortaya çıkan sonuçlar, hastalar için hazırlanan dosyalar içinde saklanmaktadır. Bir anlamda hasta dosyaları tedavinin başarısını değerlendirmeyi sağlayan kanıtlardır. Bu tür kayıtlar, hastanede sunulan hizmetlerin kalitesini inceleme bakımından da yararlı olmaktadır (Özbalık vd., 2012:11). Kayıtların düzenli ve yasal sorumlulukları da yerine getirecek şekilde düzenlenmesi alışkanlığı bilgi güvenliği anlamında da sağlanmış olacaktır. Sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamındaki gözlemlerimize dayalı olarak en fazla eksik olan noktalardan birisinin dosya içeriklerinde olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Dosyaların eksiksiz doldurulma alışkanlığının öğrencilik yıllarında simülasyon eğitimleri ile birlikte kazanılması kalite değerlendirmelerinde gözlemlediğimiz hekim kaynaklı pek çok eksiğin tamamlanmasında kilit rol oynayacaktır. Hekimlerin bilgilendirilmiş onam formları, ilaç istemleri, sözel istem formları, hareket kısıtlama talimatları, transfüzyon için kan istem formları, epikrizler, ameliyat notları, GCKL gibi hasta dosyasında bulundurulması gereken dökümanların eksiksiz doldurulması alışkanlığının kazanılması hekimlik pratiğinin yasal boyutu açısından çok daha önemli olacaktır. Sağlık personelinin el yıkama alışkanlığı hastane kökenli infeksiyonların önlenmesinde temel faktör kabul edilmektedir. El yıkamanın, sağlık çalışanları arasında, özellikle hekim grubunda, uygulanabilirliğinin düşük oranda olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Toraman vd.,2009:85). Ancak son zamanlarda yapılan teşvik programları ile oranlarda artış olduğunun görülmesi sevindirici ancak yeterli değildir. El hijyeninin mediko sosyal davranışa dönüşmesinde simüle eğitimlerin katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Enfeksiyonların önlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada bir kez uygulanan simülasyon eğitimi çalışmasından sonra öğrencilerin bu alanda klinik becerileri değerlendirilmiş ve 6 ay sonunda

deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir (Jansson vd; 2016:387).

Yine enfeksiyon önlemlerine yönelik yapılan bir çalışmada izolasyon uygulanan hastalarda bakımda daha fazla hata yapıldığı ve istenmeyen etki olasılığının arttığı görùlmüřtür. Örneğin; izole hastalarda vital bulguların tam olarak kaydedilmediği (%9 karşın %14 $p<0,001$), gün içinde vital bulguların hiç alınmadığı ve doktor takip notlarının konmadığı gün sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (Stelfox 2003:1899). Simùlasyona dayalı eğitimlerle yapılan hataların azaltılması da hedeflenmektedir. Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda yüksek gerçeklik (high fidelity) düzeyinde simüle eğitimler sonrası hastalarla olan iletişim becerilerinin arttığı bildirilmiştir (Karaçay 2017:18). İlaç güvenliğine yönelik yapılan başka bir çalışmada ebe ve hemşire adaylarının üçte birinin klinik uygulamada hata yaptığı ve bunun çoğunun ilaç hatası olduğu, hastaların bundan zarar gördüğu ama hemşirelerin bunu rapor etmedikleri görùlmüřtür (Bodur 2012:37).

Tüm bu örneklerde olduğu gibi uygun olmayan uygulamaların azaltılması simùlasyon eğitimi ile mümkün olabilecektir. Hatta House ve ark.'nın yaptığı çalışmada olduğu gibi hasta güvenliğini ilgilendiren konularda yaptıkları simùlasyon çalışması sonrasında öğrenciler farkındalıklarının arttığını ve kendilerine güvenlerinin arttığını belirtmişlerdir (House 2016:24).

3. SONUÇ

Simùlasyona dayalı sağlık eğitimleriyle öğrencilere güvenli, destekleyici, yapılandırılmış öğrenme ortamı sağlanabilmekte, deneme yanılma yoluyla öğrenme, hastaya zarar verme riski taşımayan bir ortamda uygulama yapma ve becerilerini geliştirme fırsatı sunulmakta, deneyimleme ile öğrenmenin kalıcılığı arttırılabilmekte, kazanılan becerilerin gerçek hasta bakımı ortamına aktarılabilmelerine olanak sağlamaktadır. Ancak simùlasyon laboratuvarı kurmak çok maliyetli, emek, zaman ve ciddi bir ekip çalışması gerektirmektedir. Bizim projemiz akademik yönden üstün gayretler kadar sosyolojik yönü de olan bir projedir.

Devlet millet elele vererek çağımızın gerektirdiği imkanların bilim yuvaları olan üniversitelerimize kazandırılması için eğitime önem veren "en iyi yatırım

insana yapılan yatırımdır” düşüncesinde olan vatansever bağışçı işadamlarımıza, özel-kamu ortak çalışmasına çok güzel bir örnektir. Ayrıca şu an inşaat çalışmaları hızla devam eden simülasyon laboratuvarımız Sağlık Bakanlığı Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi ortak kullanım protokolü yani afilyasyon kapsamında olan hatta genel olarak bakıldığında tüm devlet üniversitesi tıp fakültelerindeki en kapsamlı ve en donanımlı simülasyon laboratuvarı olacaktır. Maliyetleri çok yüksek olan simülasyon laboratuvarlarının sadece kuruma prestij kazandırması değil, öğrenenlere en üst düzeyde yarar sağlaması hedeflenmelidir. Planlama yaparken eğitim stratejisinden beklentiler açıkça ve detaylı bir şekilde ortaya konulup, fiziksel mekan, simülasyon çeşitleri, simülatörler, diğer malzeme, ekipman, çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları, işleyiş düzeni, prosedürler, formlar, dokümanlar hesap edilerek planlanması gerekmektedir. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler ile mesleklerarası işbirliği eğitimleri/kursları düşünülerek eğitim programları hazırlanmalıdır. Hasta güvenliği kavramının çok önemli hale geldiği günümüzde SKS kapsamında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik dersler müfredata eklenmeli ve yazılım programları bu uygulamalara imkan verecek şekilde yazılmış olmalıdır. Gerek ülkemizde, gerekse dünyada teknoloji gelişme gösterdikçe, sağlık eğitimi alanında ihtiyaç duyulan simülasyon temelli eğitim materyalleri de daha iyi belirlenecektir. Tüm boyutları ile en kapsamlı şekilde düşünerek simülasyon laboratuvarı açma ve eğitimde akreditasyon hazırlık çalışmalarımızı hızla sürdürmekteyiz. Bu çalışma ile de örnek olabileceğimizi düşünmekteyiz. Son yıllarda, 3 boyutlu modellemeler ve yazıcı teknolojilerinden yararlanılarak pratik derslerin eğitim kalitesi ve zenginliğinin arttırılabileceğini düşünüyoruz. Ayrıca ülkemizde simülasyon ile yapılan eğitimin kalitesini ve maliyet/yarar etkinliğini inceleyen çalışmaların yapılması ve bilgi paylaşımı yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Ak, B. (2017). Sağlık Bakanlığı’nda Sistem Değişikliği ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerine Etkisi. Erişim Adresi: <http://ab.org.tr/ab14/bildiri/91.pdf>, erişim tarihi:(01.04.2017).
- Bodur, S., Filiz, E., Çimen, A., Kapçı, C. (2012). Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. Genel Tıp Dergisi, 22(2): 37-42.

- Bradley, P. (2006). The History of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ*, 40(5): 254-262.
- Bradley, P., Postlethwaite, K. (2003). Setting Up a Clinical Skills Learning Facility. *Medical Education*, 37: 6-13.
- Kınıklı, G.,I., Erden, Z., Elçin, M. 2015. Sağlık Bilimlerinde Hasta Güvenliği ve Meslekler Arası İşbirliği Eğitiminde Fizyoterapi Mesleđi Farkındalığı: SWOT Analizi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakùltesi Dergisi Cilt:2, Sayı:1.*
- Gizem Irem Kınıklı, Zafer Erden, Melih Elçin.Sağlık Bilimlerinde Hasta Güvenliği ve Meslekler Arası İşbirliği Eğitiminde Fizyoterapi Mesleđi Farkındalığı: SWOT Analizi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakùltesi Dergisi Cilt:2, Sayı:1, 2015.*
- House, S., Dowell, S., Fox, M., Vickers, C., Hamilton, M. (2016). Low-fidelity simulation to enforce patient safety.*Clinical Simulation in Nursing*, 12:24-9.
- Johannsson, H., Ayida, G., and Sadler, C. (2005). “Faking it? Simulation in the Training of Obstetricians and Gynaecologists”, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 17: 557-561.
- Jansson, MM., Syrjala, HP., Ohtonen, PP., Merilainen, MH., Kyngas, HA., Ala-Kokko, TI. (2016). Randomized, controlled trial of the effectiveness of simulation education: A 24 month follow-up study in a clinical setting. *American Journal of Infection Control*, 44:387-93.
- Karaçay, P. 2017. Simùlasyon Laboratuvarı Kurulması (2017), *Türkiye Klinikleri, J Pediatr Nurs-Special Topics*,3(1):18-22.
- Kathleen, AK. (2007). Associate degree nursing students' perceptions of learning using a high-fidelity human patient simulator. *Teaching and Learning in Nursing*, 2(2): 46-52.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human:: Building a Safer Health System*, National Academies Press , Vol. 627.
- Kula, şahin S. (2016). Güvenli Cerrahi Uygulamaları ve Cerrahi Malpraktis., *Hemşirelik Bölümü, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakùltesi, İstanbul. Türkiye Klinikleri, J Surg Nurs-Special Topics*, 2(3): 29-38.
- Kurumu, T. D. (1983). *Türkçe Sözlük: Türk Dil Kurumu.*
- McGaghie, WC., Issenberg, SB., Petrusa, ER., Scalese, RJ. A. (2010). Critical review of Simulation-Based Medical Education research: 2003-2009, *Med Educ*, 44: 50-63.
- Medley, CF., Horne, C. (2005). Using simulation technology for undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education* 44(1):31-4.

- Morison, S., Boohan, M., Jenkins, J., & Moutray, M. (2003). Facilitating undergraduate interprofessional learning in healthcare: comparing classroom and clinical learning for nursing and medical students. *Learning in Health and Social Care*, 2(2): 92-104.
- Mıdık, Ö., Kartal, M. (2010). Simülasyona Dayalı Tıp Eğitimi, *Marmara Medical Journal*, Vol. 23(3): 389-399.
- Nehring, W. M., & Lashley, F. R. (2009). Nursing simulation: A review of the past 40 years, *Simulation & Gaming*, 40(4): 528-552.
- Özbabalık, D., Arslantaş, D., Arslantaş, A., Adapınar, B., Dünder, E., Çetinkaya, F. (2012). Tıbbi Dokümantasyon, AÜ, Eskişehir.
- Parlak, A., Develi, S., Sezer, B., Yazar, F. (2015). Tıp Eğitimi ve İleri Teknoloji Uygulamaları. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. DOI: 10.4328/JCAM.3738.
- Shah, NH., Gor, RV., Soni, H. (2007). Simulations. In: Shah NH, Gor RV, Soni H eds. *Operations Research*. New Delphi: Prentice Hall of India Private Limited, pp: 486-488.
- Stelfox, HT.; *JAMA*. 2003;290:1899-1905.
- Toraman, AR., Battal, F., Çaçkurlu, H., Gürel, A., Korkmaz, F. (2009). Yoğun Bakım Ünitesinde Sağlık Personelinin El Yıkama Alışkanlıkları. *Yeni Tıp Derg*, 26(2):9-85.
- Wang, E. E. (2011). Simulation and adult learning, *Disease-a-Month*, 57(11): 664-678.
- Ziv, A., Wolpe, PR., Small, SD., Glick, S. (2003). Simulaton Based Medical Education: An Ethical Imperative, *Acad Med*, 78: 783-788.
- Ziv, A. (2005). Simulators and Simulation-Based Medical Education. In: Dent J, Harden RM, eds. *A Practical Guide for Medical Teacher*. London: Elsevier Limited, pp. 211–220.

Hastaların Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin SERVQUAL Modeli ile İncelenmesi: Bir İçerik Analizi Çalışması

Fedayi Yağar¹

ÖZ

Bu çalışmada ulusal ve uluslararası literatürde hastaların sağlık kuruluşlarından beledikleri ve algıladıkları kalite düzeylerinin incelenmesi ile ilgili yapılan bilimsel makaleler içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmeye çalışılmıştır. Hastaların günümüz beklenti ve algı düzeylerini belirlemek için 21. yüzyılda yapılan araştırmalar tercih edilmiş ve belirli kriterler kapsamında 40 bilimsel makale değerlendirilmeye alınmıştır. Beklenen hizmet kalitesi açısından bakıldığında hastalar için ilk sıralarda yer alan boyutların güvenilirlik ve güven olduğu; algılanan hizmet açısından bakıldığında ise güven ve fiziksel boyut olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmaların yaklaşık olarak %78’inde beklenen hizmet kalitesi düzeyinin algılanan hizmet kalitesi düzeyinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu araştırmaların yapıldığı ülkeler gelişmişlik indeksine göre iki gruba ayrılmış ve beklenen ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark karşılaştırılmıştır. Bu iki değişken arasında anlamlı bir farklılık bulunamamış ($p=0,707$; $p<0,05$) ve hem gelişmiş ülkelerde hem de orta düzey gelişmiş ülkelerde beklenen hizmet kalite skorunun algılanan hizmet skorundan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İçerik Analizi, Beklenen Hizmet Kalitesi, Algılanan Hizmet Kalitesi, Hasta.

1 Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, fedayiyagar@hotmail.com

Examining Patient Expectation and Perceived Quality Levels with SERVQUAL Model: A Content Analysis Study

ABSTRACT

In this study, the scientific articles about the examination of the quality levels of the patients in the national and international literature have been tried to be evaluated by the content analysis method. In order to determine the current expectations and perception levels of the patients, researches made in the 21st century were preferred and 40 scientific articles under certain criteria were evaluated. From the point of view of the expected quality of service, the dimensions of the first place for patients are reliability and trust; when viewed from the perspective of perceived service, it is observed that there is trust and physical dimension. Approximately 78% of the studies found that the expected level of service quality was higher than the perceived service quality level. In addition, the countries where these studies were conducted were divided into two groups according to the development index and compared with the difference between expected and perceived service quality. There was no significant difference between these two variables ($p = 0.707$, $p < 0.05$) and it was seen that the service quality score expected in the developed countries and the middle developed countries was higher than the perceived service score.

Key Words: Content analysis, expected service quality, perceived service quality, patient.

GİRİŞ

Günümüzde teknolojinin sürekli olarak gelişmesi ile bilgiye ulaşmanın kolay hale gelmesi, hastaların bilinçlenmesi, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki bilgi asimetrisinin azalması ve rekabetin artması gibi faktörler örgütlerin hizmetlerin kalitesini sağlama noktasında daha dikkatli olmasını ve önlemler almasını sağlamıştır. Örneğin sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasını hedefleyen bir kuruluş hasta ile yakınlarının beklenti ve algılarını belirlemeli, elde bulunan mevcut kaynakları etkili bir şekilde kullanmalı ve elde edilecek bilgileri karar süreçlerinde etkin bir şekilde değerlendirmelidir (Kıdak ve ark., 2015). Bu noktada kalitenin ölçülebildiği oranda artırılabilirdiği, sağlık sektöründeki hizmet kalitesinin ölçümünün imalat sektöründen farklı olduğu ve bu ölçümün farklı bir yapı içerdiği unutulmamalıdır (Tarım, 2000). Bu yapıların hizmet kalitesini değerlendirmede en çok kullanılan araçlardan birisi de Parasuraman ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğidir. Bu anlayışın temeli Parasuraman ve arkadaşları (1988) tarafından yapılan bir çalışmada atılmıştır. Bu çalışmada hizmet kalitesinde ulaşım, iletişim, yeterlilik, nezaket, güvenilirlik, sorumluluk, güvenlik, fiziksel özellikler ve müşteriye anlamak üzere 10 belirleyici faktör olduğuna vurgu yapılmıştır. Bu faktörlerin beklenen hizmet ve algılanan hizmet düzeyini belirlemede etken olacağı ve bu iki ölçüm sonucunda oluşan farklılık ile algılanan hizmet kalitesinin değerlendirilebileceği belirtilmiştir. Bu doğrultuda Parasuraman ve arkadaşları (1988) tarafından müşterilerin algılanan hizmet kalitelerini ölçmek amacıyla 22 soruluk bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekte daha önceki çalışmada bahsedilen 10 belirleyici faktörün sayısı fiziksel özellikler (tangibles), güvenilirlik (reliability), heveslilik (responsiveness), güven (assurance) ve empati (empathy) olmak üzere 5'e düşürülmüştür. Aslında güven ve empati faktörlerinin temelde belirtilen 7 faktörü (iletişim, güvenilirlik, güvenlik, yeterlilik, nezaket, müşteriye anlama ve ulaşım) içerdiği belirtilmiştir. Diğer yandan fiziksel özellikler boyutu çalışanların görünümünü, ekipmanları ve kurumun fiziksel yapısını; güvenilirlik boyutu hizmetlerin güvenilir ve hızlı bir şekilde yerine getirilmesi yeteneğini ve heveslilik boyutu ise müşterilere yardımın istekli bir şekilde yapılmasını içermektedir.

Parasuraman ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği, sağlık hizmetlerinde hasta beklenti ve algı düzeylerinin ölçülmesinde yaygın

olarak kullanılmaktadır (Strawderman ve Koubek, 2006; Butt ve Run, 2010; Suki ve ark., 2011; Moghadam ve Amiresmaili, 2011; Abuosi ve Atinga, 2013; Aghamolaei ve ark., 2014). Yapılan birçok çalışmada bu ölçek kavramsal ve metodolojik açıdan tekrar değerlendirilmiştir. Örneğin Carman (1990) tarafından yapılan çalışmada 12 soru ifadesi daha eklenerek 34 soruluk bir ölçek oluşturulurken, Babukus ve Mangold (1992) tarafından yapılan çalışmada ölçek hastanelere uyarlanmış ve 15 soruluk bir ölçek oluşturulmuştur. Cronin ve Taylor (1992) tarafından yapılan çalışmada algılanan hizmet performans olarak değiştirilmiş ve hizmet kalitesinin bulunabilmesi için önem ile çarpılması gerektiği belirtilmiştir. Kısacası, Parasuraman ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan çalışmada “Hizmet Kalitesi=Algılanan Hizmet - Beklenen Hizmet” şeklinde oluşturulan denklem, Cronin ve Taylor (1992) tarafından yapılan çalışmada “Hizmet Kalitesi=Önem*(Performans - Beklenti)” olarak değiştirilmiş ve SERVPERF ölçeği meydana getirilmiştir. Bunun dışında yapılan bazı çalışmalarda da bilenen boyutlara ek olarak ulaşılabilirlik, iletişim, rahatlık ve nezaket gibi boyutların da kullanıldığı görülmüştür (Lim ve Tang, 2000; Badiyani, 2010; Lonial ve ark., 2010; Ali ve ark., 2016). Bu verilerden anlaşılacağı üzere, hizmet kalitesini ölçmede kullanılan yöntemlerin temelini Parasuraman ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği oluşturmaktadır. Bu çalışmada SERVQUAL ölçeğini temel alan ve fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarını açıkça belirten ve 21. yüzyılda hastalar üzerinde yapılan çalışmalar içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Çalışma kapsamında aşağıdaki çalışma sorularına cevap aranmıştır:

1. Hastaların hizmet kalitesini inceleyen çalışmalar yaygın olarak hangi dergilerde yayınlanmış, yıllara göre dağılımı nasıl olmuş ve daha çok hangi kurumsal yapılar (kamu özel ayrımı) değerlendirilmiştir?
2. Hastaların hizmet kalitesini inceleyen çalışmalarda hem beklenti ve hem de algılanan hizmet kalite boyutlarının önem sıralaması nasıl gerçekleşmiştir?
3. Hastaların hizmet kalitesini inceleyen çalışmalarda algılanan ve beklenen hizmet kalitesi arasındaki fark yaygın olarak hangi yönde (pozitif veya negatif ayrımı) oluşmuştur?

4. Hastaların hizmet kalitesini inceleyen çalışmalarda beklenen hizmet kalitesinin algılanan hizmet kalitesinden ortalama olarak yüksek ya da düşük olması ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermekte midir?

Yöntem

Bu çalışmada ulusal ve uluslararası literatürde hastaların sağlık kuruluşlarından bekledikleri ve algıladıkları kalite düzeylerinin incelenmesi ile ilgili yapılan bilimsel makaleler içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmeye çalışılmıştır. İçerik analizi, çalışmalardaki birçok kavramın belirli kodlamalar ile daha az içeriği olan bir kategori haline getirilebilmesi için kullanılan sistematik ve tekrarlanabilir bir tekniktir (Stemler, 2001). Bu yöntemdeki temel amaç, birbirine benzeyen kavramları belirli bir tema çerçevesinde bir araya getirmek ve okuyucunun anlayabileceği bir şekilde yorumlamaktır (Akaydın ve Çeçen, 2015).

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, hastaların beklenti ve algı düzeylerini ulusal ve uluslararası düzeyde değerlendiren çalışmalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemine ise, 2000-2017 yılları arasında belirtilen konuda ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan 40 adet bilimsel makale oluşturmaktadır.

Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem ile birlikte ilgili araştırmalar belirli bir çerçevede incelenir, birbirleri ile ilişkilendirilir ve bütüncül bir resim elde edilmeye çalışılır (Şimşek, 2009). Bu kapsamda, 20.10.2017-20.11.2017 tarihleri arasında PubMed, Scince Direct ve Google Akademik veri tabanları kullanılarak 2000-2017 yılları arasında yayımlanan ulusal ve uluslararası bilimsel makaleler taranmıştır.

Arama yapılırken,"*hastanelerde servqual* yöntemi (*servqual model in hospitals*), *sağlık kuruluşlarında servqual* yöntem (*servqual model in health institutions*) ve *sağlık hizmetlerinde servqual* yöntem (*servqual model in health-care*)" anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Bu kapsamda farklı dergilerde yayımlanan 105 çalışma belirlenmiştir. Bu çalışmalar bazı arama kriterlerine (sınırlılıkları) göre incelenmiştir. Temel kriter, Parasuraman ve arkadaşları

(1988) tarafından geliştirilen Servqual Ölçeği'nde yer alan 5 boyutun (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) çalışmalarda yer alması, ortalamalarının açıkça belirtilmesi ve hastalar üzerinde yapılmış olmasıdır. Bu kriter ile birlikte çalışmada homojen bir sonuç elde etmek amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmaların Türkçe ve İngilizce dilinde yazılmış olması ve tam metnine ulaşılabilir olması da dikkat edilen diğer önemli kriterler olmuştur. Bu kriterler sonucunda elde edilen 40 adet araştırma makalesinin çalışmada kullanılabileceğine karar verilmiştir.

Verilerin Analizi

İçerik analizi sonucunda incelenen makalelerden elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında betimsel istatistik yöntemler (frekans ve yüzde), çapraz tablolar ile ki-kare yöntemi kullanılmış ve sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Kongre bildirileri, yüksek lisans ve doktora tezi gibi çalışmalar, online dergiler dışında basılı olarak yayımlanan makaleler veya literatür derlemesi olan makaleler kapsam dışında tutulmuştur. Ayrıca çalışmanın 2000 yılı öncesi makaleleri kapsamaması, sadece İngilizce ve Türkçe yazılan çalışmaları ele alması da çalışmanın diğer önemli kısıtlılıklarıdır.

BULGULAR

Tarama sonucunda belirlenen ölçütlere uygun olan 40 makale “yayımlandıkları dergi, yıl, uygulandığı kurum yapısı, hem beklenen hizmet kalitesi hem de algılanan hizmet kalitesi boyutlarının ortalamalarına göre sıralanması ve beklenen ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark bakımından değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmaların yapıldıkları ülkeler sınıflandırılmış ve beklenen/algılanan hizmet kalitesi ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmada ilk olarak, hastaların beklenen ve algılanan kalite düzeylerini servqual yöntemi ile analiz eden makalelerin yayımlandığı dergiler incelenmiştir. Makalelerin %20'sinin “International Journal of Health Care Quality Assurance” isimli dergide yayınlandığı ve geri kalan 32 çalışmanın ise farklı dergilerde yayımlandığı belirlenmiştir.

Tablo 1, hastaların beklenen ve algılanan kalite düzeylerini servqual yöntemi ile analiz eden makalelerin yayımlandığı yılları yansıtmaktadır. Çalışma kapsamına dahil edilen bilimsel makalelerin yaklaşık olarak %88'inin 2010 yılı ve sonrasında yayımlandığı görülmüştür.

Tablo 1. Çalışmaların Yayımlanma Yıllarına Göre Dağılımı

Makalelerin Yayımlanma Yılları	Makale Sayısı	Yüzde	Makalelerin Yayımlanma Yılları	Makale Sayısı	Yüzde
2000	1	2,5	2012	1	2,5
2003	2	5,0	2013	4	10,0
2005	1	2,5	2014	4	10,0
2006	1	2,5	2016	12	30,0
2010	4	10,0	2017	6	15,0
2011	4	10,0			

Tablo 2, hastaların beklenen ve algılanan kalite düzeylerini servqual yöntemi ile analiz eden makalelerin hangi yapıları değerlendirdiğini göstermektedir. Makalelerin yaklaşık olarak %53'ünde hastalar tarafından kamu sağlık kuruluşlarının değerlendirildiği gözlemlenmiştir.

Tablo 2. Çalışmaların Değerlendirdikleri Yapılara Göre Dağılımı

Makalelerde Değerlendirilen Yapılar	Makale Sayısı	Yüzde
Kamu	21	52,5
Özel	10	25,0
Kamu ve Özel	9	22,5
Toplam	40	100,0

Tablo 3, beklenen kalite düzeylerinin (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) yapılan makalelerdeki önem sıralamasını göstermektedir. Önem sırasına göre baktığımızda en çok beklenti duyulan boyutun güven; diğerlerine göre daha az beklenti duyulan boyutun ise fiziksel özellikler olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Çalışmalardaki Beklenen Kalite Düzeylerinin Önem Sıralamasına Göre Dağılımı

		1. Sıra	2. Sıra	3. Sıra	4. Sıra	5. Sıra	Toplam
Fiziksel Özellikler	Makale Sayısı	9	7	7	6	11	40
	Yüzde	22,5	17,5	17,5	15,0	27,5	100,0
Güvenilirlik	Makale Sayısı	10	6	8	9	7	40
	Yüzde	25,0	15,0	20,0	22,5	17,5	100,0
Heveslilik	Makale Sayısı	4	8	8	13	7	40
	Yüzde	10,0	20,0	20,0	32,5	17,5	100,0
Güven	Makale Sayısı	12	11	6	6	5	40
	Yüzde	30,0	27,5	15,0	15,0	12,5	100,0
Empati	Makale Sayısı	5	9	12	6	8	40
	Yüzde	12,5	22,5	30,0	15,0	20,0	100,0

Tablo 4, algılanan kalite düzeylerinin (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) yapılan makalelerdeki değerlendirme sıralamasını göstermektedir. Hizmet sonrasında yapılan değerlendirmede hem güven hem de fiziksel özellikler boyutunun en yüksek algılanan kalite düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Değerlendirme sırasına göre en düşük algı düzeyinin ise heveslilik boyutunda olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4. Çalışmalardaki Algılanan Kalite Düzeylerinin Önem Sıralamasına Göre Dağılımı

		1. Sıra	2. Sıra	3. Sıra	4. Sıra	5. Sıra	Toplam
Fiziksel Özellikler	Makale Sayısı	12	7	9	4	8	40
	Yüzde	30,0	17,5	22,5	10,0	20,0	100,0
Güvenilirlik	Makale Sayısı	7	9	7	10	7	40
	Yüzde	17,5	22,5	17,5	25,0	17,5	100,0
Heveslilik	Makale Sayısı	4	4	9	10	13	40
	Yüzde	10,0	10,0	22,5	25,0	32,5	100,0
Güven	Makale Sayısı	12	13	9	3	3	40
	Yüzde	30,0	32,5	22,5	7,5	7,5	100,0
Empati	Makale Sayısı	4	8	6	13	9	40
	Yüzde	10,0	20,0	15,0	32,5	22,5	100,0

Tablo 5, algılanan ve beklenen hizmet kalitesi arasındaki farkın negatif olup olmadığı göstermektedir. İncelenen çalışmaların yaklaşık olarak %78'inde

algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesinden daha az seviyede olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Algılanan ve Beklenen Kalite Düzeyleri Arasındaki Farkın Dağılımı

	Makale Sayısı	Yüzde
Beklenti > Algılanan	31	77,5
Algılanan > Beklenti	9	22,5
Toplam	40	100,0

Tablo 6, algılanan ve beklenen kalite düzeyi arasındaki farkın ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğini yansıtmaktadır. Bu kapsamda çalışmaların yapıldığı 16 farklı ülke Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (2017) tarafından en son yayımlanan insani gelişme endeksi listesine göre çok yüksek/yüksek ve orta/düşük insani gelişme seviyesi olmak üzere 2'ye ayrılmıştır (UNDP, 25.11.2017). Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde çapraz tablolar ve ki-kare yöntemi kullanılmıştır. Çapraz tablolar, ki-kare analizi birlikte, örneklem sayısının az olduğu ve değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda kullanılan parametrik olmayan yöntemlerden birisidir (Özbay, 2009).

Tablo 6. Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeyleri ile Ülkelerin Karşılaştırılması

Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Arasındaki Fark		Ülkelerin Sınıflandırılması		
		Çok yüksek ve yüksek düzeyde ülkeler	Orta ve düşük düzeyde ülkeler	Toplam
Beklenen > Algılanan	Sıklık (f)	17	14	31
	Yüzde (%)	54,8	45,2	100,0
Algılanan > Beklenen	Sıklık (f)	6	3	9
	Yüzde (%)	66,7	33,3	100,0
Toplam	Sıklık (f)	23	17	40
	Yüzde (%)	57,5	42,5	100,0
ANLAMLILIK TESTİ (Ki-Kare Testi)		Ki-Kare Değeri 0,399	SD 1	P Değeri 0,707

Tablo 6'da görüldüğü üzere, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ile ülkelerin karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,707$; $p<0,05$). Ayrıca çapraz tablolar sonucunda elde edilen verilerde de sonucu destekler niteliktedir. Beklenen hizmet kalitesinin algılanan hizmet kalitesinden yüksek çıktığı çalışmaların yaklaşık olarak %55'i çok yüksek ve yüksek

düzeydeki ülkelerde yapılırken, yaklaşık olarak %45'i ise orta ve düşük düzeydeki ülkelerde yapılmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, içerik analizi yöntemi kullanılarak 21. yüzyılda ulusal ve uluslararası dergilerde hizmet kalitesinin belirlenmesi ile ilgili yapılan araştırmalar; yayımlandıkları dergi, yıl ve yapıldıkları kurum yapısına göre kategorilere ayrılmıştır. Ayrıca çalışmada hizmet kalitesinin boyutları (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) detaylı bir şekilde ve değerlendirilmiştir.

2000-2017 yılları arasında yapılan hastaların beklenen ve algılanan hizmet düzeylerinin değerlendirildiği ve boyutlara ilişkin ortalamaların açıkça ifade edildiği 40 bilimsel makaleye ulaşılmıştır. Çalışmaların %20'sinin "International Journal of Health Care Quality Assurance" isimli dergide yayımlandığı tespit edilmiş ve geri kalan 32 makalenin ise farklı dergilerde yayımlandığı gözlemlenmiştir. Yıl açısından baktığımızda çalışmaların %30'unun 2016 yılında yayımlandığı görülmüştür. Ayrıca yapılan çalışmaların yaklaşık olarak %53'ünde kamu sağlık kuruluşlarının değerlendirildiği belirlenmiştir.

Beklenen hizmet kalitesinin sonuçları bize bireyin bu durumu ne kadar önemli ve zorunlu gördüğünü, algılanan hizmet kalitesinin sonuçları ise yapılan işlerin ne oranda doğru ve iyi bir şekilde yapıldığını gösterir (Rishard ve Kodithuwakku, 2008). Bu çalışmada boyutlar (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) hem beklenen hizmet kalitesi hem de algılanan hizmet kalitesi kapsamında ortalamalar temel alınarak sıralı hale getirilmiştir. Beklenen hizmet kalitesi açısından bakıldığında hastalar için ilk sıralarda yer alan boyutun güvenilirlik ve güven olduğu görülmüştür. Algılanan hizmet açısından bakıldığında ise güven ve fiziksel boyutların ilk sıralarda yer aldığı tespit edilmiştir. Ayrıca beklenen hizmet kalitesi açısından bakıldığında sıralamada en son sırada gösterilen boyutun fiziksel özellikler; algılanan hizmet kalitesi açısından bakıldığında da heveslilik boyutu olduğu gözlemlenmiştir.

İçerik analizinin amacı, yapıldığı yer veya içeriklerinden elde edilen verilerin kategorilere ayrılması ve ilişkili sonuçlardan kaliteli çıkarımlar yapılmasıdır (Wamboldt, 1992). Bu çalışmada boyutlara ilişkin elde edilen veriler sınıflan-

dırılmış ve iki farklı değişken oluşturularak karşılaştırma yapılmıştır. Bu kapsamda algılanan ve beklenen hizmet kalitesi arasındaki fark ile ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre sınıflandırıldığı yapı karşılaştırılmıştır. Çalışmaların yapıldığı ülkelerin sınıflandırılmasında UNDP (2017) tarafından yayınlanan insani gelişmişlik endeksi kullanılmıştır. Sonuç olarak içerik analizi sonucu elde edilen verilerin bir araya getirilmesi ile oluşan bu iki değişken arasında anlamlı bir farklılık bulunamamış ($p=0,707$; $p<0,05$) ve hem yüksek düzeyde gelişmiş olan ülkelerde hem de orta ve düşük düzeyde gelişmişlik olan ülkelerde algılanan ve beklenen hizmet kalitesi arasındaki fark negatif çıkmıştır. Kısacası, her iki grupta da algılanan düzeyin beklenen düzeyden daha düşük bir değere sahip olduğu görülmüştür. Genel olarak bakıldığında da çalışmaların yaklaşık olarak %78'inde beklenen hizmet kalitesinin algılanan hizmet kalitesinden yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında hizmet kalitesi boyutları sınıflandırılmış ve değerlendirilmiştir. Literatüre bakıldığında bu doğrultuda yapılan bir çalışmanın olmadığı gözlemlenmiş ve bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Ayrıca sonraki çalışmalar için kapsamı genişletmek adına 2000 yılından önce yapılan araştırmaların dahil edilmesi; daha bütüncül bir sonuç elde edilebilmesi adına diğer paydaşlar üzerinde yapılan araştırmaların da incelenmesi önerilmiştir.

KAYNAKÇA

- Abuosi, A.A. & Atinga, R.A. (2013). Service Quality in Healthcare Institutions: Establishing the Gaps for Policy Action. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5): 481-492.
- Aghamolaei, T., Eftekhaari, T.E., Rafati, S., Kahnouji, K., Ahangari, S., Shahrzad, M.E., Kahnouji, A. & Hoseini, S.H. (2014). Service Quality Assessment of a Referral Hospital in Southern Iran with SERVQUAL Technique: Patients' Perspective. *BMC Health Services Research*, 14(322):1-5.
- Akaydın, Ş. & Çeçen, M.A. (2015). Okuma Becerisiyle İlgili Makaleler Üzerine Bir İçerik Analizi. *Eğitim ve Bilim*, 40(178):183-198.
- Ali, M., Hamid, A. & Alireza, E. (2015). Measuring and Improving the Quality of Health Care Services Based on Patient Satisfaction with the Provided Services (Improved SERVQUAL model). *J. Appl. Environ. Biol. Sci.*, 5(10):291-294.

- Babakus, E. & Mangold, G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *HSR: Health Services Research*, 26(6):767-786.
- Badiyani, J.M. (2010). Service Quality of Private Clinics: Application of Servqual Model. *QUEST-Journal of Management and Research*, 1(2):21-27.
- Butt, M.M. & Run, E.C. (2010). Private Healthcare Quality: Applying a SERVQUAL Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7):658-673.
- Carman, J.M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of The SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1): 33-5.
- Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3):55-68.
- Kıdak, L.B., Nişancı, Z.N. & Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği. *Yönetim ve Ekonomi*, 22(2):483-500.
- Lim, P.C. & Tang, N.K.H. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(7): 290-299.
- Lonial, S.Menezes, D., Tarim, M., Tatoglu, E. & Zaim, S. (2010). An Evaluation of SERVQUAL and Patient Loyalty in An Emerging Country Context. *Total Quality Management & Business Excellence*, 21(8):813-827.
- Moghadam, M.N. & Amiresmaili, M. (2011). Hospital Services Quality Assessment Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, As A Tangible Example of a Developing Country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(1):57-66.
- Özbay, Ö. (2009). Çapraz Tablo Analizi Nasıl Yapılır? Pratik Bir Açıklama, *HÜ Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 9:459-472.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4):41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64(1):12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1991). Refinement and Reassessment of the Servqual Scale. *Journal of Retailing*, 67(4):420-450.
- Rishard, M.H.M. & Kodithuwakku, S.S. (2008). An Assessment of Health Service Quality: A Case Study of Teaching Hospital in Central Province of Sri Lanka. *Tropical Agricultural Research*, 20:251-259. .

- Stemler, S. (2001). An Overview of Content Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(17):1-10.
- Strawderman, L. & Koubek, R. (2006). Quality and Usability in a Student Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(3):225-236.
- Suki, N.M., Lian, J.C.C. & Suki, N.M. (2011). Do Patients' Perceptions Exceed Their Expectations in Private Healthcare Settings? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(1):42-56.
- Şimşek, H. (2009). Eğitim Tarihi Araştırmalarında Yöntem Sorunu. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 42(1):33-51.
- Tarım, M. (2002). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Servqual Modeli ve Bir Hastane Uygulaması. *İÜ İktisat Fakültesi Mecmuası*, 52(2):15-36.
- UNDP (2017). Human Development Index and Its Components. Erişim Adresi: hdr.undp.org/en/composite/HDI (Erişim Tarihi: 25.11.2017).
- Wamboldt, B.D. (1992). Content Analysis: Method, Applications, and Issues. *Health Care for Women International*, 13(3):313-321.

Hemşirelerin Hastanedeki Eğitim Fırsatları, Eğitimlerde Bilgisayar ve Teknoloji Ürünlerini Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Havva Öztürk¹

Yeter Kurt²

Çiğdem Gamze Özkan³

Emel Tor⁴

Ayşe Kavgacı⁵

ÖZ

Amaç: Hemşirelerin hastanedeki eğitim fırsatlarının ve eğitimlerde bilgisayar ile teknoloji ürünlerini kullanma durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Trabzon'daki bir üniversite hastanesinde çalışan toplam 524 hemşireden 290 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, hemşirelerin demografik özellikleri, eğitim fırsatları, bilgisayar ve teknoloji ürünlerinden yararlanma durumlarını kapsayan anket formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Hemşireler ortalama 32.78 yaşında ve %65'i lisans mezunudur. %99'u bilgisayar ve internet kullanan hemşirelerin %76'sı hastanelerinde en çok hizmet içi eğitime, %37'si en az sertifikalı kursa katılmıştır. Hemşirelerin %57'si hastanelerinde düzenlenen eğitimlere katılımda herkese eşit fırsatlar sunulduğunu belirtirken, %24'ü mesai saatlerine uymamasından dolayı eğitimlere katılamadığını belirtmiştir. %78'i kurumlarında bilgisayar/internet üzerinden eğitimlerin düzenlenmesini, %75'i

1 Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, havvaozturk@hotmail.com

2 Arş. Gör., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ykurt6161@hotmail.com

3 Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ozkan_551907@hotmail.com

4 Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi, emel.tor@ktu.edu.tr

5 Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi, aysekavgaci@mynet.com

bu eğitimleri evlerinden istedikleri zaman izlemek, %82'si yeni teknolojiler kullanarak almak istemektedir. Lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin de bilgisayar üzerinden ve evlerinden daha fazla eğitim almak istemesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak hemşirelerin %48'i eğitimlerde bilgisayar vb. bozuk olması ve teknik personel yetersizliği nedeniyle sıkıntı yaşadığını belirtmiştir. %91'i ise teknoloji ve ürünlerini bilgilerini artırmak için kullandığını açıklarken %90'ı en çok yeni teknolojilerle Sağlık Bakanlığı sertifikalı kursları almak istediklerini vurgulamışlardır.

Sonuç: Hemşireler mesai saatlerine uymamasına rağmen çoğu hastanesinde hizmet içi eğitime katılırken, bilgisayar, internet üzerinden ve evlerinde istedikleri zaman özellikle Bakanlık sertifikalı kurslar olmak üzere eğitimlere katılmak istemektedirler.

Anahtar Kelime: Eğitim, Hemşireler, Hemşirelik, Bilgisayar, Teknoloji

Nursing Education Opportunities and Their Educational Expectations: The Use of Computer and Technology In Education

ABSTRACT

Objective: It is aimed to determine the educational opportunities of the nurses in the hospital and the use of computers and technology products in the trainings.

Method: This descriptive study was conducted with a total of 290 nurses out of 524 in a university hospital in Trabzon. The data were collected through a questionnaire covering the demographic characteristics of nurses, educational opportunities, and utilization of computer and technology products.

Findings: The average number of nurses is 32.78 years old and 65% hold an undergraduate degree. 76% of the nurses who used computer and internet with a 99% rate participated in the most in-service training and 37% the least certified course in their hospitals. While 57% of the nurses indicated that they were receiving equal opportunities in participating in trainings organized in their hospitals, 24% stated that they could not attend trainings because it did not comply with their working hours. 78% of them want to organize their trainings on their computers / internet, 75% want to follow these trainings when they want from their homes and 82% want to use new technologies. Preference of nurses with undergraduate / graduate education having a desire to receive more education from the computer and home was found to be statistically significant ($p < 0.05$). However, 48% of the nurses stated that they had problems due to the broken computers, lack of technical personnel and so on during the trainings. 91% said they use technology and products to increase their knowledge, while 90% emphasize that they most would like to receive Ministry of Health-certified courses with the new technologies.

Conclusion: Despite the fact that it does not comply with their working hours, most of them attend in-service training in their hospitals and they want to participate in trainings especially on Ministry-certified courses when they want on computer, internet and home.

Keywords: Education, Nurses, Nursing, Computer, Technology

GİRİŞ

Hemşireler, sağlık hizmetlerindeki değişikliklere ayak uydurabilmek için mesleki gelişimlerini sürdürme sorumluluğuna sahiptir (Drey vd., 2009: 740). Dolayısıyla hemşireliğin profesyonel gelişimi yalnızca lisans eğitimi ile değil, mezuniyet sonrası yürütülen eğitimlerle sağlanmaktadır (Güngör vd., 2015: 162). Bu doğrultuda hemşirelere sağlık kurumlarında bilgi ve becerilerini geliştirmesi amacıyla hizmet içi eğitim ve sertifikalı eğitim programları, kongre ve seminer programları gibi çeşitli eğitim faaliyetleri sunulmaktadır. Ancak sağlık sistemi içerisinde sayı olarak çoğunluğu oluşturan hemşirelerin, örgün biçimde ve geleneksel yollarla sunulan hizmet-içi eğitim ya da yaygın eğitim programlarına katılarak bilgilerini güncellemeleri, yaşam boyu eğitimlerini sürdürmeleri vardiyalı çalışma, çocuk sahibi olma, yoğun çalışma saatleri gibi nedenlerle istenilen şekilde gerçekleşmemektedir (Şenyuva, 2013: 23, Bellarrin, 2006: 140; Atack, 2003: 290). Oysa sağlık bakım sistemindeki değişimler ve hemşirelerin değişen rolleri yüzünden hemşirelikte mesleki bilginin artması ve dolayısıyla sürekli eğitimler bir gerekliliktir (Griscti ve Jacono, 2006: 449). Bu bağlamda eğitim olanaklarının iyileştirilmesi, hemşirelerin bilgi teknolojilerinden daha fazla yararlanmasını ve yaşam boyu eğitimi benimsemelerini zorunlu kılmaktadır (Willmer, 2005: 467). Bu kapsamda eğitime ulaşmayı kolaylaştıracak yöntemlerden biri yenilikçi eğitim teknolojilerinin uygulanmasıdır. Bu şekilde yürütülecek eğitim programları ile hemşirelerin bireysel öğrenme hızlarında ve biçimlerinde, zamandan ve mekândan bağımsız bir şekilde öğrenmeleri sağlanabilir. Bilgiye her an ve istenilen yerden ulaşma fırsatı ise eğitimin devamlılığını sağlayabilir. Bu doğrultuda eğitimlerin bilgisayar teknolojileri kullanılarak verilmesi yararlı olacaktır. Ancak eğitim verilecek hemşirelerin bilgisayar teknolojileri ile ilgili bilgi ve beceri düzeylerinin saptanıp eksikliklerin giderilmesi gerekir. Çünkü bilgisayar kullanabilme yeteneği ve becerisini geliştirmek için bilgi gereklidir. Hemşirelerin bilgisayar kullanma yeteneğini kazanması, onların bilgisayarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmalarına, bilgisayar teknolojisini anlamalarına, hemşirelik işlev ve uygulamalarında bilgisayardan nasıl yararlanacaklarını bilmelerine bağlıdır (Koç, 2006: 36; Brumini et al, 2005: 103). Bununla birlikte yürütülen bazı çalışmalarda, hemşirelerin bilgisayar kullanma durumları incelendiğinde hemşirelerin çoğunluğunun bilgisayar kullandığı ve evinde bilgisaya-

ra sahip olduğu görülmektedir (Brumini, 2005: 103; Kaya ve ark, 2008: 85; Köse, 2012: 39 ; Bilgiç ve Aydın, 2015: 12). Oysa ülkemizde hemşirelerin bilişim teknolojilerinden eğitim hizmetlerinde yararlanma durumları ve bunu etkileyen faktörler, kişisel ve mesleki gelişimleri için tercih ettikleri eğitim yöntemlerinin belirlenmesi konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinde hemşirelere sunulan eğitim fırsatlarının bilinmesi, eğitimlerde yenilikçi eğitimsel teknolojilerin kullanılması, hemşirelerin bilgisayar teknolojilerini kullanma durumlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması hakkında yapılacak araştırmalar, sağlık bakım hizmetlerinde değişim ve gelişime uyum sağlayabilecek meslek üyelerinin yetişmesi bakımından yararlı olacaktır. Bu gereksinimlerden yola çıkarak gerçekleştirilen bu çalışma, hemşirelerin hastanedeki eğitim fırsatlarının ve eğitimlerde bilgisayar ile teknoloji ürünlerini kullanma durumlarının belirlenmesini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. MATERYAL ve METOD

2.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Hemşirelere hastanede sunulan eğitim fırsatlarının ve eğitimlerde bilgisayar ile teknoloji ürünlerini kullanma durumlarının belirlenmesi amacıyla yürütülen bu çalışma tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Trabzon'daki bir üniversite hastanesinde çalışan toplam 524 hemşire oluştururken, örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü olan 290 (%55.3) hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmayıp evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

2.3. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinleri

Araştırmanın yürütülmesi için 15 Haziran 2017 tarihinde Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Ayrıca çalışmada anketler doldurulurken hemşirelerin gönüllüğü aranmış ve sözlü onamları alınmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları ve Süreci

Araştırmacılar tarafından literatüre (Yu ve Yang 2006, Merih ve Güngör 2015, Şenyuva 2015, Olgun ve Kurtçu 2015, Doğruyol ve ark. 2015) dayalı olarak

çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket formu geliştirildi. Formda çalışmaya katılan hastaların Veriler, hemşirelerin demografik özellikleri, hemşirelere sunulan eğitim fırsatları, bilgisayar ve teknoloji ürünlerinden yararlanma durumlarına ilişkin 27 soruyu içeren anket formu ile 15-25 Haziran 2017 tarihleri arasında elden toplanmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemek için frekans, yüzde, ortalama testleri, hemşirelerin demografik özellikler ile eğitim fırsatları, bilgisayar ve teknoloji kullanım durumlarına ilişkin görüşlerinin karşılaştırması için ki-kare testleri kullanılmıştır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin görüşleri ile yürütülmesi sınırlılığdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşireler ortalama $32,78 \pm 7,92$ yaşındadır ve %89'u kadın, %68'i evli, %65'i lisans mezunudur. Hemşireler $11,27 \pm 7,49$ yıl mesleki deneyime, $10,03 \pm 7,64$ yıl hastane deneyime sahiptir ve %91'i hemşire pozisyonunda çalışmaktadır.

Hemşirelerin %79'unun kendine ait bilgisayarı vardır ve %99'u bilgisayar ve yine %99'u internet kullanmayı bilmekte, %84'ünün e-mail adresi bulunmaktadır.

Hemşirelerin %76'sı hastanelerinde en çok hizmet içi eğitimlere, %37'si en az sertifikalı kurslara katıldığını belirtmiştir (Tablo 1). Hemşirelerin %57'si hastanelerinde düzenlenen eğitimlere katılımı herkese eşit fırsatlar sunulduğunu belirtirken, %25'i mesai saatlerine uymamasından dolayı eğitimlere katılamadıkları bildirmiştir (Tablo1).

Tablo 1. Hemşirelerin hastanelerinde katıldıkları eğitimler ve bu eğitimlerde eşit fırsat sunulmama nedenleri

Hastanede Katılım Sağlanan Eğitimler*	n	%
Hizmet İçi Eğitim	221	76
Oryantasyon	201	69
Kongre/Sempozyum	154	53
Sertifikalı Kurs	107	37
Diğer	21	7
Eğitimlerde Eşit Fırsat Sunulmama Nedenleri*		
Mesai saatleri içerisinde yapılması	71	25
Haftalık çalışma saatine dahil edilmemesi	60	21
Haberdar olmama	52	18
Aynı insanlara fırsatlar sunulması/ayırmıcılık	45	16
Yalnızca yöneticilerin bu fırsatlardan yararlanması	40	14
Katılımın yeterince duyurulmaması	37	13
Genç/deneyimsiz hemşirelere izin verilmemesi	31	11
Diğer	6	2

*n katlanmıştır.

Hemşirelerin %68'i hastanede eğitim amaçlı bilgisayar ve ürünlerini kullanabilirken %78'i bilgisayar/internet üzerinden eğitimlerin düzenlenmesini, %75'i bu eğitimleri evlerinden istedikleri zaman izlemek ve %82'si yeni teknolojiler kullanarak eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte özellikle lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin diğer eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre daha fazla bilgisayar üzerinden ($\chi^2=7.88$; $p=0.020$) ve evlerinden ($\chi^2=16.88$; $p=0.000$) eğitim almak istediklerini belirtmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hemşirelerin %64'ü bilgisayar ve teknoloji destekli eğitim çeşitlerinden uzaktan eğitimi, %31 web tabanlı eğitimi, %37 si mobil eğitimi bildiğini ve %20 'si konuya ilişkin bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Ayrıca %36'sı internet üzerinden uzaktan eğitime katıldığını, %43'ü birkaç kez eğitim amaçlı mobil uygulamaları kullandığını açıklamıştır.

Tablo 2. Hemşirelerin eğitim amaçlı bilgisayar ve teknoloji ürünlerini kullanma durumu ve yararlanma nedenleri, kullanırken yaşanan sorunlar (n=290)

Hastanede yapılan eğitimlerde kullanılan teknolojik ürünler*	n	%
Masaüstü/Dizüstü Bilgisayar	223	77
Projektör	167	58
Akıllı Cep Telefonu	82	28
Tablet Bilgisayar	38	13
Teknolojik Bakım Ürünleri	29	10
Simülasyon Maketleri	24	8
Hiçbiri	11	4
Akıllı Tahta	6	2
Diğer	3	1
Hastanedeki bilgisayar ve ürünlerinin eğitim amaçlı kullanım nedenleri*		
Hizmet İçi Eğitimler	203	70
Hasta Eğitimleri	179	62
Diğer Personel Eğitimleri	64	22
Sertifikalı Eğitimler	50	17
Eğitim amaçlı bilişim teknolojisi ve ürünlerinden yararlanma nedenleri*		
Bilgi Edinmek ve Bilgiyi artırmak	265	91
Bir konuyu araştırmak	263	91
Haberleşmek	143	50
Birine mesaj göndermek/yazışmak	135	47
Tekrar etmek ve eksiklikleri tamamlamak	118	41
Görüntü ve resimleri paylaşmak	116	40
Düşünce ve fikirleri paylaşmak	114	39
Boş vakitlerde evden eğitimleri takip etmek	33	11
Diğer	3	1
Hastanede eğitim amaçlı bilgisayar ve teknoloji ürünlerinin kullanımında yaşanan sıkıntılar*		
Bilgisayar vb. bozuk olması	138	48
Teknik personel yetersizliği ve sorunları çözememe	138	48
Teknolojik ürünlerin kullanılmasına izin verilmemesi	51	18
Bilgisayar kullanımını bilmemek	32	11
Teknolojik ürünlerin kilitli tutulması	26	9
Diğer	26	9
Tablet ve mobil telefonun olmaması	23	8
Hastanede yeni teknolojilerle alınmak istenen eğitimler*		
Sağlık Bakanlığı sertifikalı kursları	192	66
Hizmet içi eğitimler	139	48
Kendini geliştirme programları (NLP, koçluk, drama vb.)	139	48
Simülasyon merkezinde maketlerle beceri eğitimi	112	39
Lisansüstü eğitimler	97	33
Diğer	5	2

*n katlanmıştır.

Hemşirelerin hastanede düzenlenen eğitimlere katılım durumu değerlendirildiğinde, %92'si hastanede düzenlenen eğitimlere katıldığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin %77'si teknolojik ürün olarak bu eğitimlerde bilgisayar kullandığını, %70'i bilgisayar ve ürünlerinin daha çok hizmet içi eğitim amaçlı kullanıldığını belirtmişlerdir (Tablo2).

Hemşirelerin bilişim teknolojisi ve ürünlerinden yararlanma nedenleri incelendiğinde ise hemşirelerin %91'inin bilişim teknolojisi ve ürünlerini bilgi edinmek ve aktarmak, %91'i bir konuyu araştırmak ve %50'si haberleşmek amacıyla kullandığını açıklamıştır (Tablo2). Bununla birlikte hemşirelerin %48'i eğitimlerde bilgisayar ve ürünlerinin bozuk olması, %48'i teknik personel yetersizliğin olması ve sorunlarını çözememesi, %18'i bilgisayar ve ürünlerinin kullanımına izin verilmemesi ve %11'i bilgisayar kullanımını bilmemesine bağlı sorun yaşadığını ifade etmişlerdir. Tüm bunlara rağmen hemşireler hastanede yeni teknolojiler kullanılarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı sertifikalı kurslar almak istediklerini bildirmişlerdir (Tablo2).

TARTIŞMA

Hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde yenilikçi eğitim teknolojilerinin uygulanmasıyla hemşirelerin yaşam boyu eğitimin sürekliliği sağlanabilir. Hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimlerinde özellikle de hastanelerde yapılan hizmet içi eğitimlerde teknolojinin kullanılması, hemşirelerin bilgisayar kullanma durumlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması sağlık bakım hizmetlerinde bakım kalitesini artıracak profesyonel hemşirelerin yetişmesine katkıda bulunacaktır. Bu noktadan hareketle yapılan bu araştırmanın hemşirelerin hastanedeki eğitim fırsatlarından yararlanma, eğitimde bilgisayar ve teknoloji ürünlerini kullanma durumlarını ortaya koyması açısından yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu doğrultuda çalışmaya katılan, büyük çoğunluğu kadın, yarısından fazlası evli ve lisans mezunu, ortalama 33 yaşlarında olan hemşirelerin çoğunluğunun kendine ait bilgisayarlarının olduğu, tamamının bilgisayar ve internet kullanmayı bildiği görülmektedir. Bu durum hemşirelerin bilgisayar ve bilişim sistemleri kullanmaya daha kolay uyum sağlayabilmesi, eğitimlerden etkin ve verimli bir şekilde yararlanmaları açısından önemlidir. Bununla birlikte araştırmada hemşirelerin görüşleri doğrultusunda hastanelerinde katıldıkları eğitimler arasında en çok hizmet içi eğitimlere katıldığı,

ancak yarısına yakınının hizmet içi eğitimlerde herkese eşit fırsat sunulmadığı belirtmişlerdir. Eğitimlerden eşit bir şekilde yararlanamama nedeni olarak her dört hemşireden biri eğitimin mesai saatleri içinde yapılmasını ve eğitimlerin haftalık çalışma saatleri kapsamına dâhil edilmemesini göstermişlerdir. Bu bulgu Merih ve Güngör'ün (2015 :32) çalışmasında elde ettiği hizmetiçi eğitimlerin %66 oranı ile mesai saatleri içinde yapılması sonucu ile paralellik göstermektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin hizmet içi eğitimlere katılmaları için uygun zamanın seçimi önemli bir faktör olarak düşünülmüştür. Yu ve Yang (2006: 767) zaman ve yer sınırlılıkları yüzünden hizmet içi eğitimlere katılmayan hemşirelerin mesleki gelişimlerinin sağlanmasında Web tabanlı eğitimlerin etkili olabileceğini ifade etmiştir. Çalışmamızda da, eğitim amaçlı olarak bilgisayar ve ürünlerini kullanabilen hemşirelerin çoğunluğu eğitimleri internet üzerinden yeni teknolojiler kullanarak evlerinden istedikleri zaman ulaşabilmeyi istemektedirler. Bununla birlikte özellikle lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşireler bilgisayar üzerinden eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Melih ve Güngör'ün (2015: 32) eğitimci hemşirelerin hizmet içi eğitimlerde online/uzaktan eğitim sisteminin kullanılmasına yönelik yaptıkları çalışmada da çalışma bulgularımıza benzer şekilde hemşirelerin yarısına yakını hizmet içi eğitimlerin uzaktan eğitim sistemi şeklinde verilmesinin ve tamamına yakını eğitimler içinde teknolojik gelişmelerin eklenmesinin yararlı olacağını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin yarısından fazlasının uzaktan eğitim hakkında bilgi sahibi olduğu, yarısına yakınının internet üzerinden uzaktan eğitime katılmış ve mobil uygulamaları eğitim amaçlı kullanmış oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin uzaktan eğitimi, aile ve işlerine ait farklı rolleri kolaylıkla üstlenmelerini sağlaması, esnek olması (full time, part time), kendi öğrenme biçimine, öğrenme hızına uygun çalışma ortamı sağlaması, aile hayatını sürdürmede kolaylık sağlaması, ekonomik olması nedenleriyle tercih ettiği görülmektedir (Şenyuva 2015: , Olgun ve Kurtçu 2015:). Ayrıca uzaktan eğitim teknolojileri ile verilen eğitimler motive olan, esnekliğe ihtiyaç duyan ve sürekli eğitim aracıyla mesleki sorumluluğunu sürdürmek isteyen hemşireler için de ideal olabilir.

Yürütülen araştırmada hemşirelerin dörtte üçünün (%77) teknolojik ürün olarak eğitimlerde bilgisayar kullandığı, büyük çoğunluğunun (%70) bilgisayar

ve ürünlerini daha çok hizmet içi eğitim amaçlı kullandığı ortaya çıkmıştır. Bunun yanında hemşirelerin tamamına yakını bilişim teknolojisi ve ürünlerinden bilgi edinmek, aktarmak ve araştırmak amacıyla faydalandığı görülmektedir. Ancak çalışmaya katılan hemşirelerin yarıya yakını eğitimlerde bilgisayar ve ürünlerinin bozuk olması, teknik personel sayısının ve niteliğinin yetersizliği, teknik sorunların çözülememesine bağlı sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular kurumun hemşirelere sağladığı olanakların yetersizliğine işaret etmektedir. Oysa hemşirelerin bilişim teknolojilerinden ve bilgisayar ile sunulan eğitim fırsatlarından yararlanabilmesi için alt yapının hazırlanması çok önemlidir. Çünkü uzaktan ya da mobil eğitim fırsatları ile sunulan eğitimlerden daha fazla hemşire aynı anda yararlanabilme imkânına sahip olacaktır. Bunun yanı sıra bu çalışmada hemşirelerin katıldıkları eğitimler değerlendirildiğinde en az sertifikalı kurs programlarına katıldıkları, oysa Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan bu eğitimleri hastanelerinde yeni teknolojilerle almak istedikleri saptanmıştır. Doğruyol ve arkadaşlarının (2015: 160) çalışmasında da, özellikle lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin tamamına yakınının mesleki gelişmelerine katkı sağlamak ve meslekte yükselebilmek için sertifika almak istedikleri ve ayrıca eğitim kademesi yüksek olanların daha çok istediklerinin belirtilmesi bulgularımızı desteklemektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşireler katıldıkları eğitimler açısından en çok hastanelerinde hizmet içi eğitimlere katıldıkları, ancak yarısına yakınının bu eğitimlerde herkese eşit fırsat verilmediğini belirtmiştir. Eğitimlerden eşit bir şekilde yararlanamama nedeni olarak eğitimin mesai saatleri içinde yapılmasını ve eğitimlerin haftalık çalışma saatleri kapsamına dâhil edilmemesini göstermişlerdir. Başta lisans ya da lisansüstü eğitime sahip hemşireler olmak üzere hemşirelerin hastanelerinde yapılan eğitimi önemsedikleri ve bu eğitimleri hastanede sıkıntılı mesai saatlerinde evlerinde ya da izini olduğu günlerde takip edebilecekleri internet üzerinden yeni teknolojik eğitim olanakları sunularak almak istedikleri saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin tamamına yakını bilişim teknolojisi ve ürünlerini; bilgi edinmek, aktarmak ve araştırmak amacıyla kullandıkları görülmektedir. Bu doğrultuda teknoloji destekli hizmet içi eğitim yöntemlerinin benimsenerek daha geniş tabanda hizmet sunumu sağlanarak hemşirelerin

eğitim ihtiyaçlarına daha hızlı cevap verilmesi ve aktif olarak eğitimlere katılımları sağlanmalıdır. Özellikle hastane dışında ve çalışma saatleri dışında eğitimlerine devam edebilen hemşirelerin mesleki yenilikleri öğrenmesinde kolaylık ve esneklik sağlanmalıdır. Bir başka ifadeyle internet üzerinden sunulan uzaktan eğitim ya da mobil uygulamalar ile tüm hemşirelerin erişime açık ve eşit hizmet içi ya da sertifikalı eğitim fırsatları hemşirelere sunulabilir. Böylece krum içi verilen eğitimler tekrarlı ve esnek saatlerde planlanarak çalışan tüm hemşirelere ulaşması sağlanmalıdır. Dolayısıyla eğitimlerden eşit şekilde yararlanmadığını düşünen, sertifikalı eğitimler almak ve eğitimlerde teknolojinin imkân ve ürünlerinin kullanılmasını isteyen hemşirelere istediği zaman ve mekânda eğitimlerden eşit bir şekilde yararlanma fırsatı sunulabilir. Bu eğitimler, internet üzerinden uzaktan ya da mobil uygulamalarla Sağlık Bakanlığı, hemşirelik fakülteleri/bölgümleri ve uzaktan eğitim kurumlarıyla işbirliği yapılarak hemşirelerin kullanımına sunulabilir. Psikomotor becerilere yönelik ise sanal laboratuvarlar ve oyunlar oluşturulabilir, simüle maketlerle donatılmış öğrenme laboratuvarları kurularak simülasyona dayalı uygulamalar gerçekleştirilebilir. Ayrıca hemşirelerin bilgisayar teknolojisini ve eğitiminin sağlık bakımının ayrılmaz bir parçası olarak görmeleri için farkındalıklarını arttıracak etkinlikler düzenlenmeli, hemşirelerin hastane içinde kolaylıkla bilgisayara erişimi sağlayacak şekilde donanım ve etkin kullanım ortamları oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Atack, L. (2003). "Becoming A Web-Based Learner: Registered Nurses' Experiences", *Journal of Advanced Nursing*, 44(3): 289-297.
- Beldarrain, Y. (2006). "Distance Education Trends: Integrating New Technologies to Foster Student İnteraction and Collaboration", *Distance Education*, 27(2):139-153.
- Bilgiç, Ş., Aydın, G. Ö. (2016). "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bilişim Teknolojilerine Karşı Tutumları", *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, Cilt 3(3):10-18.
- Brumini, G., Ković, I., Zombori, D., Lulić, I., Petrovečki, M. (2005), "Nurses' Attitudes Towards Computers: Cross Sectional Questionnaire Study", *Croatian Medical Journal*, 46(1): 101-104.

- Doğan, M. Y., Güngör, P. (2015). “Eğitimci Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitimlerde Online/ Uzaktan Eğitim Sisteminin Kullanılmasına Yönelik Görüşleri” , VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi (Kongre Özet Kitabı), 8-10 Nisan, İstanbul.
- Doğruyol, A. D., Ateşoğlu, Aydoğan, A., Aldemir, G., Kaya, F., Bıçaklıoğlu, H., Aydemir, H., Girişken, M., Öz, Ö., Akkoyun, G., Özkan, Usta, D. (2015), “Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Düzeylerinin ve Yoğun Bakım Ünitesi Sertifika Uygulaması Hakkında Görüşlerinin Belirlenmesi”, VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi (Kongre Özet Kitabı), 8-10 Nisan, İstanbul.
- Drey, N., Gould, D., Allan, T. (2009). “The Relationship Between Continuing Professional Education And Commitment To Nursing”, Nurse Education Today, 29(7):740-745.
- Griscti, O., Jacono, J. (2006). “Effectiveness of Continuing Education Programmes in Nursing: Literature Review”. Journal of Advanced Nursing, 55(1): 449-456.
- Güngör, M. D., Temiz, G., Işıl, Ö. (2015). “Hemşirelikte Mezuniyet Sonrası Eğitim ve Profesyonelleşme”, VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi (Kongre Özet Kitabı), 8-10 Nisan, İstanbul.
- Kaya, N., Aştı, T., Kaya, H., Yeşiltepe, K. (2008). “Hemşirelerin Bilgisayar Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi”, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 16(62): 83-89.
- Koç, Z. (2006). “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamalarında Bilgisayar Kullanımı Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2): 29-40.
- Köse, A. (2012). “Hemşirelerin Bilgisayar Kullanım Durumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Ampirik Çalışma–Trabzon İli Örneği”, Bilişim Teknolojileri Dergisi, 5(1):37-43.
- Olgun, M., Kurtçu, A. (2015). “Uzaktan Eğitime Genel Bakış”, VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi (Kongre Özet Kitabı), 8-10 Nisan, İstanbul.
- Şenyuva, E. (2013).. “Hemşirelerin Uzaktan Eğitime İlişkin Görüşleri,” Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama 3(2):23-41.
- Şenyuva, E. (2015), “Hemşirelikte Uzaktan Eğitim”, VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi (Kongre Özet Kitabı), 8-10 Nisan, İstanbul.
- Willmer, M. (2005). “Promoting Practical Clinical Management Learning: The Current Situation About Information and Communications Technology Capability Development in Student Nurses”, Journal of Nursing Management, 13(6):76-467.

- Yu, S., Yang, K.F. (2006), “Attitudes toward web-based distance learning among public health nurses in Taiwan: A questionnaire survey”, International Journal of Nursing Studies, 43(6):767-774.

Maltepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Oluşan Düşmelerin Değerlendirilmesi

Selma Gürkan¹
Gülşen Öztekin Akpınar²

ÖZ

Bu çalışma Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi edilirken düşme gerçekleşen hastalarda yapılan düşme riski değerlendirmesinin, düşme önleme uygulamalarının etkinliği değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı. Araştırmada düşme önleme amacıyla yapılan hasta ve hasta yakını eğitimi, düşme sonrası yapılan girişimler, düşme kök nedenlerine göre yapılan düzeltici önleyici çalışmaların sonuçları değerlendirildi.

Araştırmanın örneklemini düşme gerçekleşen ve rapor edilmiş 36 hasta oluşturmaktadır. Veriler; 01.01.2015 - 31.09.2017 tarihleri arasında Beklenmedik Olay Bildirim Formu, düşme kök nedeni, İtaki Ölçeği, hemşire tanılama, eğitim ve bakım planlarına göre oluşturulan veri toplama formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı kullanıldı.

Düşen hastaların %56'sı erkek,%44'ü kadın, yaş ortalaması 73'dür. %69'u dahiliye, %17'si cerrahi, %14'ü kardiyoloji servisinde düşmüştür. Hastaların %67'si yatıştan sonraki ilk 3 gün içinde düşmüştür. Düşme sonucu hastaların %80'inde yaralanma olmamış, %14'ünde hafif yaralanma, %6'sında müdahale gerektiren yaralanma oluşmuş, %3'ünün taburculuğu planlanan taburculuk gününe göre gecikmiştir. Hastaların %97'si odasında, %3'ü koridorda düşmüştür. Düşme gerçekleşen hastaların %94'ünün İtaki Ölçeğine göre düşme riski düşme öncesi yüksektir ve tamamına standart düşme önleme uygulamaları yapılmıştır. Düşmelerde kök neden %92 hasta ve ailesi kaynaklı prosedürün uygulanmaması, %8 "ekipman uygunsuzluğudur. Hasta ve ailesinin düşme önleme uygulamalarına etkin katılımı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Düşme, İtaki, Kök Neden, Hasta, Hastane.

1 Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, selma.gurkan@maltepe.edu.tr

2 Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, gulsen.oztekin@maltepe.edu.tr

Evaluation of Falls Happening in Hospitalized Patients at Maltepe University Hospital

ABSTRACT

This study was conducted in Maltepe University School of Medicine Hospital and evaluated the risk of fall in patients falling during treatment and descriptive attributes were examined to evaluate the mitigation practices. In this study, the results of the correction and preventive studies according to the root causes of the fall were evaluated.

The sample of the study consisted of 36 patients who had been reported and dropped. Data were collected with unexpected event notification form between 01.01.2015 - 31.09.2013, the root cause of fall, İtaki scale, nurse diagnosis, training and care plans. The SPSS program was used to evaluate the data.

56% of the patients were male, 44% were female and the mean age was 73. 69 %fell in internal medicine, 17% in surgery, 14% in cardiology service. 67% of patients fell within the first 3 days of hospitalization. As a result of the fall, 80% of the patients had no injuries, 14% had mild injuries, 6% had an injury requiring intervention, 3% had delayed according to the day of discharge planned. 97% of the patients fell in the room, 3% in the hallway. 94% of the patients fell according to the scale of the fall risk is high before the fall, and all of them underwent standard fall prevention applications. In the fall, root causes 92% of patients and family-sourced procedure is not applied, 8% equipment is inappropriate. Effective participation of the patient and his / her family in the prevention of falls should be ensured.

Keywords: Falls, İtaki, Root Cause, Patient, Hospital.

GİRİŞ

Hastanelerde yaralanmayla sonuçlanan düşmeler yaygın bir hasta güvenliği sorunudur. Sağlık tesislerinde yaşlılar veya düşme riski faktörü olan hastalar dışında herhangi bir yaş veya fiziksel yeteneğe sahip hastalar da, tıbbi durum, ilaçlar, cerrahi girişim nedeniyle fizyolojik değişikliklere bağlı olarak düşmektedir. Düşmeler %30-50 oranında yaralanmaya neden olmaktadır. Hasta düşmeleri hastaneler için ciddi problemlerdir ve standart hemşirelik bakım kalitesi ölçüsü olarak kullanılır. Düşmelere bağlı oluşan yaralanmalar hastanede kalış süresini uzatarak ek tedavi ve bakım maliyetleri nedeniyle sağlık sistemine ve sağlık tesislerine mali yük getirmektedir. (jointcommission.org, 2008) (Bates DW. vd., 1995)

Sağlık kurumlarında gerçekleşen düşmeler özellikle sonuçları ve maliyeti açısından önemlidir. “Düşmenin femur ve kalça kırıkları, düşme korkusu ve bağımsız hareket edebilme yeteneğinin azalması ve hastaların ölmesi gibi ağır ve önemli sonuçları olabilmektedir.” Bu durum yasal boyutta da sağlık kurumlarına düşme önlemeye yönelik gereklilikleri yerine getirmek konusunda sorumluluk yüklemektedir. (Demir vd.,2011)

Düşmeler nedenlerine ve oluş şekillerine göre farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Hastanelerde gerçekleşen hasta düşmeleri “kişinin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop ya da inme olmaksızın dikkatsizlik sonucu bulunduğu seviyeden daha aşağıdaki bir seviyede hareketsiz hale gelmesi” şeklinde tanımlanabilir. (Alexander, vd. 1992)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları ve hasta güvenliği açısından düşmelerin önlenmesi önemlidir. Hastanelerde düşmelerin önlenmesi konusunda Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ gereği olarak tüm sağlık kurumlarında düşmelerin izlenmesi ve önlenmesi çalışmaları önem kazanmıştır. (resmigazete.gov.tr.,2009)

Hastanelerde gerçekleşen düşmelerin hasta, hastane ve hastane çalışanları üzerine olumsuz etkileri olmaktadır. Sağlık kurumlarında yatarak tedavi gören özellikle 65 yaş ve üstü kişilerin hastanelerde karşılaştığı yaralanma ve ölümlerin en önemli nedeninin düşmeler olduğu bilinmektedir. Dünyada

düşme sıklığı 65 yaş ve üstü yaş grubundaki hastalar için %30 oranındadır. Amerika'da 70 yaş ve üstü yaş grubu için düşmeler beşinci ölüm nedeni olarak gösterilmektedir. Hastaların düşme sonucu yaralanması hastanede çalışan hemşirelerin ve sağlık kurumunun sıklıkla karşılaştığı şikayet ve dava nedenlerinden biridir. Amerika'da ve diğer ülkelerde sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile hastanede gerçekleşen düşmeler ve diğer istenmeyen olaylara bağlı oluşan maliyetlerde sigorta şirketlerinin ödeme yapmasını zorlaştırıcı düzenlemeler yapılmıştır. (Alexander, vd. 1992), (Hill-Rom Services, 2006). (Fracica PJ vd. 2010)

Ülkemizde ise düşmeler 50-64 yaş grubu için %3.4 (Karataş ve Maral, 2001), 65-79 yaş grubu için %55, 80 yaş ve üstü yaş grubu için ise %54 oranında bulunmuştur (Karadakovan ve Yeşilbakan, 2005).

Düşme olasılığı herkes için mevcuttur. Bazı risk faktörleri bu olasılığı artırmaktadır. Düşme olasılığını arttıran nedenler olarak literatürde genel olarak iki faktörden bahsedilir.

1-İçsel faktörler: Önceki düşme hikayesi, kas güçsüzlüğü, görme bozukluğu, hastalıklar, ilerlemiş yaş (65 yaş üstü), ortostatik hipotansiyon, demans, kullanılan ilaçlar, mevcut hastalıklar (osteoporoz, kardiyak aritmi vb) periferel nöropati, vestibüler bozukluk, cerrahi girişim.

2-Dışsal faktörler: Çevresel tehlikeler, ıslak kaygan zemin, dağınık oda, serbest bağ ve kablolar, arızalı ekipman, loş veya karanlık ortam, tabanı kayan, ayaktan çıkabilen emniyetsiz ayakkabı, takılma ve düşmeye yol açan engeller, yatakların yüksek pozisyonda tutulması. (Naharcı vd. 2009) (Berke D. 2010) (Demir vd.,2011)

Sağlık kurumlarında düşmelerde neden olan yönetsel ve diğer faktörler şunlardır;

- Hasta değerlendirme eksikleri veya yetersizliği
- İletişim hataları veya yetersizliği
- Fiziksel çevre güvenliğinin yetersizliği
- Protokollere ve güvenlik uygulamalarına uyulmaması

- Yetersiz personel oryantasyonu, rehberlik ve denetim, personel seviye veya beceri yetersizliği
- Liderlik yetersizliği

(jointcommission.org, 2015)

Yaş ilerledikçe düşmeye bağlı kazaların görülme oranları artmaktadır. Yaşlıların hastaneye yatmasıyla, kullanılan ilaçlar ve çevresel faktörlerle bu oranda artış görülmektedir. 65 yaş ve üzeri yaştaki kişilerde her yıl üçte bir oranında düşme gerçekleştiği belirtilmektedir (Sterling, O'Connor & Bonadies, 2001). Altmış beş ve üzeri yaştaki yaşlılardaki düşmelerin %70'i yaralanmaya neden olmaktadır. Yine bu yaşlarda görülen tüm kırıkların %90'ı düşme sonucu oluşmaktadır. (Broe vd., 2007; Fuller, 2000; Koyuncu vd., 2017)

65 yaş üzerinde görülen düşmelerin %10'unun sağlık kurumlarda olduğu bildirilmektedir. Bu yaş grubunda kronik hastalıklar nedeniyle sağlığı bozulmuş, düşme hikayesi olan, mental durumu değişmiş, mobilizasyonu azalmış, uygun olmayan ayakkabı veya terlik giyen, gereksiz kısıtlama uygulanmış, sık idrara çıkan veya diyare olan, duyuşsal defisiti veya görme problemi olan, diüretik, antihipertansif, antipsikotik veya hipnotik özellikli ilaç kullanan hastalar düşme riski yüksek hastalardır.(Karadakovan ve Yeşilbakan, 2005). (Alcan vd.,2010) Kliniklerdeki düşme oranları 1000 hastada dahiliye ve nöroloji servisleri için 6.12, cerrahi servislerinde 2.18, Ortopedi servislerinde 0.8 olarak belirtilmektedir.(Hitcho EB, 2004)

Dünya Sağlık Örgütü 2004 yılında yayınladığı raporda, 75 yaş üzeri yaşlılarda düşme oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Düşen yaşlıların %20-30'unda düşme sonucu oluşan yaralanmaların yaşlıların hareket kabiliyetini ve bağımsızlığını azalttığını, ayrıca erken ölüm riskini de artırdığını bildirmiştir (Todd & Skelton, 2004).

Hastanede bulunmak genç hastalarda da düşme riski oluşturmaktadır. Uzun bilinç ve oryantasyon kaybı, anestezi uygulanması sonrası, bazı ilaç ve tedaviler, fiziksel yetersizlikler, kas paralizisi, vertigo, ortostatik hipotansiyon, santral sinir sistemi lezyonları, demans, görmenin azalması düşme riskini arttırmaktadır. (Alcan vd.,2010)

Hastanelerde düşmelerin önlenmesi için önlem alınması gerekmektedir. Bu kapsamda dünya genelinde hastalar için çeşitli düşme risk ölçekleri oluşturulmuştur. Bu ölçekler ile düşme riskin yüksek veya düşük oluşuna göre sağlık kurumlarında bu hastalara verilecek düşme önleme programlarının etkin yönetimi hedeflenmektedir. Bu ölçeklere örnek olarak HFRM II (Hendrich Fall Risk Model II), STRATIFY (St Thomas's Risk Assessment Tool), FRAT (Fall Risk Assessment Tool), MFS (Morse Fall Scala) gösterilebilir. (Yılmaz Demir N. Vd. 2012)

Dünyada hasta düşme önleme uygulamaları kapsamında düşme riski yüksek hastaya özgü bakım uygulamaları yapılmaktadır. Düşmelere karşı oluşturulan multidisipliner ekipler ile hizmet verilmektedir. Düşmelerinin mali ve hukuki sonuçlarına karşı kurumlar bu konuda otomasyon ve teknoloji desteğinden yararlanmaktadır. Düşme riski yüksek hastada otomasyon sistemi üzerinden yazılı veya görsel uyarı oluşturularak sağlık çalışanlarında farkındalık yaratılmaktadır. Koruma kenarlarının açık kalması durumunda alarm veren hasta yataklarıyla hasta yatakları daha güvenli hale getirilmiştir. Düşme riski yüksek hastalarda hemşire çağrı sistemine hemşirenin hızlı tepki vermesinin sağlanması uygulamaları yapılmaktadır. (Alexander, vd. 1992), (Hill-Rom Services, 2006). (healthcarebusinesstech.com.)

Ülkemizde de bu amaçla sağlık bakanlığı tarafından Sağlık Hizmet Kalite Standartları ve Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ile kamu, özel ve üniversite hastanelerinde düşmelerin önlenmesi konusunda düzenleme yapılması istenmektedir. Düşme önleme için düşme riskinin belirlenmesi ve önlem alınması istenmektedir. Sağlık kurumları kullanacakları düşme riski ölçeğini kendileri belirleyebilmektedir. (kalite.saglik.gov.tr,2017) (resmigazete.gov.tr.,2009)

Sağlık bakanlığı tarafından ülkemize özgü olarak İtali Düşme Riski Ölçeği geliştirilmiş ve kullanımına başlanmıştır. Bu ölçeğe göre düşme riski olan hastalar için bakanlığa bağlı tüm hastanelerde yeşil yonca figürü hasta başına veya oda kapısına asılarak düşme riski olduğu konusunda farkındalık yaratılması istenmektedir. (kalite.saglik.gov.tr, 2017)

Kurumumuzda düşme riski değerlendirme ve önleme uygulamalarında Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Hizmet Kalite Standartlarının gerekliliklerine uygun olarak hareket edilmektedir. Düşme riski değerlendirme ölçeği olarak İtali Düşme Riski Ölçeği kullanılmaktadır. Hastaya kabulü sırasında hemşirelik tanınması sırasında bu ölçeğe göre düşme riski tanınması yapılarak düşme riski yüksek olan hastalarda hasta başına ve oda kapısına yonca figürü asılmaktadır. Düşme riski yüksek hastalara ve yakınlarına düşme önleme uygulamaları konusunda eğitimler yapılmaktadır. Düşme riski olan hastaların takip, tedavi, bakım, transfer uygulamalarında hemşireler, hekimler ve diğer hastane personeli tarafından düşme önleme uygulamalarına uygun olarak hareket edilmektedir. Düzenli olarak hastane genelinde düşme önleme uygulamaları konusunda oryantasyon eğitiminden başlanarak düşme önleme eğitimi yapılmaktadır. Kurum genelinde tesis kaynaklı düşmelerin önlenmesine yönelik kaygan zemin önlemleri, tutunma barları, işaretlemeler vs ile düşme önleme konusunda gerekliliklere uygun hareket edilmekte ve farkındalık yaratılmaya çalışılmaktadır.

Düşmelerin önlenmesi konusunda önemli olan bir diğer konu hasta ve ailesinin eğitimidir. Hasta ve ailesinin yatarak tedavi görecekları bölümün fiziki yapısı, kullanacakları donanım ve ekipmanlar, bölümün işleyişi, genel kural ve uygulamalar, dikkat edilecek riskli durumlara yönelik olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir. Kurumumuzda hemşire tarafından hastanın kabulünden sonraki ilk 2 saat içinde hasta ve ailesine hastaneye ve buldukları bölüme oryantasyonunun sağlanması amacıyla, standart eğitim formu ile belirlenmiş temel eğitim konularına uygun olarak eğitim yapılmakta hasta ve yakınından aldıkları eğitime yönelik onay imzası alınmaktadır.

Eğitim verilirken hasta bireyle iletişim kurma ve sürdürmedeki temel ilkeler göz önüne alınmaktadır. Hasta bireyin “duyu organlarında bir bozukluk veya hastalığın olup olmadığının belirlenmesi, hasta bireyin işittiğinden ve anladığından emin olunması, açık ve anlaşılır bir dil kullanılması, konuşmak ve dinlemek için en az 15 dakika ayrılması, hasta bireyin ailesinin iletişim sürecine dahil edilmesi” gibi. (Yıldırım vd., 2001)

Düşme riski olan hastada alınan tüm önlemlere rağmen düşme önlenemediğinde en önemli amaçlardan birisi düşmeye bağlı hastada travma yaralanmasının oluşmaması veya hastanın en az zararla durumu atlatmasıdır. Bu nedenle düşme riski yüksek hastalarda hemşireler travma yaralanma riskine karşı ba-

kim planı uygulanmalıdır. Travma riski “algısal veya fizyolojik bir bozukluk, tehlikelerin farkında olmama, ve/veya maturasyonel yaş (bebek-çocuk-yaşlı yetişkin) nedeni ile zarar görme riski bulunan bir bireydeki durumdur.” (Carpentino, 1999)

Kurumumuzda düşme riski yüksek hastalar için hastanın kabul tanılması sonrasında düşmeye bağlı travma yaralanma durumunun önlenmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması sırasında “Travma Yaralanma Riski” tanısı konularak standart hemşirelik bakım planı uygulanmaktadır. Bu bakım planında;

- Standart düşme önleme girişimleri uygulanır.
- Hasta yatakta olduğunda korkuluklar kaldırılır, yatak alçak pozisyonda tutulur.
- Gerekli eşyalar kolaylıkla ulaşılabilir yerlere koyulur.
- Hasta gereğinde yardım istemesi için teşvik edilir ve çağrı zilini kullanması sağlanır.
- Ortostatik hipotansiyonla ilgili baş dönmesini azaltmak için yavaş pozisyon değiştirmesi ve kalkmaması söylenir.
- Aktivite toleransı artırma girişimleri uygulanır.
- Hasta yakınlarına bilgi verilerek destekleri sağlanır.
- Transfer sırasında görevli personelin eğitilmiş olması sağlanır.
- Transfer sırasında gerekli güvenlik önlemleri alınır.

Hastanedeki düşmelerde sağlık çalışanlarının düşmeleri bildirmesi önemlidir. Kurumumuzda tüm düşmeler rapor edilmektedir. Kalite yönetim birimi ile hastane yönetiminin bildirimlere yaklaşımı, düşmelerin gerçek nedenlerinin belirlenmesi düşme önleme çalışmalarına katkı sağlayacaktır. Bildirim sonrasında çalışanların zarar görmemesi sağlanmalıdır. Kurumumuzda yapılan kök neden analizleri 360 derece olayı tüm açılardan değerlendirecek şekilde yapılandırılmıştır. Düşme riski değerlendirme, alınan önlemler, hasta ve yakınlarının, sağlık çalışanlarının ve diğer çalışanların düşme önleme konusundaki eğitimi, izlem ve bakıma yönelik süreç, yönetsel veya sistemsel eksiklikler,

ekipman ve donanım kaynaklı nedenler, dış etkenler değerlendirilmektedir. Analizlerin sonucu konusunda çalışanlar bilgilendirilmektedir. İyileştirme çalışmalarına çalışanların katılımının sağlanması çalışanlar arasında bildirim kültürüne de olumlu katkı sağlamaktadır. Yapılan bildirimler sonrasında iyileştirme faaliyetlerinin etkinliği değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerle ilgili en önemli gösterge düşme sayılarının azalmasıdır.

Çalışma hastanede düşme riski belirlenen ve önleme uygulamaları yapılan hastalarda önlemlere rağmen gerçekleşen düşmelerin nedenlerinin belirlenmesi, düşme önleme uygulamalarının etkinliğinin sağlanması için gerekenlerin tespiti ve bu alanda yapılacak diğer çalışmalara kaynak oluşturmak amacıyla planlandı.

YÖNTEM

Araştırma hastanede yatarak tedavi edilirken düşme gerçekleşen hastalarda yapılan düşme riski değerlendirmesi ve düşme önleme uygulamalarının etkinliğini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı. Çalışma kapsamında hastalara kabulde ve izlemde yapılan düşme riski değerlendirmesi, düşme önleme uygulamaları, hasta ve yakını eğitim etkinliği incelendi. Düşme sonrası yapılan takip ve tedavi uygulamaları, düşme kök nedenlerine göre yapılan düzeltici önleyici çalışmaların sonuçları değerlendirildi.

Araştırmanın evrenini Ocak 2015-Eylül 2017 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi görüp düşme gerçekleşen ve rapor edilmiş 36 erişkin hasta oluşturmaktadır. Raporlanan düşmelerde çocuk hasta olmamıştır.

Etik Konular: Çalışma öncesinde hastane yönetiminden onay alındı.

Çalışmada temel kavram ve tanımlar için öncelikle literatür taraması yapıldı. Veriler; 01.01.2015 - 31.09.2017 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalara hizmet veren tüm kliniklerden gelen 36 düşme bildirimine göre oluşturulan veri toplama formu ile toplandı. Formda "hastaların yaşı, cinsiyeti, yattığı servis, tanısı, düştüğü tarih ve saat, düşme sırasında refakatçi varlığı durumu, düşme öncesi düşme risk puanı, düşme önleme eğitimi, düşme sonrası radyolojik tetkik durumu, düşmeye bağlı yapılan ek tedavi ve bakımlar, düşme kök nedeni" gibi bilgiler yer

almaktadır. Formdaki bilgiler düşme sonrası doldurulan Beklenmedik Olay Bildirim Formu, düşme kök neden analizi, hastalara ait İtaki Düşme Risk Tanılama Formu ile hemşire tanılama ve bakım planlarından, hasta kayıtlarından yararlanılarak dolduruldu.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı, frekans ve yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma kullanıldı. Ortaya çıkan bulgular ve elde edilen sonuçlar mesleki bilgi, deneyim ve gözlemlere dayalı olarak değerlendirilip yorumlandı.

BULGULAR

Ocak 2015-Eylül 2017 tarihleri arasında yatarak tedavi görüp düşme riski kabulde veya izlemde İtaki ölçeğine göre 5 ve üzeri yüksek bulunmuş 7266 erişkin hastadan 36'sında düşme gerçekleşmiştir (%0,49).

Düşmelerin 9'u 2015 (%25) , 15'i 2016 (%42), 12'si 2017 (%33) yıllarında raporlanmıştır. Düşme gerçekleşen hastaların 20'si erkek (%56), 16'sı kadındır (%44). Hastaların yaş ortalaması 73'dür. Düşme gerçekleşen hastaların 29'unun (%81) yaşı 65 yaş ve üzeridir. (Tablo 1)

Hastaların 19'u (%53) yatıştan sonraki ilk 3 gün içinde düşmüştür. Düşme gelişen tüm hastalar, taburculuğu geciken %3'ü de dahil olmak üzere izlem ve tedavileri sonrasında taburcu edilmişlerdir.

Hastaların 25'i dahiliye servisinde (%69), 6'sı cerrahi servislerinde (%17), 5'i kardiyoloji servisinde (%14) yatarak düşmüştür. (Tablo 1)

Cerrahi servislerinde düşen hastalardan 2'si ortopedi, 1'i kalp damar cerrahisi, 1'i göz, 1'i genel cerrahi operasyonu sonrası takip edilirken, 1'i lumbalji tanısıyla takip edilirken düşmüştür. 6 hastadan 3'ü ekipman kaynaklı nedenlerden düşmüştür. (Tablo 1)

Kardiyoloji servisinde düşen 5 hastanın 3'ü refakat nezaretinde yalnızken ayağa kalkarak düşmüştür. Bu hastaların tanıları AF, kalp yetmezliği, solunum sıkıntısıdır.

Dahiliye servisinde palyatif tedavi hastaları da takip edilmektedir. Bu nedenle bu serviste düşen hastaların 11'i kanser tanısı nedeniyle destek tedavisi alır-

ken düşmüştür. Diğer düşen hastaların tanıları çeşitlilik göstermekte ve aynı tanıda olsalar bile ek başka tanıları olduğu için anlamlı eşleşme oluşmamaktadır. Bu tanılar genel olarak; genel durum bozukluğu, alzheimer, parkinson, cvo, diyabet, kronik böbrek yetersizliği, siroz, pnömoni, Gullian Barre Sendromu, bronşittir.

Düşme gerçekleşen hastaların 34'ünün (% 94) kabulde İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme riski yüksek (5 puan ve üzeri) bulunmuştur. Bu hastaların tümünde ilgili prosedürlere uygun olarak hemşire tarafından standart düşme önleme uygulamaları yapılmış, hasta ve ailesi bilgilendirilmiş, düşme önleme eğitimi verilmiş ve hasta başına veya odasının kapısına yeşil yonca asılmıştır.

2 hastanın (%6), kabulde İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme riski düşük (5 puan altı) bulunmuştur. Bu hastaların ikisi de 65 yaş üzeridir. Tanıları mide ülseri ve akut bronşittir. Bir hasta refakati nezaretinde diğeri refakatçisiz takip edilirken düşmüştür. Bu hastalarda düşme sonrası yapılan tekrar değerlendirmede düşme riski yüksek (5 puan ve üzeri) olmuştur.

33 hasta bireysel nedenlerden, (%91) 3 hasta ekipman kaynaklı (%9) nedenlerden düşmüştür. Hastaların 23'ü (%63) gece 24.00-08.00 saatleri arasında düşmüştür.

Düşme gerçekleşen hastaların 33'ü (%92) sürekli refakat veya bakıcı nezaretindeyken düşmüştür. Bu hastalardan 9'u refakatçi nezaretinde refakatçi kısa süre odada değilken veya uyurken rahatsız etmemek için uyandırmayıp yalnız olarak mobilize olduğu için (%25) düşmüştür. Sürekli refakati olmayan 3 hasta bilgilendirilme yapıldığı halde (%8) hemşire çağırılmadan mobilize olduğu sırada düşmüştür.

8 hasta (%22) yataktan kayarak düşmüştür. Bunların 4'ünde yatak korkulukları refakatçi tarafından indirildikten sonra kaldırılmamış, bir hastanın kısıtlama tespit bağları refakatçi tarafından çıkarılmıştır. Diğer 3 hasta yatak korkulukları kalkık olmasına rağmen düşmüştür.

11 hasta (%31) tuvalete giderken oda içinde, 15 hasta (%42) oda içindeki tuvalette, 1 hasta banyo yaparken (%3), 1 hasta koridorda (%3) düşmüştür.

Düşme sonucu 29 hastada (%80) herhangi bir travma/yaralanma olmamış, 5 hastada (%14) düşmeye bağlı müdahale gerektirmeyen hafif yaralanma, 2 hastada (%6) müdahale gerektiren yaralanma gelişmiştir.

Refakatçisi nezaretinde yalnız veya refakatçisiz mobilize olup düşen hastalardan 4'ünde (%33) yaralanma oluşmuştur. 3'ünde (%25) hafif yaralanma 1'inde (%8) burun kanaması nedeniyle müdahale gerektiren yaralanma oluşmuştur. Refakatçi eşliğinde düşen 23 hastanın 2'sinde (%9) yaralanma oluşmuştur. Bunlardan 1'i (%4) hafif yaralanma, diğeri ayak parmak fraktürü nedeniyle müdahale gerektiren yaralanmadır. (%4)

Tablo1: Genel Düşme Verileri

	Yıllar	Sayı	Yüzde
Yıllara göre düşme bildirim sayıları	2015	9	%25
	2016	15	%42
	2017	12	%33
Düşen Hastaların Cinsiyetleri	Erkek	20	%56
	Kadın	16	%44
Düşen Hastaların İtaki Ölçeğine Göre Kabuldeki Düşme Riski Durumu	Düşük	2	%6
	Yüksek	34	%94
Düşen Hastaların Yaşları	30-45	3	%9
	60-64	4	%11
	65-70	4	%11
	71-80	13	%36
	81-91	12	%33
Hastaların Düştikleri Servisler	Dahiliye	25	%69
	Cerrahi	6	%17
	Kardiyoloji	5	%14

Hastaların Düştikleri Saatler	08-16	5	%14
	16-24	8	%22
	24-08	23	%64
Düşen Hastaların Tanı ve Tedavileri	Kanser	11	%30
	Cerrahi	6	%17
	Medikal	19	%53
Düşen Hastaların Kabul Sonrası Düştikleri Günlere Göre Dağılımı	0-3 gün	19	%53
	4-8 gün	8	%22
	9-15 gün	7	%19
	15 ve üzeri	2	%6
Düşen Hastaların Düşme Sırasındaki Refakat Durumu	Refakatli	33	%92
	Refakatsiz	3	%8
	Refakatli Yalnız	9	%25
Düşen Hastaların ve Refakatçilerin Düşme Önleme Eğitimi Alma Durumu	Almış	36	%100
	Almamış	0	%0
Düşen Hastaların Düşme Nedenleri	Ekipman kaynaklı	3	%8
	Hasta ve yakını kaynaklı	33	%92
Düşme Öncesi Yapılan Güvenlik Uygulamaları	Standart düşme önlemleri	34	%94
	Bilgilendirme ve eğitim	2	%6

Hastaların 35'i odasında(%97) 1'i koridorda(%3) koltuk dayanaklarıyla yürürken düşmüştür. Hastaların 35'inin düşmeye bağlı izlem ve tedavisi süresi etkilenmemiş (%97), taburcu günü banyo yaparken düşen 1 hastanın

(post-op CABG 7. gün) düşme sonrasında izlem nedeniyle taburculuğu 1 gün gecikmiştir (%3).

Düşme sonrasında tüm hastalar uygun şekilde yataklarına transfer edilip hemşiresi tarafından vital bulguları kontrol edilmiş, hekimi bilgilendirilmiş, beklenmedik olay bildirim formunun düşmeye yönelik bölümü hemşire ve ilgili hekim tarafından doldurularak kalite yönetim birimine düşme bildirimini yapılmıştır.

Düşme sonrası yapılan vital bulgu kontrollerinde 2 hastada hipotansiyon (%6), 1 hastada (%3) hipertansiyon görülmüş, diğer hastaların (%92) vital bulguları normal bulunmuştur.

Düşen hastalarda hekim değerlendirmesinde fizik muayenede 29 hastada (%81) bir özellik görülmemesine rağmen 22'sine (%61) radyolojik tetkik yapılmıştır.

Düşen hastaların 8'sine (%22) radyolojik tetkik olarak etkilenen bölgeye yönelik grafi çekilmiş, 13 hastaya (%36) kafa travması olasılığı için Cranial BT, 1 hastaya (%3) pelvis BT çekilmiştir. Bunlardan sadece bir hastada (%5) ayak parmak fraktürü saptanmış, diğer tetkikler (%95) normal bulunmuştur. (Tablo 2)

Düşme sonrası 5 hastada (%14) fizik muayenede hafif yüzeysel sıyrık, cilt ablyasyonu, yüzeysel ödem, ekimoz veya hematoma tespit edilmiştir. Düşen hastalardan 1'inde burun kanaması oluşmuş, hekim tarafından kanamaya müdahale edilmiştir. 1 hastada ayak ağrısı için çekilen grafide ayak parmak fraktürü olduğu görülmüş, ortopedi konsültasyonu sonrasında önerilen tedavi uygulanmıştır. (Tablo 2)

Düşme gerçekleştiği sırada hemşirelerin takip ettikleri hasta oranları ortalama 18 hastaya 3 hemşire, 1 hemşire 6 hastadır. Düşme gerçekleştiği sırada hemşirelerin takip ettiği hasta ortalaması Dahiliye servisinde 1 hemşireye 6,5, kardiyoloji servisinde 1 hemşireye 6,25, cerrahi servislerinde 1 hemşireye 5,2 hastadır. (Tablo 2)

33 hastada (%92) düşme kök nedeni; 1. neden işleyiş kaynaklı; hasta ve ailesinin eğitiminin etkin olmaması alt nedenine bağlı düşme önlemeye yönelik prosedürün uygulanmaması, hasta ve yakınımın bakım ve tedavi yönergelerine uymaması bulunmuştur.

3 hastada (%8) düşme kök nedeni; 1. neden ekipman uygunsuzluğu, ekipmanın uygun olmaması veya arızalı olması bulunmuştur. Bunlar; duşta kullanılan plastik taburenin esnemesi, tuvalet tutunma barının yerinden çıkması, koltuk değneğinin kayması sonucu hastaların düşmeleridir.

Çalışmada düşme gerçekleşen tüm hasta ve yakınlarına kabulde hemşire tarafından standart düşme önleme eğitimi verildiği görülmüştür.

Düşme bildirimleri sonrasında yapılan kök neden analizi kapsamında incelenen eğitim kayıt formlarında tüm hastalara kabulde düşme riskine karşı standart önleme uygulamaları konusunda hemşire tarafından bilgilendirme yapıldığı ve uygun şekilde hasta veya yakınlarından eğitim kayıt formlarına eğitim onayı alındığı görülmüştür. (%100)

Düşme sırasında görevli hemşirelerin tamamı düşme riski değerlendirme ve önleme ile hasta ve ailesi eğitimi konusunda oryantasyon eğitiminde ve sonrasında hizmet içi eğitimleri sırasında eğitim almışlardır. Düşme gerçekleşen tüm servislerde her düşme sonrasında ilgili hemşirelere ve diğer servisteki hemşirelere düşme riski değerlendirme ile hasta ve ailesi eğitim etkinliği için eğitim tekrarı yapılmıştır.

Tablo 2. Düşme Sonrası Değerlendirme Verileri

		Sayı	Yüzde
Düşme Sonrası Hastalarda Yaralanma Durumu	Yaralanma yok	29	%80
	Hafif sıyrık, ekimoz,	5	%14
	Müdahale gerektiren	2	%6
Düşme Sonrası Yapılan Radyolojik Tetkikler	Cranial Bt	13	%36
	Pelvis Bt	1	%6
	Grafi	8	%22
Düşme Sonrası Yapılan Radyolojik Tetkiklerin Sonuçları	Normal	21	%95
	Ayak Parmak Fraktürü	1	%5
Düşme Sonrası Kan Basıncı Değerleri	Normal	33	%92
	Hipotansiyon	2	%6
	Hipertansiyon	1	%3

Düşme Sonrası Taburculuk	Etkilenme yok	35	%97
	1 gün gecikme	1	%3
Hastaların Düşme Şekilleri			
Hastaların Düşme Şekilleri	Yataktan kayarak	8	%22
	Oda içinde yürürken	11	%30
	Oda içinde tuvalette	15	%42
	Oda içinde banyoda	1	%3
	Koridorda yürürken	1	%3
Düşme Sonrası Ek Tetkik, Tedavi veya Girişim			
Düşme Sonrası Ek Tetkik, Tedavi veya Girişim	Ek tetkik	22	%61
	Ek girişim	2	%6
	Ek tedavi	2	%6
Düşme Sırasında 1 Hemşirenin Takip Ettiği Hasta Sayısı			
Düşme Sırasında 1 Hemşirenin Takip Ettiği Hasta Sayısı	Dahiliye Servisi	6,5 hasta	
	Cerrahi Servisi	5,2 hasta	
	Kardiyoloji Servisi	6,2 hasta	
	Genel Ortalama	6 hasta	

Düşme bildirimleri sonrasında 3 ekipman uygunsuzluğu bildirimden hemen sonra yönetimin onayıyla giderilmiştir. Banyo sırasında kullanılan plastik tabure yerine düşme riski yaratmayacak sandalye, kayan koltuk değneğine alternatif olarak tekerlekli yürüteç temin edilmiş kullanımına başlanmıştır. Banyolardaki tüm hasta tutunma barları kontrol edilmiş, yerinden çıkmayacak şekilde sabitlenmesi sağlanmıştır.

2015 yılında yapılan düşme bildirimleri sonrasında yapılan kök neden analizlerinde hemşirelerin ilk değerlendirme sonrasında düşme riski tekrar değerlendirmelerinde kayıt eksiklikleri tespit edilmiştir. Ve hemşirenin her değerlendirmede yeni bir form doldurması iş yükünü attırdığı için kayıt konusunda daha uygun bir form oluşturulması iyileştirme olarak planlanmış, İtali Düşme Riski Ölçeği formu revize edilmiş, günde 2 kez düşme riski değerlendirmeye uygun olacak şekilde haftalık olarak düzenlenmiş, alt kısmına hemşirelerin her şifftte kontrol etmesi ve uygulaması gerekenler eklenmiş, tüm hemşirelere form ve kullanımı konusunda eğitim verilmiştir. Form revizyonu sonrasında alanlarda yapılan kontrollerde 2016 ve 2017 yıllarında değerlendirme ve kayıt eksikliği görülmemiştir.

2015 yılında yapılan düşme bildirimleri sonrasında yapılan kontrollerde düşme riskine karşı yapılan hemşirelik bakım planlama ve uygulamalarında izleme yönelik hemşirelerin iş yüküne bağlı kayıt eksiklikleri görülmüş, ilgili hemşirelere konuyla ilgili yerinde eğitim yapılmıştır. Düşmeye yönelik hemşirelerin yaptıkları bakım planları standardize edilmiş, travma yaralanma riskine karşı yapılması gereken hemşirelik bakımları eklenerek hemşirelerin kolay takip ve kaydına olanak sağlayacak şekilde haftalık olarak düzenlenmiştir. Form revizyonu sonrasında alanlarda yapılan kontrollerde 2016 ve 2017 yıllarında düşme ve travma yaralanma riskine yönelik hemşirelik bakımı planlama ve uygulamalarında kayıt eksikliği görülmemiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda 2015-2017 yılları arasında yatarak tedavi görüp düşme riski kabulde ve izlemde İtaki ölçeğine göre 5 ve üzeri yüksek bulunmuş 7266 erişkin hasta takip edilmiştir. Bu hastalardan 36'sında (%0,49) düşme gerçekleşmiştir. Düşme riski yüksek olan tüm hastalarda standart düşme riski önlemleri uygulanmış, uygun olan hastalarda refakat desteği sağlanmış, hasta ve ailesi düşme konusunda bilgilendirilmiştir. Diğer düşme riski yüksek hastalarda düşme gerçekleşmemiştir. Düşme riskinin doğru değerlendirilmesi önleme yönelik yapılacak müdahaleleri belirlemek için önemlidir. (Oliver D. vd.,2004),

Düşme gerçekleşen hastaların düşme öncesi İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre %94'ünün düşme açısından yüksek risk grubunda olduğu saptanmıştır. Bu hastaların 29'unun (%81) yaşı 65 yaş ve üzeridir. Düşme gerçekleşen fakat kabulde düşme riski düşük riskli bulunan 2 hastanın da yaşının 65 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. İtaki Düşme Riski Ölçeğinde 65 yaş ve üzeri risk olarak değerlendirilmektedir. Ekipman kaynaklı düşme gerçekleşen 3 hastanında yaşı 65 yaş altındadır (yaş ortalamaları 52) Benzer çalışmalarda yaşlılık ve yaşın ilerlemesi oluşan fiziksel yetersizliğin düşme riskini arttırdığı belirtilmektedir. Yaptığımız çalışma ile bu çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir. (Savcı, 2009) (Tanıl vd, 2014) (Naharcı ve Doruk, 2009)

Araştırmamızda düşmelerin %56 oranında erkek hastalarda olduğu görülmüştür. Literatürde cinsiyet farklılığının düşmeye etkisi konusunda

farklı görüşler bulunmaktadır. Kadın cinsiyette düşme riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi erkek cinsiyette düşme riskinin fazla olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. (Karataş ve Maral, 20012) (Tanıl vd, 2014) Bu çalışmada düşmelerin kadınlara oranla %12 erkek hastalarda daha fazla olduğu görülmüştür. Gerçekleşen düşmelere yönelik yaptığımız bu çalışmada Türk ata erkil toplum yapısına bağlı olarak erkek hastaların genellikle düşme önleme konusunda kadınlara oranla işbirliği konusunda daha uyumsuz davranmaları, refakatçilerinden veya sağlık çalışanlarından yardım almak istememelerinin sonuca etkisinin olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda düşen hastaların yattıkları servisler değerlendirildiğinde en çok düşmenin dahiliye servisinde (%69) olduğu görülmektedir. Hastaların %17'si cerrahi servisinde, %11'i ise kardiyoloji servisinde düşmüştür. Yapılan bir çalışmada düşme oranları dahiliye servisinde 1000 hastada 6, nöroloji servisinde 1000 hastada 6, cerrahi servisinde 1000 hastada 2, ortopedi servisinde 1000 hastada 0.8 olarak bulunmuştur. (Hitcho EB, 2004) Hasta düşmelerine yönelik yapılan çalışmalarda en çok düşme yaşanan klinikler olarak dahiliye, cerrahi servisleri belirtilmektedir. Yaptığımız çalışma ile bu çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir. (Berke ve Eti Aslan,2010) (Tanıl vd, 2014) (Bozdemir vd,2016)

Çalışmamızda, düşme gerçekleşen hastaların %53'ünün medikal, %30'unun kanser tedavisi alan hastalar olduğu (toplam%83) görüldü. Hastanede yatarak medikal tedavi ve kanser tedavisi gören hastaların, sağlık durumları nedeniyle hareketlerinin kısıtlanması, oturma, yürüme gibi günlük yaşam aktivitelerindeki becerilerinin azalması, bunlarla birlikte özellikle narkotik analjezik, sedatif, antidepresan, antidiabetik, antihipertansif, diüretik gibi düşme riskini artıran ilaçların kullanımının düşme riskini arttırdığı bilinmektedir. Bu sonuçlar benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. (Bozdemir vd,2016) (Tanıl vd, 2014)

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda %92 oranında düşme riski yüksek hastalarda hastaların ve yakınlarının önleme uygulamalarına uygun hareket etmemesi sonucu düşmelerin gerçekleştiği görülmüştür. Hasta ve ailesi eğitimi etkin

olamamaktadır. Bu durumun alt nedenlerinden biri eğitim verilmiş hasta yakınının değişmesi nedeniyle her yeni gelen hasta yakınına verilen tüm eğitimlerin tekrar yapılamamasıdır. Hasta eğitim kayıtları oluşturulduktan sonra refakatçi değişimlerinde sağlık bakım ekibinin verilen tüm eğitimleri tekrarlamasının hasta yanında sürekli kalan sabit bir refakatçi olamaması, hasta yakınlarının sürekli değişmesi, bu değişikliklerden takip eden sağlık bakım ekibinin haberdar edilmemesi gibi nedenlerle güç olduğu görülmüştür. Bu nedenle düşme önleme konusunda çok önemli olan hasta ve ailesi işbirliği yetersiz kalmaktadır.

Diğer alt nedenlerden birisi hasta ve ailesinin eğitim ve bilgilendirmelere uygun hareket etmemesidir. Buna örnek olarak yataktan kayarak düşme gerçekleşen hastalardan birisinin hasta yakını bilgilendirildiği halde kısıtlama bağlarının hasta yakını tarafından çıkarılması sonucu düşmesi gösterilebilir. Bu gibi durumlarda hasta yakını düşmeyi engellemek yerine düşmeye yol açan unsur olmaktadır.

Hasta güvenliği ve düşme önleme konularında hasta ve hasta yakını eğitimlerinin etkinliğinin sağlanması için sağlık kurumlarında verilen refakatçi eğitimlerinin kişilerin değişmesi durumunda tekrarlanması gerekmektedir. Eğitim tekrarları için yazılı doküman oluşturulması, broşür, bilgilendirme formu gibi görsel eğitim metaryallerinin kullanılması önerilmektedir.

Hasta ve yakınlarının, sağlık çalışanlarının ve sağlık kurumlarının düşme önleme uygulamalarına etkin katılımı sağlanmalıdır. Düşme sonucu hastanın zarar görmesi durumunda yapılan ek radyoloji ve tedavi uygulamaları sağlık sistemine mali yük getirmektedir. Düşmelerin önlenmesi uygulamalarında sağlık kurumlarının, hasta ve yakınlarının gereklilikleri yerine getirmesi, düşme önleme uygulamalarına etkin uyması amacıyla her iki taraf için zorlayıcı yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Düşmelerin önlenmesi için hastanın özelliklerine uygun hastaya özgü bireysel düşme önleme uygulamaları yapılmalıdır. Her hastanın düşme riskine göre uygulamaları standart olduğunda bazı hastaların bu uygulamalara ek önlemlere ihtiyacı olduğu görülmüştür. Bu hastalarda multidisipliner ekipler tarafından hastaya özgü düşme önleme müdahalelerinin planlanıp uygulanması önerilmektedir.

Düşme gerçekleşen hastaların 34'ünün (% 94) kabulde İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme riski yüksek (5 puan ve üzeri) bulunmuştur. Düşme riski değerlendirmede tekrar değerlendirme kriterlerine uygun hareket edilmesi durumunda kullanılan İtaki ölçeğinin düşme riski değerlendirmede etkin olduğu düşünülmektedir. Kullanılan basit ve anlaşılır yeşil yonca simgesi herkesin anlayabileceği dikkatini düşme riskine çeken bir uygulamadır. Düşme riski yüksek olup düşmeyen 7230 hastada etkili olmuştur.

Dahiliye servisinde takip edilen palyatif destek hastalarında düşme gerçekleştiği görülmüştür. Farklı tanılarda hastaların yattığı, bakım desteğine ihtiyacı olan fakat refakatçisi olmayan hastaların yattığı, karma ve iş yoğunluğu fazla olan servislerde düşme riski yüksek hastaların takibi ve bakımı, düşme riskinin yönetimi sağlık çalışanları için daha zor olmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım merkezlerinin artırılarak bu tür hastaların bu servislerde takibi veya bu hastalara ilgili servislerde takipleri süresince yardımcı sağlık personeli desteğinin sağlanması önerilmektedir.

Hasta düşmelerinin önlenmesi için teknolojik gelişmelerden yararlanılmalıdır. Kurumların sağlayabilecekleri finansal kaynaklara bağlı olarak bu kapsamda kameralı uzaktan izlenebilir odalar, oda hareket sensörleri, gelişmiş 2-4 tekerlekli hasta nakil araçları, tek kişi ile yataktan koltuğa transfer yapılabilen transfer destek sistemleri gibi sistemlerin kullanılması önerilmektedir.

Türkiye şartlarında hasta yakını ve refakat desteği, bakım süreçlerindeki sağlık personelinin sayısı olarak yetersizliği nedeniyle, bu yetersizlikler uygun şekilde giderilene kadar gerekli görünmektedir. Bu nedenle hastaya refakat eden kişilerin bakım uygulamalarına yönelik bilgilendirme ve eğitimlerinin etkinliğinin sağlanması hasta güvenliğinin sağlanması açısından da önem arz etmektedir. Hasta ve hasta yakını eğitimlerinin etkinliğinin sağlanması için hastanede veya evde bakımı sırasında hastaya destek olacak kişilere, belli merkezler tarafından yönetilen, eğitimci olarak daha profesyonel kişiler tarafından verilen, kapsamı ve eğitim süresi içerik olarak uygun şekilde düzenlenmiş, “hasta refakatçisi eğitimi” gibi uygulamaların gerekliliğini düşündürmektedir.

Düşme gerçekleşen hastaların (%81)'i 65 yaş üzeridir. Düşme riski düşük değerlendirilen 2 hasta kabuldeki tanı ve tedavileri gereği düşük riskli olmasına rağmen ikisi de 65 yaş üzeridir. 65 yaş üzeri tüm hastalara düşme

riski düşük olsa da hastanelerdeki izlemleri sırasında standart düşme önleme uygulamaları yapılması önerilmektedir. 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalara kabulünden itibaren sağlık ekibi tarafından hastaya özgü düşme önleme bakımı ihtiyacının belirlenerek standart düşme önleme uygulamaları dışında ek alınması gereken önlemlerin belirlenip uygulanması önerilmektedir.

Düşmeler gece 24-08 arasında daha sıklıkla görülmektedir. Hastaların %63'ü gece 24-08 saatleri arasında düşmüştür. Bunun başlıca nedeni refakatçilerin uyuyor olması ve hastaların refakatçisini uyandırmadan yalnız olarak hemşire çağırılmadan tuvalete kalkmasıdır. Hemşireler sayı olarak yeterli olsalar bile hastaların yardım istemeden yalnız ayağa kalkması sonucunda düşme önlenmemektedir. Bu tür riskli hastalar için özellikle geceleri hastaların odalarının hemşire tarafından izlenebilir olması, kamera ile izlenebilen, yatak alarm sistemlerinin kullanıldığı özellikli servisler oluşturulması önerilmektedir.

Çalışmada düşme sırasında hastalara bakım veren hemşire sayılarının yeterliliği değerlendirmesinde hemşirelerin iş yükü ve düşme sırasında takip edilen diğer hastaların bağımlılık düzeyine yönelik elde veri olmadığından sağlıklı bir değerlendirme yapılamamıştır. Yapılan literatür taramasında da Türkiye için yapılmış ideal hasta hemşire oranı değerlendirmesine yönelik yeterli çalışma örneğine ulaşılamamıştır. Türkiye şartlarına uygun olarak ideal hemşire hasta oranı konusunda kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Eğitim ve araştırma hastanelerindeki öğrenci ve stajyer hemşirelere düşme riski ve hasta ve ailesi eğitimi konularında mezuniyet öncesi uygulamaları sırasında sinin düşme önleme konusundaki hemşire eğitim etkinliğine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Savcı, C., Kaya, H., Acaroğlu ve Diğerleri. (2009). Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde “Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi.” Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, ss: 19-25. Erişim adresi:<http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi3/cilt2sayi3/19-25.pdf>, Erişim tarihi:01.11.2017.
- Alcan, Z., Aksoy, A., Civil, B., Eren, T., Devrim, E, R., Özbucak, C, S., Doğan, T., Çakar, V. (2011). Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri, Nobel Yayınevi, İstanbul, s:215.

- Alexander, B.H., Rivara, F.P., & Wolf, M.E. (1992). “The cost and frequency of hospitalization for related-injuries in older adults. *Am J Public Health*”, 82(7),1020-3. [PubMed] [Google Scholar],Erişim adresi: <https://www.hill-rom.com/usa/Products/Browse-by-Need/Fall-Prevention>, Erişim tarihi: 07.09.2018.
- Bates, D., W., Pruess, K., Souney, P., Platt, R. (1995). “Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization”.. *Am J Med*, 99 : 137–43. [PubMed] [Google Scholar]
- Berke, D., Eti Aslan, F., (2010). “Cerahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4):72-77.
- Bozdemir, H., Küçükberber, N., Özmen, S. (2016). “Koçeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Hastalarda Düşme Sonuçlarının Değerlendirilmesi” *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, ss:6-16.
- Broe, K.E., Chen, T.C., Weinberg, J., Bischoff-Ferrari, H.A., Holick, M.F.,Kiel, D.P. (2007). “A higher dose of vitamin d reduced the risk of falls in nursing home residents: a randomized, multiple-dose study”.*Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2):234-239.
- Carpenito, L, J.,(1999). (Erdemir, F., Çev.). *Hemşirelik Tanıları El kitabı*, Nobel Yayınevi, İstanbul, ss:331-335.
- Demir, M., Güler, H., Öztürk, A., Kapan, S. H., Tarhan, D., Süzük, S., Tuygar, G., Tekin, K., Mercan, F., Ertong, G., Gökmen, Kavak, D., Turasan, B., Akın, M., Saluvan, M.,Tekin, S., Kesen,,E., Önder,Ö., (2011). *Hks Okulu Ders Notları*, Pozitif Matbaaa, Ankara, ss:49-51.
- Düşme Risk Ölçeği, Erişim Adresi: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,13486/itaki-dusme-riski-olcegi.html>, Erişim Tarihi:01.11.2017.
- Fracica, P.,J., Wilson, S., Chelluri, L.,P. (2010). Patient safety. In: Varkey P, editor. “Medical quality management theory and practice. London: Jones and Bartlett Publishers”; pp. 43-73.
- Fuller, G.F. (2000). “Falls in the elderly”. *American Family Physician*,1(7):2159-2174.
- Hitcho, E., B, et al. (2004). *Journal of general Internal medicine*, 19(7):9-732.
- Karadakovan, A., Yeşilbakan, Ö.,U. (2005). “Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri.” *Türk Geriatri Dergisi*, 8: 72-77.
- Karataş, K.G., Maral, I. (2001). “Ankara Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme İçin Risk Faktörleri”.*Türk Geriatri*

Dergisi, ss:152- 158. Erişim adresi:http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_75.pdf, erişim tarihi: 01.11.2017.

- Koyuncu, G., Tuna, F., Yavuz, S., Kabayel, D. D., Koyuncu, M., Özdemir, H., & Süt, N. (2017). “Kırıktan önceki son durak: Yaşlıda düşme ve denge kaybının değerlendirilmesi.” Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 63(1).
- Naharcı, M,N., ve Doruk, H. (2009). Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(5): 437-444., Erişim Adresi: https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/khb_008_05-437.pdf , Erişim Tarihi:01.11.2017.
- Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. “Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review Age and Ageing” 2004; 33: 122–130 [PubMed] [Google Scholar], Erişim adresi:<http://www.healthcarebusinessstech.com/>
- Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ(2009, 29 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 27214). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>.
- Taml, V., Çetinkaya, Y., Sayer, V., Avşar, D., İskit, Y., (2014). “Düşme Riskinin Değerlendirilmesi”. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, ss:21-26. Erişim adresi: <https://www.ejmanager.com/fulltextpdf.php?mno=197652>, erişim tarihi: 01.11.2017.
- The Joint Commission. Sentinel Event Alert. (2015). A complimentary publication of The Joint Commission, Erişim adresi: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_55.pdf , erişim tarihi: 01.11.2017.
- Todd, C., Skelton, D. (2004). “What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report;” Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>, Erişim tarihi: 5 April 2004.
- Yıldırım, T., Sayık, F.,Kutlu, L., Aygü, P.,- Yeşiltepe, G., User, R., Koşar, N.(2001). Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı, İ.Ü. Basımevi İstanbul, s:416.
- Yılmaz, D., N., İntepeler, Ş., S. (2012). “Morse Düşme Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması ve Duyarlılık-Seçicilik Düzeyinin Belirlenmesi” Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28 (1) :57-71.

YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ulusal hakemli bir dergi olup, altı ayda bir yayımlanmaktadır.
2. Derginin yayın dili Türkçedir. Yabancı dillerdeki çalışmaların yayımlanması, Yayın Kurulu'nun kararına bağlıdır. Yayımlanan makalelerin fikri ve ilmi, çevirilerin ise hukuki sorumluluğu yazarlarına / çevirmenlerine aittir.
3. Dergimiz sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri değerlendirmesi, sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmeti uygulamalarında kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık sosyolojisi ve sağlıkla ilgili olmak üzere sosyal bilimlerin kapsamına giren konuları içeren makalelerin yayımlanmasına açıktır.
4. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Bu yayın ilkelerine ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
5. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. Hakemlere yazar adı gönderilmez ve hakemlerin isimleri gizli tutulur. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayıma kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
6. Gelen raporlar saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlar (a) geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazı (lar)ın değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştirisi, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler. Olumlu bulunduğu halde yazı çokluğu nedeniyle 1 yıl stokta bekleyen yazılar, güncelliği yitirmeleri nedeniyle olumsuz sayılırlar.
7. Gönderilecek çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Değerlendirmeler sonucu yazının yayına kabul edilmesi halinde, tüm yayın hakları Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne geçer. Gönderilen yazılar yayımlansın - yayımlanmasın hiçbir nedenle geri verilmez. Yayımlanmayacak yazılar, sahibine iade edilir.
8. Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar <http://dergipark.gov.tr/> adresinde yer alan "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ne online olarak gönderilmelidir.
9. Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.
10. Dergiye gönderilen makaleler için telif ücreti ödenmez.

YAZIM KURALLARI

1. Yazılar, açık ve anlaşılır bir dil ile yazılacak, yabancı terimler yerine yerleşmiş Türkçe karşılıklar kullanılacak, anlatımda kişileştirilmiş ifadelerden kaçınılacak, bilimsel, akademik makale kriterlerine uyulacaktır. (Anı, şiir vb. tarzda yazılar olmayacaktır.)

2. Yazılar Microsoft Word versiyonunda hazırlanmalı, font büyüklüğü 12 punto, Times New Roman olmalıdır.

a) Başlık: 12 punto ve bold

b) Yazar Adları: 10 punto ve bold

c) Özet: 10 punto

d) Üst Boşluk: 3,5 cm

e) Sol Boşluk: 3 cm

f) Sağ Boşluk: 2,5 cm

g) Alt Boşluk: 2,5 cm

Sayfa kenar boşlukları en az 2 cm olmalıdır.

Dergide yayınlanacak makalelerde APA Stili aranacak olup (ayrıntılı bilgi için; <http://www.apastyle.org>) şekil şartlarını taşımayan yazılar hakemlere gönderilmeden iade edilir. Yazılar A4 formatında 30 sayfayı aşmamalıdır.

Apa Stili:

Kitaplar:

Yazar, A. A. (1994). Çalışmanın adı. Yer: Yayımcı.

Sürelî Yayınlar:

Yazar, A. A., Yazar, B. B., & Yazar, C. C. (1994). Makalenin adı. Sürelî Yayın adı, xx, xxx-xxx.

Online Doküman:

Yazar, A. A. (2000). Çalışmanın başlığı. internet adresinden xx, xx, xxxx tarihinde edinilmiştir.

3. Yazının ilk sayfasında yazının başlığı, yazarların adları ve kurumları, özet ve anahtar kelimeler (en az 3, en çok 7) bulunmalıdır. Yazı başlığı 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa ve öz olmalıdır. Yazı başlığı, özet ve anahtar kelimeler, hem Türkçe hem de İngilizce olarak verilmelidir. İletişimin sağlanacağı adres dipnot ile belirtilmelidir. İlk sayfada ayrıca varsa, dipnot olarak çalışmayı destekleyen kuruluşlar, vb. de belirtilmelidir.

4. Özet, derleme ve araştırma makaleleri için 250; teknik notlar için 200 ve editöre mektup için 100 kelimeyi aşmamalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar, vb. yer almamalıdır.
5. Yazı "giriş" bölümüyle ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle ("GİRİŞ" şeklinde) yazılmalıdır. Tüm başlıklar bold olmalıdır. Başlıklarda üstten bir satır boş bırakılmalıdır. Gerekli durumlarda bölümler alt bölümlere ayrılabilir. Son bölüm, Sonuç (lar)/Tartışma bölümü olmalı ve bu bölümü takiben Kaynakça ile varsa Teşekkür ve Ekler yer almalıdır.
6. Kısaltmalar ilgili bilim alanında olmalı ve metin içinde ilk geçtiği yerde tanımlanmalıdır. Gerekli durumlarda kısaltmalar "giriş" bölümünde veya bu bölümü izleyen ayrı bir bölüm içinde verilebilir.
7. Tüm çizimler, haritalar, grafikler, fotoğraflar, vb. şekil olarak değerlendirilmelidir. Şekiller, ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Bunlara metin içinde "Şekil 1. " şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir şekil için uygun bir başlık kullanılmalı ve başlık şeklin üst/altına numarasıyla birlikte yazılmalıdır.
8. Tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Tablolara metin içinde numaralarıyla "Tablo 1." şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir tablo için uygun bir başlık kullanılmalı ve bu başlık tablonun üzerine numarasıyla birlikte yazılmalıdır. Tablo, resim, grafik ve şekillerin yazım şartları dergi içeriğindeki gibi başlık, kaynakça ve özellikle tablo içeriği 9 punto olmalıdır.
9. Metin içindeki göndermeler (dipnot), ad ve tarih yöntemiyle verilmelidir.
10. Kaynakça ve notlar/açıklamaların yazımında bilimsel makale yazım kuralları esas alınmalıdır.
11. Makaleler spkdergisi@saglik.gov.tr adresine elektronik ortamda gönderilmelidir. E-posta ekinde yazarların özgeçmişleri ve detaylı iletişim bilgilerini içeren sunum yazısı ile birlikte gönderilmelidir.

İLETİŞİM

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Kalite Eğitimleri Birimi

Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Kat:6 Sağlık Bakanlığı Binası Çankaya/ANKARA

Tel: (0312) 458 50 02

E-posta: spkdergisi@saglik.gov.tr