

# Pediyatrik Yanık Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Vizitleri Sırasında Çocuk Cerrahisi Asistanlarının Vizit Yönetim Becerileri

## Ward Round Management Skills of Pediatric Surgery Residents During Pediatric Burn Intensive Care Unit Rounds

Nazmiye ÇELİK\* (ORCID: 0000-0002-0586-994X)

Sevgi TURAN\*\* (ORCID: 0000-0001-9287-0641)

\*Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE

\*\*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, TÜRKİYE

Sorumlu Yazar: Nazmiye ÇELİK, E-Posta: nazmiyecelik6@gmail.com

### Özet

**Amaç:** Klinik vizitler, hastane ortamında bütün sağlık profesyonellerinin günlük gerçekleştirmesi beklenen merkezi bir faaliyettir. Bu çalışmada, Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi klinik vizitleri sırasında çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### Anahtar sözcükler:

Klinik Vizit, Klinik Vizit Becerileri, Teknik Olmayan Beceriler, Çocuk Yanık

#### Keywords:

Ward Round, Ward Round Skills, Non-Technical Skills, Pediatric Burn

Gönderilme Tarihi

Submitted: 13.07.2021

Kabul Tarihi

Accepted: 22.10.2021

**Yöntem:** Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışmada gözlem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, araştırmanın yürütüldüğü merkezin çocuk cerrahisi bölümünde görev yapan 8 çocuk cerrahisi asistanı oluşturmuştur. Araştırmaya katılan her çocuk cerrahisi asistanı için iki yatak başı klinik gözlemi yapılmıştır. Çocuk cerrahisi asistanlarının vizit yönetim becerilerini değerlendirmek için 43 klinik vizitte, 114 yatak başı hasta vizitine ilişkin gözlem yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Her iki gözlemde asistanların teknik olmayan vizit yönetim becerileri ortalamaları teknik vizit becerileri ortalamalarından düşük olduğu tespit edilmiştir. Birinci gözlem sonunda asistanların doktor ve çocuk cerrahisi deneyim sürelerine göre fark olmamakla birlikte ikinci gözlem sonucunda asistanların teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin puan ortalamasında fark ( $p=0,044$ ) görülmüştür.

**Sonuç:** Çocuk cerrahisi asistanlarının teknik vizit yönetim becerilerinin teknik olmayan vizit yönetim becerilerinden yüksek olduğunu görülmüştür. İkinci gözlem sonuçlarına göre çocuk cerrahisi asistanların deneyim ve düzeylerine göre teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur.

### Abstract

**Aim:** Ward rounds are a central activity that all healthcare professionals are expected to perform daily in the hospital. In this study, it was aimed to evaluate the ward round management skills of pediatric surgery residents during their Pediatric Burn Intensive Care Unit ward rounds.

Künye: Çelik N, Turan S. Pediyatrik Yanık Yoğun Bakım Klinik Vizitleri Sırasında Çocuk Cerrahisi Asistanlarının Vizit Yönetim Becerileri. Tıp Eğitimi Dnyası. 2022;21(63):54-68

**Methods:** In this cross-sectional study, the observation method was used. The study group of the research consisted of 8 pediatric surgery residents working in the pediatric surgery department of the center where the research was conducted. Two bedside clinical observations were made for each pediatric surgery resident participating in the study. In order to assess the ward round management skills of pediatric surgery residents, observations of 114 bedside patient rounds were made in 43 rounds. Number, percentage, mean and Mann Whitney U test were used to evaluate the data.

**Results:** In both observations, it was determined that the averages of non-technical ward round management skills of the residents were lower than the averages of technical ward round skills. At the end of the first observation, there was no difference in terms of the experience period of the physicians and pediatric surgeons of the residents, but at the end of the second observation, there was a difference ( $p=0.044$ ) in the mean score of the non-technical ward round management skills of the residents.

**Conclusions:** It was observed that the technical ward round management skills of pediatric surgery residents were higher than the non-technical ward round management skills. According to the results of the second observation, non-technical ward round management skills were found to differ according to the experience and level of pediatric surgery residents.

## GİRİŞ

Klinik vizitler mezun olduktan sonra her doktorun gerçekleştirmesi beklenen çok faktörlü ve karmaşık önemli bir görevdir (1,2). Temel amacı yatan hastanın klinik durumunu değerlendirmek ve daha ileri yönetimi planlamak olan bu süreçte klinisyenlerin hasta değerlendirmesi ve yönetimi gibi tıbbi uzmanlığın yanı sıra iletişim, ekip çalışması, gibi karmaşık profesyonel üst düzey beceri ve yetkinlikleri gerektirmektedir (3,4,5,6,7). Klinik vizitlerde kalite, hasta deneyimi ve hasta güvenliğine öncelik verilmesi, eksiklikleri ve hataları tanımlamak için insan faktörü göz önüne alınarak sistematik yaklaşım kullanılması önemlidir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin etkili bir vizit süreci gerçekleştirmesinde teknik ve teknik olmayan becerileri ve vizit yönetim becerilerinde ciddi eksikler olduğu görülmektedir (1,7,8,9).

Klinik vizitler hasta tedavi/bakım sürecini en iyi şekilde yönlendirmek, kalite ve güvenliği sağlanmasında klinik uygulamaların merkezinde yer almaktadır (7,10). Yapılandırılmış bir çerçevede gerçekleşen klinik vizitler uygun bakım standartlarının oluşturulmasına fırsat sağlar (6,11,12). Royal College of Physicians and Royal College of Nursing raporu (13), karmaşık klinik ortamlar olduğunu uygulamadaki farklılıkları ve

eksikleri ortadan kaldırmak için sürecin doğrulanmış kontrol listeleri aracılığıyla değerlendirilmesini önermektedir. Bu doğrultuda pediatri (14), dahiliye (15,16), cerrahi (4,12,117), kritik bakım (18) alanlarında klinik vizit kontrol listelerinin geliştirildiği ve sürecin değerlendirildiği görülmektedir. Bunun yanı sıra vizit sürecinde teknik olmayan becerilerin geliştirilmesi (17,18,20), katılımcıların etkileşimlerini analiz etme (21) ve klinik vizit sürecinde öğretimi iyileştirmeye (22,23) yönelik çalışmalara odaklandığı görülmektedir.

Karmaşık bir yapıya sahip olan klinik vizitlerde kişilerin teknik ve teknik olmayan becerilerinin doğrulanmış ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilmesi gereksinimlerin belirlenmesinde, vizit güvenliğinin ve kalitesinin artmasında önemli role sahiptir (4,12,18,15,12,24,14). Sağlık hizmeti sunan tüm meslek gruplarında klinik vizitlerinin yaygınlığı göz önüne alınarak güvenli, yüksek kaliteli ve hasta merkezli bakım sağlanmasındaki önemli rolü nedeniyle CanMEDs 2015 çerçevesinde hekimin işbirlikçi rolü için devir vizitlerine yönelik yeterliklerin temel yetkinlikler arasında belirtilmiştir (25). Güvenli ve sürdürülebilir hasta bakımı, tıp eğitimi ve sağlık profesyonellerinin

yetkinlikleri kapsamındaki önemli rolüne rağmen ulusal literatürde klinik vizit becerilerini değerlendirmeye yönelik araştırmaların olmadığı görülmektedir. Bu çalışmada çocuk cerrahisi örneği üzerinden hekimlerin vizit yönetim becerilerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel olarak tasarlanan bu araştırmada gözlem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü merkez, Türkiye'deki tek pediatrik yanık referans merkezidir. Merkez, 2009-2013 yıllarında 0-18 yaşları arasında 442 çocuk hastaya hizmet sunmuştur (26). Araştırmanın çalışma grubunu, araştırmanın yürütüldüğü merkezin çocuk cerrahisi bölümünde görev yapan çocuk cerrahisi asistanları oluşturmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü merkezde gözlemlerin yapılmaya başlandığı tarih itibarıyla toplam 12 çocuk cerrahisi asistanı çalışmaktadır. Çocuk cerrahisi bölümünde çalışan asistanlar, bölüm kapsamında hizmet veren birimlerde (Çocuk Ameliyathane, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Çocuk Cerrahisi Polikliniği, Çocuk Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi ve Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi) iş durumuna göre haftalık veya aylık rotasyonlar şeklinde görev yapmaktadır.

### *Veri Toplama Araçları*

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, Teknik Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu, Teknik Olmayan Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu kullanılmıştır. İlgili literatür (3,13,15, 12,17,24) ve önceki deneyimler doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan formlar için, iki tıp eğitimi ve bir ölçme değerlendirme uzmanı, beş çocuk ve erişkin yanık deneyimi olan çocuk cerrahisi ve genel cerrahi uzmanından görüş alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Kullanılan veri

toplama araçlarının geliştirilme sürecine ilişkin ayrıntılı bilgiler aşağıda paylaşılmıştır.

### *Teknik Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu*

Araştırmacının deneyimleri ve ilgili literatüre dayanarak (3,13,15) hasta tedavi/bakım sürecine ilişkin kriterleri içeren form, 14 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Formun bazı değerlendirme basamaklarında kapsanan durumun farklı varyasyonları olabileceği için a, b ve c şeklinde farklı alt değerlendirme basamakları bulunmaktadır. Formun 13. değerlendirme basamağı sadece var olan durumun (taburculuk planı) olması durumunda değerlendirilmiş olup puanlama taburculuk planı olmadığı durumlarda toplam ana önerme sayısı 13 değerlendirme basamağı üzerinden değerlendirmiştir. Her bir değerlendirme basamağı için ölçütler formda belirtilmiştir. Değerlendirme basamakları üçlü derecelendirilmiş bir ölçek (yetersiz, kısmen yeterli ve yeterli) ile değerlendirilmiştir. Nesnel bir değerlendirme yapılabilmesi amacıyla form için puanlama cetveli oluşturulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı tarafından yapılan gözlemlerin doğruluğunu ve güvenilirliğini belirlemek için, araştırma gözlemleri dışında 33 yatak başı hasta viziti araştırmacı ve ikinci bir gözlemci tarafından eş zamanlı olarak yapılmıştır. Değişkenlik kaynağının puanlayıcılarda olabileceği göz önüne alınarak puanlıycıların verdiği puanların güvenilirliğini kestirmede genellenebilirlik kuramı kullanılmıştır. Genellenebilirlik kuramı; tek bir hata kaynağı yerine pek çok hata kaynağını aynı anda ele alması yönüyle puanlıycıların verdiği puanların güvenilirliğini kestirmede diğer yöntemlere göre daha avantajlı olarak görülmektedir (27). Eş zamanlı yapılan gözlemler sonucunda, genellenebilirlik kuramına göre, gözlemler sonucunda elde edilen puanların güvenilirlik katsayısı 0,72 olarak bulunmuştur. Özetleyici değerlendirmelerde güvenilirlik katsayısının 0,70-0,79 aralığında olması beklenebilmektedir (28,29).

## ***Yatak Başı Teknik Olmayan Vizit Yönetimi Değerlendirme Formu***

Önceki deneyimlere ve ilgili literatür dayanarak (12,17,24,30,31); iletişim, karar verme, durumsal farkındalık, ekip çalışması ve profesyonellik gibi teknik olmayan vizit yönetim becerilerini kapsayan form, 12 değerlendirme basamağından oluşmaktadır. Formun birinci değerlendirme basamağında var olan durumun farklı varyasyonları olabileceğı için a ve b şeklinde farklı alt değerlendirme basamakları içermektedir. Her bir değerlendirme basmağı için ölçütler formda belirtilmiştir. Değerlendirme ölçütleri üçlü derecelendirilmiş bir ölçek (yetersiz, kısmen yeterli ve yeterli) ile değerlendirilmiştir. Nesnel bir değerlendirme yapılabilmesi amacıyla form için puanlama cetveli oluşturulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce yapılan gözlemlerin doğruluğunu ve güvenilirliğini belirlemek için, araştırma gözlemleri dışında 23 yatak başı hasta viziti araştırmacı ve ikinci bir gözlemci tarafından eş zamanlı olarak yapılmıştır. Puanlıyıcıların verdiği puanların güvenilirliğini kestirmede genellenabilirlik kuramı kullanılmıştır. Eş zamanlı yapılan gözlemler sonucunda, genellenabilirlik kuramına göre; formun güvenilirlik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur.

### ***Verilerin Toplanması***

Araştırmanın yürütüldüğü merkezde klinik vizitler sağlık profesyonelleri arasında hasta devri, eğitim, tedavi/bakım planının yapılması, değerlendirilmesi ve güncellenmesi, klinik iş planlanması amacıyla hafta içi sabah ve öğleden sonra olmak üzere günde iki kez rutin olarak hasta başında gerçekleşmektedir. En az bir çocuk cerrahisi uzmanının katıldığı yatak başı vizitler gözlemlere dahil edilmiştir. Hafta sonu nöbetçi çocuk cerrahisi uzmanı ya da klinik sorumlu cerrah tarafından bir kez gerçekleştirilen klinik vizitlerin zamanının belirli olmamasından dolayı bu vizitler gözlem dışında bırakılmıştır. Sabah klinik vizit sunumu klinik işleyiş (pansuman, hasta yoğunluğu),

vizit türü ve vizite katılan kişiler (klinik sorumlu doktor, uzman doktor sayısı) gibi durumlara bağlı olarak Çocuk Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde rotasyon yapan asistanlardan biri tarafından yapılmaktadır. Hastalık gibi özel durumlarda ise, gece nöbetçi asistanlar arasından deneyimli olan tarafından yapılmaktadır. Öğleden sonra vizit sunumları sabah vizitlerinde belirtilen ölçütler doğrultusunda aynı süreç ile gerçekleşmektedir. Gözlemlere başlamadan önce uygulanabilirliğini ve etkinliğini (gözlem yeri vb.) artırmak için ilgili birimlerde çalışan klinik sorumlu doktorunun, klinik sorumlu hemşiresinin ve üniteye çalışan sağlık ekibinin önerileri alınmıştır. Ana gözlemlere başlamadan önce araştırmacı tarafından asistanların dikkatini en az dağıtacak konunun neresi olacağı ve değerlendirme formlarının vizit sırasında değerlendirmeye uygun olup olmadığını anlamak amacıyla pilot vizit gözlemi yapılmıştır. Gözlemler, klinik vizitlere başlamadan önceki hazırlık aşamasından, vizit sonrası sağlık ekibin değerlendirmelerini kapsayan süre içerisinde gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmeler hemşirelik alanında lisans, tıp eğitimi alanında yüksek lisans öğrenimine devam eden, yoğun bakım, dahiliye, çocuk/erişkin cerrahisi alanında 14 yıl ve araştırmanın gerçekleştirildiği klinikte 6 yıl deneyime sahip araştırmacı (NÇ) tarafından yapılmıştır. Ayrıca araştırmacı değerlendirmeler öncesi teknik olmayan beceri eğitimine katılmış olup bu alanda çalışmalar yapmıştır. Her bir çocuk cerrahisi asistanı için en az 2 yatak başı klinik vizit gözlemi yapılmış ve klinik vizit değerlendirme formları yatan her hasta için ayrı ayrı doldurulmuştur. Her hastaya ayrılan vizit süresi farklılık gösterebildiği için araştırmacı klinik vizit öncesi yapılan asistan vizitleri ve hemşire devir teslimlerine katılmış hastaların tedavi, bakım ve gereksinimleri hakkında genel çerçeve oluşturulmuştur. Bu uygulama çok kısa sürede gerçekleştirilen hasta vizitlerinde hızlı değerlendirme yapılmasına katkı sağlanmıştır. Araştırmacı vizit süresi çok

kısa olan hastalarda, asistanların ziyaret sırasında teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerini, hastaya ayrılan ziyaret süresini not olarak ziyaret süreci tamamlandıktan sonra değerlendirme formlarını doldurmuştur. Gözlemler her hastanın yatak başında yapılmış, ziyaret sırasında değerlendirme formları oluşturulan puanlama cetveli doğrultusunda doldurulmuştur.

### **Verilerin Analizi**

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

(doktor olarak çalışma süresi) ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmesinde Mann Whitney-U testi uygulanmıştır.

### **Etik Kurul Onayı**

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nden Etik Kurulu onayı alınmıştır (Karar No: 2019-024; 18/02/2019). Çalışmanın planlanması, yürütülmesi, raporlanması ve yayımlanması aşamasında araştırmacılar temel etik ilke ve standartlara ve Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak davranmış, araştırma etiği ilkelerine sadık kalmıştır.

### **BULGULAR**

Çalışmaya katılan 8 çocuk cerrahisi asistanına ilişkin demografik ve mesleki deneyim bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırmada çocuk cerrahisi asistanlarının 43 klinik ziyarette, 114 yatak başı hasta ziyaretine ilişkin gözlem yapılmıştır. Tablo 2'de çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ziyaret yönetim beceri puanlarının ortalamalarına ilişkin veriler verilmiştir. Asistanların teknik ziyaret yönetim becerilerine ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde, "*Hastanın beslenme durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılması*" değerlendirme basamağının ortalaması oldukça düşük (0,99±0,73), "*Hastanın taburculuk planı*" değerlendirme basamağının ortalaması düşük (1,29±0,46) olarak bulunmuştur. Diğer değerlendirme basamaklarının ortalama değerlerinin yüksek ve oldukça yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 1.** Çocuk Cerrahi Asistanların Demografik ve Mesleki Deneyim Bilgileri

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	5	62,5
<b>Erkek</b>	3	37,5

Değişken	n	%
<b>Klinik vizit eğitim alma</b>		
Var	2	25
Yok	6	75
	<b>Ort.±ss</b>	<b>Medyan (Min.-Max.)</b>
Yaş (yıl)	27,6±2,1	27(25-32)
Doktor olarak çalışma süre (yıl)	1,7±1,3	1,5(0,5-4,5)
Çocuk cerrahi olarak çalışma süre (yıl)	1,3±0,8	1(0,6-3)

**Tablo 2.** Çocuk Cerrahi Asistanlarının Teknik Vizit Yönetim Değerlendirmeleri (n=114)\*

Değerlendirme Ölçütleri	Yetersiz Sayı	%	Kısmen Yeterli Sayı	%	Yeterli Sayı	%	Toplam Sayı	%	Ort.±ss
1. Vizit öncesi ön hazırlıkların yapılması	0	-	2	1,8	112	98,2	114	100	<b>1,98±0,13</b>
2. Hasta ile ilgili tanıtıcı verilerin paylaşılması	0	-	11	9,6	103	90,4	114	100	<b>1,90±0,29</b>
3. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması	1	0,9	1	0,9	112	98,2	114	100	<b>1,97±0,2</b>
4. Hastanın yanık alanlarına ilişkin bilgilerin paylaşılması	0	-	14	12,3	100	87,7	114	100	<b>1,87±0,32</b>
5. Hastanın yanık alanlarına uygulanan tedaviye ilişkin bilgilerin paylaşılması**	2	1,8	16	14	90	78,9	108	94,7	<b>1,81±0,43</b>
6. Hastanın cerrahi girişim durumu	5	4,4	33	28,9	76	66,7	114	100	<b>1,62±0,57</b>
7. Hastaya ilişkin tıbbi bulguların paylaşılması	8	7	36	31,6	70	61,4	114	100	<b>1,54±0,62</b>
8. Hastanın beslenme durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılması	31	27,2	53	46,5	30	26,3	114	100	<b>0,99±0,73</b>
9. Hastanın sindirim/boşaltım sistemine ilişkin bilgilerin paylaşılması	9	7,9	3	2,6	102	89,5	114	100	<b>1,81±0,55</b>

Değerlendirme Ölçütleri	Yetersiz Sayı	%	Kısmen Yeterli Sayı	%	Yeterli Sayı	%	Toplam Sayı	%	Ort.±ss
10. Hastanın solunum/ventilasyon durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılması	5	4,4	5	4,4	104	91,2	114	100	<b>1,86±0,45</b>
11. Hastanın planlanan günlük tedavi ve bakım planını açıklanması	0	-	36	31,6	78	68,4	114	100	<b>1,68±0,46</b>
12. Hastanın ileriye yönelik tedavi ve bakım (ilk 24 saati takiben) planının açıklanması	0	-	5	4,4	109	95,6	114	100	<b>1,95±0,20</b>
13. Hastanın taburculuk planı **	0	-	12	10,5	5	4,4	17	14,9	<b>1,29±0,46</b>
14. Hastanın tedavi, bakım planına ilişkin güncellemelerin not alınması	1	0,9	45	39,5	68	59,6	114	100	<b>1,58±51</b>

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

\*\*Değerlendirme kriterlerinin hastada mevcut olduğu gözlemler değerlendirilmeye alınmıştır.

Çocuk cerrahisi asistanların teknik olmayan vizit yönetim becerilerine ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde; profesyonelizm kategorisi puan ortalaması oldukça yüksek (1,84±0,36), karar verme orta (1,45±0,55), iletişim ve ekip çalışması

(1,37±0,24), durumsal farkındalık (1,21±0,37) ve liderlik kategorilerinin puan ortalamaları düşük (1,13±0,14) bulunmuştur. Bu kategoriler altında yer alan ölçütlere ilişkin ortalama değerler Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Çocuk Cerrahi Asistanlarının Teknik Olmayan Vizit Yönetim Değerlendirmeleri (n=114)\*

Değerlendirme Ölçütleri	Yetersiz Sayı	%	Kısmen Yeterli Sayı	%	Yeterli Sayı	%	Toplam Sayı	%	Ort.±ss
<b>İletişim ve ekip çalışması</b>									<b>1,37±0,24</b>
1. Hasta ile etkili iletişim kurma	26	22,8	69	60,5	19	16,7	114	100	<b>0,93±0,62</b>
2. Sağlık ekibi üyeleri ile etkili iletişim kurma	-	-	6	5,3	108	94,7	114	100	<b>1,94±0,22</b>

Değerlendirme Ölçütleri	Yetersiz Sayı	%	Kısmen Yeterli Sayı	%	Yeterli Sayı	%	Toplam Sayı	%	Ort.±ss
3. Hastanın tedavi/bakım planına ilişkin sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği kurma	16	14	85	74,6	13	11,4	114	100	<b>0,97±0,5</b>
4. Vizit sürecinde diğer ekip üyelerini destekleme	-	-	1	0,9	113	99,1	114	100	<b>1,99±0,9</b>
5. Hasta tedavi/bakım süreçlerine ilişkin uygun sağlık ekibi üyesi ile işbirliği yapma	1	0,9	107	93,9	6	5,3	114	100	<b>1,04±0,24</b>
<b>Profesyonelizm</b>									<b>1,84±0,36</b>
6. Hastanın mahremiyeti/gizliliğini koruma	-	-	18	15,8	96	84,2	114	100	<b>1,84±0,36</b>
<b>Durumsal Farkındalık</b>									<b>1,21±0,37</b>
7. Hastanın ileriye dönük tedavi/bakım planındaki sınırlılıkları/problemleri tanımlama	2	1,8	43	37,8	69	60,6	114	100	<b>1,58±0,52</b>
8. Vizit sürecinde sınır ve sınırlılıklarına ilişkin öz farkındalık gösterme	43	37,8	46	40,3	25	21,9	114	100	<b>0,84±0,75</b>
<b>Karar Verme</b>									<b>1,45±0,55</b>
9. Hastanın güncel genel durumunu göz önünde bulundurarak verilen kararları değerlendirme	24	21	77	67,6	13	11,4	114	100	<b>0,90±0,75</b>
10. Gerekli durumlarda hasta tedavi/bakım süreçlerine ilişkin alınacak kararlarda hastanın tedavi ve bakımından sorumlu sağlık ekibi üyelerinin görüşlerine yer verme	-	-	0	-	114	100	114	100	<b>2,00±0,0</b>
<b>Liderlik</b>									<b>1,13±0,14</b>
11. Hasta tedavi/bakımına yönelik standartları sağlama ve sürdürme	5	4,3	105	92,1	4	3,6	114	100	<b>0,99±0,28</b>
12. Hastanın tedavi/bakımın planlanma ve öncelikleri belirleme	5	4,3	73	64,1	36	31,6	114	100	<b>1,27±0,53</b>

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



Çocuk cerrahisi asistanının birinci ve ikinci yatak başı ziyaret gözlemleri (n=16) sonucunda aldıkları teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinin ortalamaları incelendiğinde birbirine yakın değerler aldığı görülmüştür. Birinci gözlem sonuçlarına göre; çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ziyaret yönetim beceri puanlarının ortalaması  $1,7 \pm 0,12$ , teknik

olmayan ziyaret yönetim beceri ortalaması ise  $1,3 \pm 0,08$  olarak bulunmuştur. İkinci gözlemler sonucunda çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ziyaret yönetim beceri ortalaması  $1,6 \pm 0,07$ , teknik olmayan ziyaret yönetim beceri ortalaması ise  $1,3 \pm 0,21$  olarak bulunmuştur. Çocuk cerrahisi asistanların 1. ve 2. gözlem ziyaret yönetim beceri düzeyleri Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Çocuk Cerrahi Asistanların 1. ve 2. Gözlem Ziyaret Yönetim Beceri Düzeyleri Analiz Sonuçları

Vizit Yönetim Beceri Değişkenleri	Ort±ss	Medyan (Min.-Max.)
<b>Birinci Gözlem</b>		
Teknik Ziyaret Yönetim Becerisi	$1,7 \pm 0,12$	1,7 (1,5-1,9)
Teknik Olmayan Ziyaret Yönetim Becerisi	$1,3 \pm 0,08$	1,3 (1,2-1,5)
<b>İkinci Gözlem</b>		
Teknik Ziyaret Yönetim Becerisi	$1,6 \pm 0,07$	1,6 (1,6-1,8)
Teknik Olmayan Ziyaret Yönetim Becerisi	$1,3 \pm 0,21$	1,3 (1,1-1,8)

Çocuk cerrahisi asistanlarının cinsiyet, doktor olarak çalışma süresi ve çocuk cerrahi asistanı olarak çalışma durumuna göre teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri arasındaki farkı incelemek için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Birinci ve ikinci gözlem sonuçlarına göre teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinin değişkenlere göre farklılaşma durumu Tablo 5'te verilmiştir. Birinci gözlemlerin analiz sonuçlarına göre; çocuk cerrahisi asistanlarının cinsiyet, doktor olarak çalışma süresi ve çocuk cerrahi olarak çalışma sürelerine göre teknik ve teknik

olmayan ziyaret yönetim becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 5). İkinci gözlemlerin analiz sonuçlarına göre; çocuk cerrahisi asistanlarının cinsiyete göre teknik ve teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 5). Doktor ve çocuk cerrahi olarak çalışma sürelerine göre teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına ( $p=0,155$ ) rağmen teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark ( $p=0,044$ ) görülmüştür.

**Tablo 5.** Çocuk Cerrahi Asistanlarının Teknik ve Teknik Olmayan Vizit Yönetim Becerileri Birinci ve İkinci Gözlem Sonuçlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Birinci gözlem		İkinci gözlem	
	Teknik Vizit Yönetim Becerisi Median (Min.-Max.)	Teknik Olmayan Vizit Yönetim Becerisi Median (Min.-Max.)	Teknik Vizit Yönetim Becerisi Median (Min.-Max.)	Teknik Olmayan Vizit Yönetim Becerisi Median (Min.-Max.)
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın (n=5)	1,8 (1,6-1,9)	1,3 (1,2-1,5)	1,6 (1,6-1,8)	1,3 (1,1-1,5)
Erkek (n=3)	1,7 (1,5-1,7)	1,3 (1,3-1,3)	1,7 (1,6-1,7)	1,3 (1,3-1,8)
p	0,167	0,608	0,744	0,631
<b>Doktor olarak çalışma süre</b>				
1 yıl ve altı (n=4)	1,6 (1,5-1,8)	1,3 (1,2-1,3)	1,7 (1,6-1,8)	1,3 (1,1-1,3)
2 yıl ve üstü (n=4)	1,7 (1,7-1,9)	1,3 (1,3-1,5)	1,6 (1,6-1,7)	1,5 (1,3-1,8)
p	0,180	0,098	0,155	<b>0,044*</b>
<b>Çocuk cerrahi olarak çalışma süre</b>				
1 yıl ve altı (n=4)	1,6 (1,5-1,8)	1,3 (1,2-1,3)	1,7 (1,6-1,8)	1,3 (1,1-1,3)
1 yıldan fazla (n=4)	1,7(1,7-1,9)	1,3 (1,3-1,5)	1,6 (1,6-1,7)	1,5 (1,3-1,8)
p	0,180	0,098	0,155	<b>0,044*</b>

## TARTIŞMA

Klinik vizitler bir doktorun günlük aktivitelerinin temel parçasıdır; bu nedenle mesleki becerilerin ve profesyonel değerlerin kazandırılmasında önemli öğrenme ve öğretme fırsatları sağlar. Bu sürecin değerlendirilmesi hasta merkezli, güvenli ve etkili bir şekilde tedavi/bakım sürecini yönetme ve yönlendirmede ve tıp sanatının profesyonel değerlerini öğrenmede öğrenene avantajlar sağlar. Bu çalışmada çocuk cerrahisi örneklemini üzerinde asistanların teknik ve teknik olmayan vizit yönetim becerileri tanımlanmaya çalışılmıştır.

Teknik olmayan becerilerin değerlendirilmesinin ve öğretilmesinin, klinik vizit sürecinin kalitesini geliştirmede önemli katkısı bulunmaktadır (4,7,17). Somasundram ve

arkadaşları (17), üroloji asistanlarının teknik olmayan vizit yönetim becerilerin geliştirilmesinde simülasyona dayalı eğitim programlarının etkinliğini belirtmektedir. Benzer şekilde Pucher ve arkadaşları (4), simülasyona dayalı eğitim programlarının cerrahi klinik vizit sürecinde klinisyenlerin performansları değerlendirme, geri bildirim sağlama ve iyileştirmede önemini vurgulamaktadır. Çalışmada çocuk cerrahisi asistanları için yapılan her iki gözlem sonucunda, asistanların teknik vizit becerisi yönetim ortalamaları teknik olmayan vizit becerileri ortalamasından yüksek bulunmuştur (Tablo 4). İkinci gözlemlerin sonuçlarına göre, asistanların doktor ve çocuk cerrahisi deneyim sürelerine göre teknik olmayan vizit yönetim becerilerinde anlamlı fark görülmüştür

( $p=0,44$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda çocuk cerrahisi asistanlarının deneyim ve düzeylerinin teknik olmayan vizit yönetim becerileri üzerinde etkisi olduğu, klinik vizit sürecinde çocuk cerrahisi asistanlarının özellikle teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin geliştirilmesi gerektiği görülmektedir. Çalışma süresi, daha çok hasta ve sağlık profesyoneli ile etkileşime geçme, daha fazla olgu üzerinden sorun çözme ve karar verme gibi faktörlerin asistanların deneyimsel olarak teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin farklılık göstermesindeki nedenler arasında olabilir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda çocuk cerrahisi asistanlarının teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

Yanık hastalarında anabolik talep ile negatif anabolik (katabolizma) arz arasındaki uyumsuzluk fonksiyonel yetersiz beslenme durumlarına yol açabilmektedir (32,33). Pitcher ve arkadaşlarının yaptıkları gözlemsel araştırmada (12), cerrahi kliniğinde %46 ( $n=23$ ) oranında hastanın beslenme durumuna değinildiği belirlenmiştir. Araştırmada, çocuk cerrahisi asistanlarının klinik vizitlerin %26,3'ünde ( $n=30$ ) hastanın beslenme durumuna ilişkin yeterli bilgi paylaştığı, “*Hastanın beslenme durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılması*” değerlendirme basamağı ortalamasının oldukça düşük olduğu ( $0,99\pm 0,73$ ) bulunmuştur. Bu çalışmada belirlenen değerin Pitcher ve arkadaşlarının bulduğu değere düşük olduğu görülmüştür. Hastanın beslenme durumunun izlenmesi meslekler arası işbirliği ve iletişim ile gerçekleşmesi gereken bir durumdur. Hastanın bakımında rol alan hemşirenin, hekimin, diyetisyenin bu iş birliğinde ana sorumluluğu vardır. Bu değerlendirmenin geliştirilmesi için altında yatan durumların farklı sağlık mesleklerinin sorumlulukları ile birlikte ele alınarak incelenmelidir.

Pitcher ve arkadaşları (12), cerrahi klinik ekip vizitlerinde %34 ( $n=17$ ) oranında hastanın taburculuk planına değinildiğini tespit etmiştir.

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

Çocuk cerrahisi asistanların teknik olmayan vizit yönetim becerilerinin sonuçları incelendiğinde, iletişim ve ekip çalışması puan ortalaması  $1,37\pm 0,24$  bulunmuştur. Somasundram ve arkadaşları (17), üroloji asistanlarının klinik vizitlerde iletişim ve ekip çalışması ortalama değerini 3,05 olarak saptamışlardır. Benzer şekilde Pucher ve arkadaşlarının (4) yaptığı araştırmada, kontrol grubundaki asistanların iletişim ve etkileşim ortalama değeri 4,00 olarak tespit edilmiştir. İlgili araştırmalarda kullanılan ölçüm araçlarının birbirinden farklı olmasının araştırma sonuçları üzerine etkisi muhtemeldir. Bu çalışmada kullanılan ölçüm araçlarına göre yapılan değerlendirmelerde, iletişim ve ekip çalışması ortalaması düşük bulunmuştur. Pediatrik hastalarda iletişim zorluklarına rağmen savunmasız olan bu hasta grubunun duygusal refahını sağlama ve deneyimlerini öğrenmede iletişim kritik öneme sahiptir (34,35). Bunun yanı sıra klinik vizitlerde sağlık profesyonelleri arasında etkili iletişim bilgi paylaşımı ve öğrenme için büyük fırsatlar sağlar (21,25,36).

Habersiz gerçekleşen ve çoğu zaman hastayı hazırlıksız yakalayan yatak başı vizitlerde, hastaların gizlilik ve hassasiyetlerine saygı gösterilmelisinin yanı sıra hasta mahremiyetinin

sağlanması gerekmektedir (3,25). Çalışmada çocuk cerrahisi asistanlarının prefeyonelizm kategorisi ortalama değeri oldukça yüksek bulunmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü ünite enfeksiyon riski nedeniyle sıkı izolasyon kurallarının olması (belirli saatlerde ziyaretçi, refakatçi olmaması), yanık alanlarını gördüklerinde hastaların korku yaşamaları nedeniyle sağlık ekibinin daha duyarlı olması gibi faktörlerin sonuçlar üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Farklı hasta grupları ve kliniklerde gerçekleştirilecek araştırmalarda sonuçların değişiklik gösterebileceği öngörülmektedir. Bu nedenle bu bulgu bu çalışmanın bağlamı ile değerlendirilmelidir.

Araştırmada çocuk cerrahisi asistanlarının durumsal farkındalık kategori ortalamasının düşük olduğu görülmüştür (1,21±0,37). Reader ve arkadaşları (18), ziyaret sürecinde kıdemli doktorlarının ileriye yönelik tahminlerinin doğruluğunun diğer ekip üyelerinden daha iyi olduğunu bununla birlikte ekip süreçlerinde durumsal farkındalığın öngörülemediğini belirtmektedir. Klinik ziyaretlerde ekip üyelerinin hastanın durumuna ilişkin algılarına ve görüşlerine yer verilmesi ekip durumsal farkındalığının oluşmasında önemlidir (37). Bu çalışmada çocuk cerrahisi asistanlarının iletişim ve ekip çalışması kategorisinin altında yer alan “*Hastanın tedavi/bakım planına ilişkin sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği*” ve “*Hasta tedavi/bakım süreçlerine ilişkin uygun sağlık ekibi üyesi ile işbirliği yapma*” değerlendirme basamaklarının ortalama değerlerinin oldukça düşük (Tablo 3.) olmasının çocuk cerrahisi asistanlarının durumsal farkındalık kategorisinin düşük olması üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Karar verme sürecinin karmaşık ve kompleks yapısı göz önüne alındığında çeşitli faktörler bu süreci etkileyebilir (1,68). Gonzalo ve arkadaşları (23), klinik ziyaretlerde hastadan ziyade teknoloji odaklı yaklaşımın öğrenenin karar verme süreci üzerine önemli etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Araştırmada çocuk

cerrahisi asistanlarının karar verme kategori ortalamasının (1,45±0,55 ) düşük olamamakla birlikte yüksek olmadığı görülmüştür. Bireysel, çevresel (vizit atmosferi, hiyerarşi, fiziksel koşullar) ve hastaya bağlı faktörler karar verme sürecini etkileyebilir. Bu çalışmada karar verme sürecini etkileyebilecek sınırlı faktör ele alınmıştır, bu süreci etkileyebilecek faktörleri çok boyutlu ve derinlemesine inceleyecek nitel araştırmaların yapılmasının bireysel ve ekip düzeyinde karar verme sürecine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çocuk cerrahi asistanlarının, teknik olmayan ziyaret yönetim becerileri değerlendirmelerinin sonuçları incelendiğinde, liderlik kategori ortalama değeri düşük bulunmuştur (1,13±0,14). Somasundram ve arkadaşları (17), üroloji asistanlarının liderlik becerisi kategori ortalamasını 2,98 olarak bulmuşlardır. Laskaratos ve arkadaşları (20), klinik ziyaretlerin asistanların liderlik becerisinin gelişimine katkı sağlamadığı görüşünü belirtmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarının ilgili çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür. Klinik ziyaretlerde, ziyaret sorumlu doktorunun yönlendirici ve yönetici rolü asistanın ziyaret liderlik becerisini sergilemesini kısıtlayabilir. Ziyaret sorumlu doktorunun destekleyici bir yaklaşım sergilemesinin asistanlarının liderlik becerisine gelişimine katkı sağlayabileceği öngörülmektedir.

### **Sınırlılıklar**

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

sınırlılık yaratmaktadır. Ayrıca araştırmada teknik ve teknik olmayan puanların karşılaştırılması ve buradan edilen bulgular gözlem sayısının azlığı nedeniyle sınırlıdır.

## SONUÇ

Sonuç olarak, çocuk cerrahisi asistanlarının teknik ziyaret yönetim becerileri ortalamasının, teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinden yüksek olduğunu görölmüştür. İkinci gözlem sonuçlarına göre çocuk cerrahisi asistanların deneyim ve düzeylerine göre teknik olmayan ziyaret yönetim becerilerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çocuk cerrahisi asistanlarının klinik ziyaret sürecinde hastanın beslenme durumu ve taburculuk planına daha fazla değinilmesi gerektiği ve iletişim ve ekip çalışması, durumsal farkındalık, liderlik ve karar verme becerilerinin geliştirilmesi gerektiği görölmüştür. Sonuçları doğrultusunda; teknik olmayan klinik ziyaret yönetim becerilerinin gelişmesini destekleyen yaklaşımların mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi programlarında daha fazla yer verilmesinin önemli olduğu düşünölmektedir. Çalışmanın yüksek lisans tezi kapsamında yapılması, çocuk yanık hastaları ile çocuk cerrahisi dışında farklı uzmanlık alanlarının ilgilenmesi ve araştırmanın yürütöldüğu merkezin Türkiye’de tek referans çocuk yanık merkezi olması nedeniyle tek bir klinikte yürütölmüştür. Farklı kliniklerde ve ziyaret türlerinde asistanların ziyaret yönetim becerilerini yapılandırılmış ölçme araçları ile inceleyen gözlemsel çalışmaların yapılmasının güvenli ve etkili hasta bakımının geliştirilmesinde yararlı olabileceği düşünölmektedir. Yanık ve diğer hastaların beslenme durumları hasta tedavi/bakım sürecinin bir parçası olduğundan ve meslekler arası bir sorumluluk gerektirdiğinden, bu çerçevede inceleyecek çalışmalar yapılması önemli görölmektedir.

## Dipnot

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde tamamlanan “Çocuk Tıp Eğitimi Dünyası / Ocak-Nisan 2022 / Sayı 63

yanık yoğun bakım ünitesi yatak başı klinik ekip ziyaretlerinde çocuk cerrahi asistanlarının ziyaret yönetim becerilerinin değerlendirilmesi ve klinik ziyaret sürecinin incelenmesi” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasından üretölmüştir

## KAYNAKLAR

1. Krautter M, Koehl-Hackert N, Nagelmann L, Jünger J, Norcini J, Tekian AÜ, Nikendei C. Improving ward round skills. *Medical teacher*. 2014;36(9): 783–788.
2. Nikendei C, Huhn D, Pittius G, Trost Y, Bugaj TJ, Koechel A, Schultz, JH. Students' Perceptions on an Interprofessional Ward Round Training–A Qualitative Pilot Study. *GMS journal for medical Education*. 2016; 33(2).
3. O'Hare JA. Anatomy of the ward round. *European journal of internal medicine*. 2008; 19(5):309–313.
4. Pucher PH, Aggarwal R, Singh P, Srisatkunam T, Twaij A, Darzi, A. Ward simulation to improve surgical ward round performance: a randomized controlled trial of a simulation-based curriculum. *Annals of surgery*. 2014; 260(2):236–243.
5. Murray K, McKenzie K, Kelleher M. The evaluation of a framework for measuring the non-technical ward round skills of final year nursing students: An observational study. *Nurse education today*. 2016,45: 87–90.
6. Pucher PH, Aggarwal R, Singh P, Srisatkunam T, Twaij, A, Darzi, A. Ward simulation to improve surgical ward round performance: a randomized controlled trial of a simulation-based curriculum. *Annals of surgery*. 2014;260(2):236–243.
7. Grünewald M, Klein E, Hapfelmeier A, Wuensch A, Berberat PO, Gartmeier M. Improving physicians' surgical ward round

- competence through simulation-based training. *Patient education and counseling*. 2020;103(5):971–977.
8. Behrens C, Dolmans DH, Leppink J, Gormley GJ, Driessen, EW. Ward round simulation in final year medical students: Does it promote students learning? *Medical teacher*. 2018; 40(2):199–204.
9. Nikendei C, Kraus B, Lauber H, Schrauth M, Weyrich P, Zipfel S, Junger J, Briem S. An innovative model for teaching complex clinical procedures: Integration of standardised patients into ward round training for final year students. *Med. Teach*. 2007;29: 246–252.
10. Nikendei C, Huhn D, Pittius G, Trost Y, Bugaj TJ, Koechel A, Schultz JH. Students' Perceptions on an Interprofessional Ward Round Training—A Qualitative Pilot Study. *GMS journal for medical Education*. 2016; 33(2).
11. Hale G, McNab D. Developing a ward round checklist to improve patient safety. *BMJ Open Quality*. 2015;4(1): u204775–w2440.
12. Pitcher M, Lin JT, Thompson G, Tayaran A, Chan, S. Implementation and evaluation of a checklist to improve patient care on surgical ward rounds. *ANZ journal of surgery*. 2016;86(5):356–360.
13. Royal College of Physicians and Royal College of Nursing. *Ward Rounds in Medicine: Principles for best practice*. London;2012. [https://www.colleaga.org/sites/default/files/attachments/ward\\_rounds\\_in\\_medicine.pdf](https://www.colleaga.org/sites/default/files/attachments/ward_rounds_in_medicine.pdf).
14. Lakshminarayana I, Wall D, Bindal T, Goodyear HM. A multisource feedback tool to assess ward round leadership skills of senior paediatric trainees:(1) development of tool *Postgraduate medical journal*. 2015; 91(1075):262 –267.
15. Norgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Med Educ*. 2004;38(7):700–7.
16. Herring R, Desai T, Caldwell G. *Quality and safety at the point of care: how long should a ward round take*. *Clinical medicine (London, England)*. 2011;11(1):20–2.
17. Somasundram K, Spence H, Colquhoun AJ, McIlhenny C, Biyani CS, Jain S. Simulation in urology to train non-technical skills in ward rounds. *BJU international*. 2018; 122(4): 705–712.
18. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Team situation awareness and the anticipation of patient progress during ICU rounds. *BMJ quality & safety*. 2011; 20(12): 1035–1042.
19. Spence H, Somasundram K, Biyani CS, Jain S. Training nontechnical skills in ward rounds to improve team performance. *Journal of surgical Education*. 2020; 77(4):921–930.
20. Laskaratos FM, Wallace D, Gkotsi D, Burns A, Epstein O. The educational value of ward rounds for junior trainees. *Medical education online*. 2015; 20(1): 27559.
21. Weber H, Stockli M, Nubling M, Langewitz WA. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):343–348
22. Tariq M, Motiwala A, Ali SU, Riaz M, Awan S, Akhter J. The learners' perspective on internal medicine ward rounds: a cross-sectional study. *BMC medical education*. 2010; 10:53.
23. Gonzalo JD, Heist BS, Duffy BL, Dyrbye L, Fagan MJ, Ferenchick G and et al. Identifying and overcoming the barriers to bedside rounds: a multicenter qualitative study. *Academic Medicine*. 2014; 89(2): 326–334.

24. Ahmed K, Anderson O, Jawad M, Tierney T, Darzi A, Athanasiou T and et al. Design and validation of the surgical ward round assessment tool: a quantitative observational study. *The American Journal of Surgery*. 2015; 209(4): 682–688.
25. Bismilla Z, Wong B, Editörler. Handover Toolkit, A Resource to help teach, assess and implement a handover improvement program. *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*; 2018.
26. Ozturun CI, Demir S, Azili MN, Senayli A, Livanelioglu Z, Senel E. (2016). The outcomes of becoming a pediatric burn center in Turkey. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2016; 22(1): 34–39.
27. Güler N, Teker GT. Açık uçlu maddelerde farklı yaklaşımlarla elde edilen puanlayıcılar arası güvenirliliğin değerlendirilmesi. Eğitimde ve psikolojide ölçme ve değerlendirme dergisi. 2015; 6(1):12-24.
28. Downing SM. Reliability: on the reproducibility of assessment data. *Medical education* .2004;38(9):1006–1012.
29. Wainer H, Thissen D. How is reliability related to the quality of test scores? What is the effect of local dependence on reliability? *Educational Measurement: Issues Pract*. 1996;15 (1):22–29.
30. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, Glavin R, Maran N, Patey R. Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British journal of anaesthesia*. 2003;90(5): 580–588
31. Yule S, Paterson-Brown S. Surgeons' non-technical skills. *Surgical Clinics*. 2012; 92(1):37–50.
32. Coutris N, Gawaziuk JP, Cristall N, Logsetty S. Interrupted Nutrition Support in Patients With Burn Injuries: A Single-Centre Observational Study. *Plastic Surgery*. 2019; 27(4); 334–339.
33. Carson JS, Khosrozadeh H, Norbury WB, Herndon DN. Nutritional needs and support for the burned patient. In *Total burn care*. 2018;287–300.
34. Meyer EC, Sellers DE, Browning DM, McGuffie K, Solomon MZ, Truog RD. Difficult conversations: improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatr Crit Care Med*. 2009;10(3):352–359.
35. Brand SR, Fasciano K, Mack JW. Communication preferences of pediatric cancer patients: talking about prognosis and their future life. *Supportive care in cancer*. 2017; 25(3):769–774.
36. Perry V. CNE SERIES. A Daily Goals Tool to Facilitate Indirect Nurse-Physician Communication During Morning Rounds on a Medical-Surgical Unit. *MedSurg Nursing*. 2016;25(2).
37. Wright M, Endsley M. Building situation awareness in healthcare teams. *Improving Healthcare Team Communication*. Bodmin, UK: Ashgate, 2008:97–114.