

ARAŞTIRMA

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ VE HEMŞİRELER***

Feray GÖKDOĞAN*

Songül YORGUN**

Alınış Tarihi:16.05.2009

Kabul Tarihi:19.10.2009

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, hasta güvenliğine ilişkin hastanede başlatılan çalışmalarını izlemek, hemşirelerin bu uygulamalara ilişkin geri bildirimlerini değerlendirmektir.

Analitik tipte bu çalışmanın evrenini İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi'nde 186 hemşire, örneklemini ise 104 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hasta güvenliğine ilişkin hazırlanan soru formu aracılığıyla 6-15 Ekim 2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

Hemşirelerin çoğunluğu 31-40 yaş grubunda (%60.6), önlisans mezunu (%61.5) olup, 1-5 yıl (%27.9) ve 11-15 yıl (%27.9) süreyle dahiliye (%33.7) ve cerrahi kliniklerinde (%23.1) çalışmaktadır. Hemşireler yaptıkları tıbbi hataları; order-ilaç- hataları (%24.0), iş yoğunluğu nedeniyle dikkatsizlik (%12.5), hasta kimliğinin kontrol edilmemesi (%9.6), iletişim eksikliği (%4.8), el hijyenine uymama (%4.8) olarak bildirmiştir. Hemşirelerin %100.0'ü hasta güvenliğini ilgilendiren uygulamalara önemli katkılar sağlayacağını ve %87.5'i hemşirelerin hataları önleyebileceğini; %64.4'ü kurumda hata oluştuğunda sorunun anlaşılmasına çalışıldığını, %14.4'ü ise cezalandırma/ suçlama davranışı gösterildiğini bildirmiştir.

Hastane güvenliğine ilişkin hastanede başlatılan çalışmaların hemşirelere olumlu katkı sağladığı ve bu hizmetlerde hemşirelerin önemli bir temel oluşturabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, hemşire, tıbbi hata

ABSTRACT

Patient Safety and Nurses in Health Services

The aim of this study is to monitor the workings in the hospital for patient safety and to assess feedback of the nurses regarding these new workings.

The analytical part of the study contains 186 nurses from Bolu İzzet Baysal State Hospital and the sample includes 104 nurses. The data was collected in 6-15 October 2008 by a survey containing questions on patient safety by the researchers.

The majority (60.6%) of the nurses were in the ages of 31-40 and 61.5% of them had associate's degree. 27.9% of them had been working for 1-5 years, whereas 27.9% had 11-15 years of working experience, 33.7% worked in internal medicine and 23.1% of them worked in surgical clinics. The reasons for nurse mistakes were recorded as; order – medicine- mistakes (24.0%), carelessness due to work intensity (12.5%), not checking the patient ID properly (9.6%), lack of communication (4.8%), not following the hand hygiene rules (4.8%), spread of hospital infections. All the nurses stated that they would contribute immensely to the patient safety related to practices and 87.5% claimed to prevent mistakes that nurses make, 64.4% of the nurses stated that when a mistake happens in the hospital, it was investigated and tried to be understood why it occurred, and 14.4% of them reported that accusations/punishments were present in case of a mistake.

It was established that the workings for hospital safety had positive effects on nurses and the nurses themselves could be an important factor regarding the patient safety services.

Keywords: Patient safety, nurses, medical error

GİRİŞ

Günümüzde sağlık bakım hizmetleri giderek karmaşık hale gelmektedir. Sağlık bakım kurumlarında teknolojinin kullanımı ile birlikte hızla değişen çevrede sağlık bakım profesyonelleri tarafından birçok karar ve yargı

baskı altında verilmektedir. Bu durum klinik karar ya da uygulamalarda yanlış ya da hataya, sonuç olarak hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir. Hastanın yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa hatta kişinin ölümüne

*Prof.Dr. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

**Uzm. Hemşire İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi Başhemşire Yardımcısı, Bolu

***Bu çalışma, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'nde (Çalışanların Teşviki ve Hasta Güvenliği) sözel bildiri olarak sunulmuştur (19-21 Mart 2009, Antalya/Türkiye)

neden olabilmektedir (Thomas et al. 2000, www.who.int/patientsafety). Bu nedenle son yıllarda sağlık bakımında insan hataları çerçevesinde hasta güvenliği konularına dikkat giderek artmıştır. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenlik göstergeleri olarak hatalı olaylar kullanılmaya başlanmıştır (British Association of Critical Care Nurses 2006).

Sağlık Bakım Örgütü Akreditasyon Birleşik Komite (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO) ve diğerleri 1970 ve 1980'li yıllarda araştırma, klinik rehber ve makalelerinde hasta güvenliği ve iyatrojenik yaralanma gibi konulara yer vermişlerdir (Mills 1977, Donabedian 1980, Eichhorn 1988). Bu çalışmalara karşın, hastanede önlenebilir tıbbi hata oranının beklenenden daha yüksek çıktığına ilişkin sonuçlar 1991 yılında Harvard Tıbbi Uygulama Çalışması'nda yayınlanıncaya kadar (Brennen et al. 1991, Leape et al. 1991), tıbbi ve sağlık bakım profesyonelleri hasta güvenliğine yeterince ilgi göstermemiştir.

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, bugün dünya genelinde öncelikli konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir. Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşire güvenliğine ilişkin yapılan bir çalışmada, kaza ve riskli durumların hemşireler tarafından çok düşük düzeyde rapor edildiği ve özel hastanelerde risk yönetimine ilişkin çalışmaların kamu hastanelerine göre daha iyi uygulandığı bildirilmektedir (Sezgin 2007).

Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde yürütülmekte olan hasta güvenliği programı kapsamında sağlık kurumlarında başlatılan çalışmaların büyük bir titizlikle takip edilmesi gerektiği bildirilmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın hasta güvenliği konusunda il sağlık müdürlükleri tarafından hastanelerde kontrolleri yapılan EK-2 alt yapı ve süreç değerlendirme kriterleri doğrultusunda, araştırma yapılan hastanede hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik çalışmalara Nisan 2007 tarihinde başlanmıştır. Bu çalışma, hasta güvenliğine ilişkin hastanelerde başlatılan çalışmaları izlemek ve hemşirelerin bu

uygulamalara ilişkin geri bildirimlerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini, İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi'nde (Merkezi ve Köroğlu ünitesi) çalışan toplam 186 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın evrenini oluşturan 186 hemşireden izinli, raporlu ve çalışmaya katılmak istemeyen (n=27) hemşirelerin olması nedeniyle araştırmada 104 hemşire yer almıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen hemşireler evrenin %14.5'ini oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, hasta güvenliğine ilişkin hazırlanan sorular aracılığıyla 6-15 Ekim 2008 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Helsinki Deklarasyonu İlkeleri doğrultusunda araştırmanın yapıldığı hastaneden yazılı izin ve araştırmaya katılımları konusunda hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Soru formunda çalıştıkları kurum, servis, hastanede ve servisteki çalışma süreleri, bir mesai/nöbette kaç hastaya bakım verdikleri gibi soruların yanı sıra, "hasta güvenliği" ile "tıbbi hata" tanımı, ardından hasta güvenliğine yönelik uygulamaya ilişkin görüşleri ve geri bildirimlerini içeren sorular yer almaktadır. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdeler ve niteliksel grup karşılaştırmalarında anlamlı bir fark olup olmadığı X^2 (ki-kare) testi, yüzdeler, iki grup ortalamalarını karşılaştırmada "t testi", ikiden fazla grup ortalamaları arasındaki farkın önemi için "one way ANOVA" testi (varyans analizi) kullanılmıştır. İstatistik önem düzeyi, tüm testler için $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin (n=104) bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (%61.5) ve lise mezunu (%26.9) hemşireler çoğunluktadır. Çalışma süresi olarak 1-5 yıl (%27.9) ve 11-15 yıl (%27.9) süreyle çalışan hemşireler ile servis hemşireleri (%83.7) çoğunluğu oluşturmaktadır. Hemşireler çoğunlukla dahiliye (%33.7) ve cerrahi kliniklerinde (%23.1) ve bu klinik/ünitelerde isteyerek (%91.3) çalışmaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları ünitelere göre bir mesaideki ve nöbetteki sorumlulu

oldukları hasta sayısı ortalamaları Tablo 2’de karşılaştırılmaktadır.

Tablo 1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=104)

Özellikler	Sayı (%)
Yaş	
26-30 yaş	30 (28.8)
31-40 yaş	63 (60.6)
41-50 yaş	11 (10.6)
Eğitim Düzeyi	
Lise	28 (26.9)
Önlisans (AÖF/SHMYO)*	64 (61.5)
Lisans	10 (9.6)
Lisansüstü	2 (1.9)
Hastanede Çalıştığı Süre	
1 yıldan az	5 (4.8)
1-5 yıl	29 (27.9)
6-10 yıl	19 (18.3)
11-15 yıl	29 (27.9)
15 yıldan fazla	22 (21.2)
Görevi	
Servis hemşiresi	87 (83.7)
Sorumlu hemşire	13 (12.5)
Başhemşire/yardımcısı	4 (3.8)
Çalıştığı Ünite	
Dahiliye klinikleri	35 (33.7)
Cerrahi klinikleri	24 (23.1)
Yoğun bakım	11 (10.6)
Yönetim	5 (4.8)
Poliklinik/destek tanı	5 (4.8)
Acil	12 (11.5)
Ameliyathane	12 (11.5)
Bu Üniteye İsteyerek Çalışma	
Evet	95 (91.3)
Hayır	9 (8.7)

Bir mesaideki ve nöbetteki en fazla hasta sayısı ortalaması acil serviste (39.5 ± 25.1), daha sonra sırasıyla cerrahi (16.8 ± 10.7) ve dahiliye kliniklerinde (12.6 ± 7.8) bulunmaktadır.

Hemşirelerin çalıştıkları ünitelere göre hasta sayısı ortalamaları arasında acil servis, cerrahi ve dahiliye kliniklerinde daha fazla olmak üzere ileri derecede anlamlı bir fark vardır ($p < 0.001$). Nöbetteki hasta sayısı ortalamaları arasından da aynı klinikler öncelikli olarak yer almakta ve klinikler arasında nöbetlerdeki hasta sayısının fazlalığı açısından fark bulunmaktadır ($p < 0.001$). Diğer taraftan bir nöbette aralıksız çalışma saatlerinin uzunluğu açısından sırasıyla yoğun bakım, cerrahi ve dahiliye klinikleri, acil servis ve ameliyathane gelmektedir ($p < 0.001$). Bu araştırmada hemşirelerin %76’sı rutin olarak

“her zaman” ve %22.1’i ise “bazen” 12 saatten daha uzun süre çalıştıklarını bildirmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çalışma koşullarına çıkarılan yönetmelik ve genelgede hemşirelerin çalışma sürelerine ilişkin 8 saatlik vardiya ya da 08-08 saatleri ile 16-08 saatleri arasında 24 ve 16 saatlik nöbet tutma şeklinde çalışabilecekleri bildirilmektedir. Uzun saatler kesintisiz çalışma ve nöbetler, iş yoğunluğunu ve dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engelleyebilmekte ve buna bağlı tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Hasta güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin uzun saatler boyunca çalışması gösterilmiştir (Rogers et al. 2004).

Tablo 2. Hemşirelerin Çalıştıkları Ünitelere Göre Mesai ve Nöbetteki Hasta Sayıları ile Nöbette Çalıştıkları Saat Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:104)

Üniteler	Bir mesaideki hasta sayısı	Nöbetteki hasta sayısı	Nöbette aralıksız çalıştığı saat
Dahiliye klinikleri	12.6±7.8	19.3±11.3	18.5±8.3
Cerrahi klinikleri	16.8±10.7	30.8±13.6	22.1±5.6
Yoğun bakım	5.0±2.0	8.9±1.8	20.0±8.4
Yönetim	12.0±16.5	6.0±0.0	8.0±5.9
Poliklinik/destek tanı	6.2±5.2	5.8±0.4	3.4±1.3
Acil	39.5±25.1	44.7±24.2	16.3±10.6
Ameliyathane	5.0±0.0	6.0±0.0	10.7±2.8
F Değeri	10.014	12.129	7.679
P Değeri	0.000	0.000	0.000

Yoğun teknoloji kullanımı, hizmet sürecindeki çok sayıdaki değişken, sağlık çalışanları arasındaki iletişim nedeniyle sağlık bakım kurumları oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir.

Sağlık bakım kurumlarındaki bu karmaşık yapı, yaşamsal hatalara, eksikliklere sonuçta hasta güvenliği ile ilişkili sorunlara yol açabilmektedir. Tıbbi hata “hastalığın yönetimi ya da altında yatan hastalık ya da durumdan daha çok, sağlık bakım profesyonellerine bağlı gelişen zarar ya da yaralanma” olarak tanımlanmaktadır. (WHO 2001, WHPAFS 2002, Esatoğlu ve Akbulut 2007). Araştırma kapsamında yer alan 104 hemşire tıbbi hatayı “yanlış ya da eksik uygulamalar sonucu hastanın etkilenmesi, uygulama hatası, kasıtsız olarak yapılan uygulamalar, beklenilmeyen sonuçlar” olarak tanımlamışlardır. Çalışmamızdaki hemşirelerin tıbbi hatayı “yaptıkları uygulamalara bağlı ortaya çıkan yanlış ve eksik uygulamalar, beklenilmeyen sonuçlar” şeklindeki tanımlamalarından, tıbbi hataların sağlık profesyonellerine bağlı geliştiği ve tıbbi hatada kendilerinin de paylarının olduğuna ilişkin görüşlerini destekler niteliktedir.

Tıbbi hatalar; cerrahi yaralanmalar, ilaçların yan etkileri, transfüzyon hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yanmalar ve basınç ülserleri olarak sıralanmaktadır. En sık görülen önlenilebilir hatalar ise; teknik hatalar (%44), tanıda hatalar (%17), korumada yetersizlik (%12) ve ilaç dozajındaki hatalardır (%10) (von Laue et al. 2003). Bizim çalışmamızda ise, hemşireler yaptıkları tıbbi hataları; order-ilaç hataları (%24.0), iş yoğunluğu nedeniyle dikkatsizlik (%12.5), hasta kimliğinin kontrol edilmemesi (%9.6), iletişim eksikliği (%4.8), el hijyenine uymama (%4.8), hastane enfeksiyonların gelişmesi (%1.9), ünite

ile personel niteliğinin uygun olmaması (%1.0) olarak bildirmişlerdir. Hemşirelerin sıraladıkları bu tıbbi hataların önlenilebilir nitelikteki hatalar olduğu görülmektedir. Hemşireler tarafından “önlenilebilir” hataların tıbbi hata olarak bildirilmesi düşündürücü olmasına karşın, bu tıbbi hataların uygulamalar, hizmet içi eğitim ve işbirliği içerisinde önlenilebileceği görüşü gerekli çalışmalarını başlatabilir ve yön verebilir.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Bal 2006, Göl 2007, Sezgin 2007).

Çalışmamızdaki hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri “tıbbi ve fiziksel hatalar, travma, kimliklendirme, ilaç güvenliği, iletişimsizlik, düşmeleri önleme, güvenli ortam yaratılması, doğru tedavi ve bunun için alınacak önlemler” olarak kaydedilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin tamamı (%100.0) hemşirelerin hasta güvenliğini ilgilendiren uygulamalara önemli katkılar sağlayacağını; %87.5’i hemşirelerin istenmeyen ya da hatalı olayları önleyebileceğini ve %81.7’si ise “eğer hasta olsaydı böyle bir ortamda kendilerini güvende hissedebileceklerini” bildirmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu hastanedeki tıbbi hataların iletişimden kaynaklandığını (%80.8), buna karşın sistem (%65.4) ve insan kaynaklı (%67.3) tıbbi hataları daha düşük oranda bildirmişlerdir. Oysa hasta

güvenliğine ilişkin son çalışmalar, hataların bireysel olmaktan daha çok ilaç hataları, sistemdeki eksiklikler, örgütlenme ve çalışma biçimi gibi sisteme dayalı olduğu yönündedir (WHO 2001, WHPAFS 2002, Esatoğlu ve Akbulut 2007). Kurumda insan kaynaklarına ilişkin politikalar ve uygulamalar yetersizse, çalışanların sayısı az ve çalışma biçimi hakkında bilgileri yoksa oryantasyonu tam değilse, uygun eğitim almamışsa, motivasyonu düşükse ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmemişse tıbbi hatalar ve hasta güvenliği açısından sorunlar sık görülebilmektedir (Olden and MCCAughn 2007).

İstenmeyen olay ya da tıbbi hataların önlenmesinde erken eyleme geçebilmek için

hemşirelerin kapasitelerinin güçlendirilmesi gerekir. Hemşireler hataları tanımlamak, analiz etmek ve eylemde bulunmak açısından uygun konumdadır. Çünkü hemşireler kurumda ve yönetimde sürekliliği olan kıdemli kişilerdir, kalite güvenliğine ilişkin çalışmalarda yer alır ve bu çalışmalara katılır. Teknolojiyi en fazla kullanan grup olarak hemşireler sağlık hizmetlerinin sunumunda işlemlerin belirlenmesi ve iyileştirilmesinde yer alır, hataları tanımlama ve analiz etmede gerekli becerilere sahiptir. Hemşire eğitiminde tıbbi hatalara ve nedenlerine ilişkin farkındalık geliştirilmesi gerekir (British Association of Critical Care Nurses 2006).

Tablo 3. Tıbbi Hataların Rapor Edilme Durumuna Göre Bazı Durumların Karşılaştırılması (n=104)

	Tıbbi Hata Raporu		Toplam	Değer
	Evet	Hayır		
Yaş				
26-30 yaş	21 (23.6)	9 (60.0)	30 (28.8)	X ² :8.229
31-40 yaş	56 (65.2)	5 (33.3)	63 (60.6)	p:0.016
41-50 yaş	10 (11.2)	1 (6.7)	11 (10.6)	
Eğitim Düzeyi				
Sağlık Meslek Lisesi	23 (25.8)	5 (33.3)	28 (26.9)	X ² :0.506
Önlisans(AÖF/SHMYO)	56 (62.9)	8 (53.3)	64 (61.5)	p:0.776
Lisans/Lisansüstü	10 (11.2)	2 (13.4)	12 (11.5)	
Çalışma Süresi (yıl)	14.2±6.0	10.8±6.5		t:2.028 p:0.045
Mesaideki Hasta Sayısı	16.5±6.1	9.7±6.0		t:2.608 p:0.014
Nöbetteki Hasta Sayısı	22.6±17.8	20.6±11.5		t:0.495 p:0.628
Nöbette Çalışma Süresi	16.9±9.1	18.8±6.9		t:0.921 p:0.368
Hastanedeki hatalar				
İnsan kaynaklı				
Evet	57 (64.0)	13 (86.7)	70 (67.3)	X ² :2.965
Hayır	32 (36.0)	2 (13.3)	34 (32.7)	p:0.084
Sistem kaynaklı				
Evet	55 (61.8)	13 (86.7)	68 (65.4)	X ² :3.508
Hayır	34 (38.2)	2 (13.3)	36 (34.6)	p: 0.061
İletişim kaynaklı				
Evet	74 (83.1)	10 (66.7)	84 (80.8)	X ² :2.244
Hayır	15 (16.9)	5 (33.3)	20 (19.2)	p:0.134
Toplam	89 (85.6)	15 (14.4)	104 (100.0)	

Bizim çalışmamızdaki hemşirelerin %87.5'i hastanede güvenlik komitesinin, %75.0'i politikaların ve %87.5'i düşmeleri önlemeye yönelik programların olduğunu; %66.3'ü hasta güvenliği konusunda hastanedeki ekip tarafından iyi eğitim verildiğini, %90.4'ü hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak için eğitim düzeylerinin yeterli olduğunu, %77.9'u hasta güvenliğine ilişkin konuların belirlendiği ve duyurulduğunu ifade etmiştir.

Hastanelerde ortaya çıkan hatalı olayları ortadan kaldırmak üzere kurulacak sistemli yaklaşımda; konuya ilişkin veri toplanması, araştırılması, sistemdeki sorunlara karşı stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda hataların korkmadan ve çekinmeden bildirildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır (Cooper 2000, Pizzi et al. 2001). Hasta güvenlik kültürü sorunu olarak, sağlık bakım kurumlarında suçlama kültürü de bulunmaktadır. Sağlık çalışanları suçlanma ve cezalandırılma korkusu içinde tıbbi hatalar ve güvenlik kültürü sorunlarını bildirmek ve tanımlamaktan kaçınmaktadır. Araştırmacılar, bu tip kültürün tıbbi hata ve hasta güvenliği açısından çoğaltıcı bir ortam olduğunu düşünmektedir (Henriksen ve Dayton 2006). Bizim çalışmamızdaki hemşirelerin %64.4'ü kurumda hatalı ya da istenmeyen bir olay oluştuğunda sorunun anlaşılmasına çalışıldığını, %14.4'ü ise cezalandırma ya da suçlama davranışı gösterildiğini bildirmiş; geri kalan %12.2'si ise "bilmiyorum, karşılaşmadım ya da hiçbir şey yapılmaz" şeklinde yanıt vermiştir.

Aynı zamanda çalışmadaki hemşireler; hastalara yönelik hataların rapor edilmesi gerektiğini (%85.6), tıbbi hataları rapor etme konusunda hemşirelerin kurum tarafından desteklendiklerini (%81.7), hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini (%83.7), rapor etme konusunda yeterince hizmet içi eğitim verildiğini (%66.3) ve deneyimleri paylaşmanın hataları önlediğini (%100) bildirmişlerdir.

Tıbbi hataları rapor etme durumlarına göre hemşirelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma

süreleri, bir mesaideki ve nöbetteki ortalama hasta sayısı, nöbette çalışma süreleri ve hastanedeki hataların insan, sistem ve iletişim kaynaklı olup olmadığına ilişkin karşılaştırmalar Tablo 3'de yer almaktadır. Tıbbi hataların rapor edilmesini isteyen hemşirelerin çoğunluğunun 31-40 yaş grubunda (%65.2) yer aldığı ve bu dağılımın ileri düzeyde anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır (p:0.016). Eğitim düzeyi açısından da önlisans mezunları çoğunluğu oluşturmuştur. Çalışma süresi daha uzun süre olanlar, mesaide ve nöbetteki hasta sayısı daha fazla olanlar ile nöbetteki çalışma süreleri daha uzun olanlar tıbbi hataların rapor edilmesi taraftarı görülmektedir. Hemşireler hastanedeki hataların da insan ve sistem kaynaklı olmaktan daha çok, iletişim kaynaklı olduğunu ve rapor edilmesi gerektiğini bildirmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik hastanede Nisan 2007 tarihinde başlatılan çalışmaların, hemşirelerin bu konudaki sorunlara yaklaşım ve görüşlere olumlu yönde katkı sağladığı ve hasta güvenliğine ilişkin sağlık hizmetlerinde hemşirelerin önemli bir temel oluşturabileceği sonucuna varılmıştır. Ancak, hasta güvenliğine ilişkin sistem ve insan kaynaklı sorunların çözümüne ağırlık verilmesi, hastane ortamında hasta güvenlik kültürünün oluşturulması ve benimsenmesi yönünde ayrıntılı çalışmalara gereksinim olduğu, bu yöndeki çalışmaların başlatılmasının olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın verilerinin toplanmasına katkı sağlayan Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü ve İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi elemanlarına; Yasemin Yıldırım, Murat Yapıcı, Serpil Özdener, Nihal Mısırlıoğlu, ve Erdoğan Şentürk'e teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Bal E (2006). Akreditasyon içinde hasta hakları ve hasta güvenliği <http://www.suvak.org.tr/> (erişim: 31 Ekim 2006).

Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine* 324 (6):370-7.

British Association of Critical Care Nurses (2006). Captain and champion: nurses' role in patient safety. *Nursing in Critical Care* 11 (6): 265-266.

Cooper MD (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science* 36 (2): 111-136.

Donabedian A (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. *Darling v. Charleston Community Hospital*, 33 Ill. 2d 326, 211 N.E. 2d 53, 14 ALR. 3d 860 III (September 25, 1965).

- Eichhorn J, Cooper J, Cullen D et al.** (1988). Anesthesia practice standards at Harvard: A review. *Journal of Clinical Anesthesia* 7(1): 55-65.
- Esatoğlu E, Akbulut Y** (2007). Hasta güvenliğinde iş tasarımının önemi ve bir model önerisi. I. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongre Kitabı, Antalya.
- Göl G** (2007). Bayındır hastanelerinde hasta güvenliği yöntemleri. I.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Kitabı, Antalya.
- Henriksen K, Dayton E** (2006). Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health Services Research* 41 (4): 1539–54.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N et al.** (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 324 (6):377-84.
- Mills D (Ed)** (1977). Report on the medical insurance feasibility study. San Francisco, CA: Sutter Publications, Inc. Sponsored jointly by California Medical Association and California Hospital Association.
- Olden PC, MCCAughrın WC** (2007). Designing Healthcare Organizations to Reduce Medical Errors and Enhance Patient Safety. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare* 85(4):4-9.
- Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB** (2001). Promoting a culture of safety. Making health care safer, AHRQ Publication O1-E058.
- Rogers AE, Hwang TW, Scott LD et al.** (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 33 (4): 202-212.
- Sezgin B** (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al.** (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care* 38: 261–271.
- von Laue NC, Schwappach DLB, Koeck CM** (2003). The epidemiology of medical errors: A review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 115 (10): 318–25.
- World Health Organization** (2001). Quality of care: patient safety. World Health Organization Executive Board EB109/9, 5 December. http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB109/eeb1099.pdf (accessed 24 July 2002).
- World Health Professions Alliance Fact Sheet** (2002). Health professionals call for priority on patient safety <http://www.whpa.org/factptsafety.htm> (accessed:12 September 2008)
- World Health Organization** (2004). World alliance for patient safety forward programme, October 2004, www.who.int/patientsafety (erişim: 24.07.2008).