

ARAŞTIRMA

HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİNİN BELİRLENMESİ*

Fatma CEBECİ** Elif GÜRİSOY*** Sebahattin TEKİNGÜNDÜZ****

Alınış Tarihi: 27. 07. 2011

Kabul Tarihi: 05. 07. 2012

ÖZET

Amaç: Araştırma hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma, 15 Eylül-18 Kasım 2010 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kliniklerinde çalışan ve aydınlatılmış onam alınan toplam 203 hemşire ile yapılmıştır. Veriler, "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının 4.74 ± 0.46 olduğu ve hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin alt boyutlara ilişkin aldıkları en yüksek puan ortalamasının iletişim ($\bar{x} = 4.86 \pm 0.39$), en düşük puan ortalamalarının ise hasta izlemi ve malzeme cihaz güvenliği ($\bar{x} = 4.63 \pm 0.59$) ile düşmelerin önlenmesi ($\bar{x} = 4.63 \pm 0.57$) olduğu saptanmıştır. Çalışma saatlerinin uzun olmasının tıbbi hatayı etkileme durumu ile iletişim alt boyutları arasında zayıf düzeyde pozitif ($r=0.139$) anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) ve iletişim alt boyutunun puanı ile günlük çalışma saati arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu görülmekle birlikte ülkemizde hasta güvenliği kültürünün oluşmaması nedeni ile sorulara olumlu yönde cevap verebilecekleri unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi hata; eğilim; hemşire.

ABSTRACT

Determining the Level of Tendency in Malpractice Among Nurses

Objective: This study aims to determine the level of proneness to malpractice among nurses.

Method: This is a descriptive and cross-sectional study. This study was performed with the voluntary participation of 203 nurses working in clinics of Ankara Numune Training, and Research Hospital. The data were collected by using "Malpractice Trend Scale in Nursing".

Results: The proneness to malpractice among nurses was low. The mean score for Malpractice Trend Scale was found as $\bar{x} = 4.74 \pm 0.46$ of all subscales, the highest score came from communication ($\bar{x} = 4.86 \pm 0.39$), while the lowest scores came from the patient monitoring and the safety of medical equipment ($\bar{x} = 4.63 \pm 0.59$), and the prevention of falls ($\bar{x} = 4.63 \pm 0.57$). There was a weakly significant relationship ($r=0.139$) between the tendency in malpractice, long working hours and the subscales of communication ($p<0.05$). Moreover, a statistically significant difference was found between the communication scores and working hours.

Conclusion: Despite the obtained low scores, it should be noted that nurses might tend to respond the questions affirmatively due to the absence of a culture of patient safety in Turkey.

Keywords: Medical errors; trend; nurse.

GİRİŞ

Tıbbi hata, hastaya sunulan sağlık bakım hizmetleri sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır. 1990'lara kadar tıbbi hataların sıklığı yeterince bilinmezken, günümüzde tıbbi hatalar nedeni ile ölen ya da zarar gören pek çok hasta olduğu bilinmektedir. Tıbbi hatalar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde önde gelen ölüm nedenleri arasındadır (Balas, Scott

and Rogers 2004; Anezz 2006; Mitchell 2008). De Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma ve Boormeester (2008) yaptıkları sistematik derlemede, istenmeyen olayların %74.0- %81.2 oranlarında hastanelerde görüldüğünü bildirmişlerdir. Hastanede yatan her 100 hastadan 10'u tıbbi hatalar nedeni ile zarar görmekte (Anezz 2006), 10 hastadan birinde

*13. Ulusal Hemşirelik Kongresinde Sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü (Doç. Dr.) fcebeci@akdeniz.edu.tr

*** Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü (Yrd. Doç. Dr.)

**** SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (Uzm.)

istenmeyen olay meydana gelmekte (De Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma and Boormeester 2008) ve istenmeyen olayların %61'inin insan faktörü ile engellenebileceği bildirilmektedir (Smits, Zegers, Groenewegen, Timmermans Zwaan, van der Wal et al. 2010).

Ülkemizde tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle birlikte, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. 1931-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında tıbbi hatalarla ilgili yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüştür. Son beş yıldaki vakaların yaklaşık yarısında, sağlık personelinin az veya çok kusurlu olduğu bulunmuştur (Temel 2005). 1993-1998 yılları arasında yüksek sağlık şurasına gelen 1015 hatalı uygulama vakasının 59'unun ise hemşire ve ebelerle ilgili olduğu belirlenmiştir (Gündoğmuş, Özkara ve Mete 2004). Sağlık çalışanları içinde çoğunluğu oluşturan hemşireler, bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarının çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile beraberliğinin sürekliliği gibi nedenlerle diğer meslek gruplarına kıyasla daha sık tıbbi hata riski ile karşılaşılır (Anezz 2006; Tang, Sheu, Yu, Wei and Chen 2007). Hasta güvenliği, nitelikli hasta bakımının temeli ve hemşirelerin önceliğidir. Hata bildirimini ise hata risklerinin azaltılması ve engellenmesine hizmet ettiği için hasta güvenliği kapsamında ele alınmaktadır (Farquhar, Collins Sharp and Clancy 2007).

Hasta güvenliğini tehdit eden, kaynak, işgücü ve can kaybına yol açabilen tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkün olabilir (Farquhar, Collins Sharp and Clancy 2007; Mitchell 2008). Hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren hataların; hastaların durumundaki değişikliklerin yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesi, ilaç uygulama hataları, ilaç reaksiyonlarının uygun izlenmemesi, hastaya zarar verecek durumların ve yetersizliklerin uygun şekilde denetlenmemesi, ameliyatta yabancı cisim unutulması, hastanın durumundaki değişikliklerin erken fark edilerek doktora bildirilmemesi, doktor istemlerinin yanlış yorumlanması, uygun olmayan ya da yanlış malzeme kullanımı, mevcut protokollere uyulmaması, hastane enfeksiyonları, iletişim eksikliği, hasta düşmeleri, yatak yaraları ve kan transfüzyonu ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Giordano 2003, Larson and Elliott 2009). Hemşirelerin, yasalar karşısında kendilerini korumaları için de hata alanlarını bilmeleri önemlidir (Brady, Malone and Fleming 2009;

Cebeci 2010). Sağlık çalışanlarının yaptığı tıbbi hataların belirlenmesi, hata kaynaklarının saptanarak hataların hastaya ulaşmadan önce yakalanmasını ve düzeltilmesini sağlayabilir (Anderson, Stumpf and Schulkin 2009). Tıbbi hataların tanımlanmasındaki stratejilerden biri oluşabilecek hataları öngörmedir (Henneman, Blank, Gawlinski and Henneman 2006).

AMAÇ

Bu çalışmada amaç, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin belirlenmesidir. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin bilinmesinin tıbbi hataların önlenmesi yönünde geliştirilecek tedbirlerin alınmasında ve hemşirelerin yasal durumlarla karşı karşıya kalmalarının önlenmesi/azaltılmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma, 15 Eylül -18 Kasım 2010 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Hastanede toplam 750 hemşire görev yapmakta olup kliniklerde çalışan hemşire sayısı 500'dür. Çalışma hastanenin kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya istekli olan toplam 203 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmaya başlamadan önce ilgili birimlerden yazılı izin ve katılımcı hemşirelerden yazılı onam alınmıştır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1140 yatak kapasitelidir. Hastanede Sağlık Bakanlığı direktifleri doğrultusunda 2004 yılından itibaren kalite çalışmaları devam etmekte, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimler yapılmaktadır. Hemşireler 08.00-17.00 ve 16.00-08.00 şeklinde iki vardiya halinde çalıştırılmaktadır. Gündüz saatlerinde bir hemşireye düşen ortalama hasta sayısı 10-15 iken bu sayı akşam saatlerinde 25-30 olabilmektedir.

Veri toplama araçları

Veri toplamada, araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri formu ile Özata ve Altunkan (2009) tarafından geliştirilen ve aynı yazarlar tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan "Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği" (HTHEÖ) kullanılmıştır. Ölçekte hemşirelerin hasta bakımında günlük rutin olarak yerine getirdikleri faaliyetleri içeren 49 madde ve 5 alt boyut yer almaktadır. Hemşirelerden, ölçekte yer alan her maddenin kendileri için uygun olanı işaretlemeleri istenmiştir. Toplam puanların artması hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek

Likert tipi 5 basamaklıdır. 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde değerlendirilmektedir (Özata ve Altuncan 2009). Yazarlar ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısını (Cronbach Alpha) 0.95 olarak bulmuşlardır. Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alpha) 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları ise “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu için 0.82, “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt boyutu için 0.83, “Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği” alt boyutu için 0.77, “Düşmelerin Önlenmesi” alt boyutu için 0.78, “İletişim” alt boyutu için 0.49 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin ve alt boyutların (iletişim dışında) yeterli güvenilirlikte olduğunu (Cronbach Alpha>0.70) göstermektedir. Ölçeğin iletişim alt boyutunun iç tutarlılık güvenilirlik katsayısının düşük olduğu görülmüştür. İletişim alt boyutu orijinal ölçekte de (0.85) diğer alt boyutlardan (0.97, 0.96, 0.93, 0.89, 0.88) daha düşüktür. Bu durum iletişim boyutunun önemini göstermekle birlikte daha büyük örneklem grubunda tekrarlanmasını gerektirebilir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışmanın bir kurumda yapılmış olması ve araştırmaya katılan hemşirelerin bildirimine dayanması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin analizi, “SPSS for Windows 13.0” yazılım paket programında gerçekleştirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, HTHEÖ ve 5 alt boyutun madde puan ortalamaları, standart sapmaları, ölçeğin ve alt boyutların iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları (Cronbach Alpha) hesaplanmış, korelasyon analizi, bağımsız gruplar arasında t testi ve tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş aralıkları 20-59, yaş ortalamaları ise 34.4 ± 6.8 'dir. Hemşirelerin %62.6'sı cerrahi kliniklerde çalışmakta, %54.7'si önlisans mezunu ve %88.2'si kadındır. Meslekte çalışma süreleri 1-38 yıl, ortalamaları ise 13.6 ± 7.7 'dir. Haftalık 41 saat ve üzerinde çalışan hemşire oranı %44.8, 16 saatlik nöbetler halinde çalışanların oranı ise %71.9'dur. Hemşirelerin %88.2'si çalışma saatlerinin uzun olmasının tıbbi hataya eğilimi etkileyeceğini

belirtmişlerdir. Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından 2008 yılında hazırlanan Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları başlıklı raporda da uzun çalışma saatlerinin hasta güvenliği açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir (Bilazer, Konca, Uğur, Uçak, Erdemir ve Çıtak 2008).

Araştırmadan elde edilen bulgular incelendiğinde HTHEÖ toplam puan ortalamalarının 4.74 ± 0.46 olduğu tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ortalamasının 5.00 olması nedeni ile hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğu söylenebilir. Bu sonuç Özata'nın (2009) bulguları ile paralellik göstermektedir.

Ölçeğin toplam puan ortalamaları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin cinsiyet, haftalık çalışma saati, uzun çalışma saatleri, yaş, meslekte çalışma süresi, günlük çalışma saati, mezun olunan okul ile toplam puanlar arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır.

Ölçek alt boyutları puan ortalamaları ile cinsiyet, haftalık çalışma saati ve uzun çalışma saatleri istatistiki olarak değerlendirilmiş yalnızca iletişim alt boyutu ile uzun çalışma saatlerinin tıbbi hatayı etkilemesi arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p = 0.048$, $t = 1.993$). Araştırmada kullanılan HTHEÖ alt boyutlarına ilişkin elde edilen ortalama puanlar tablolarda (1, 2, 3, 4, 5.) gösterilmiştir.

Ölçeğin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunda 18 madde yer almakta olup toplam puan ortalaması 4.80 ± 0.33 'dür. Bu sonuç ölçekten alınabilecek en yüksek puan ortalamasının 5.00 olması nedeni ile hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulama hatası yapma eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir. İlaç hataları en fazla görülen ve hasta güvenliğini tehdit eden hata türüdür (Brady, Malone and Fleming 2009; Nguyen, Connolly and Wong 2010). Milch Salem, Pauker, Lundquist, Kumar and Chen (2006)'in yaptığı çalışmada, ilaç hatalarının hemşirelerin bildirdiği istenmeyen olaylara neden olan hataların %33'ünü oluşturduğu bildirilmiştir. Hastanede yatan hastalarda kalıcı sakatlık ve ölüme neden olan ilaç hatalarının %4-16.6 oranında görüldüğü (Preston 2004; Henneman, Blank, Gawlinski and Henneman 2006; Brady, Malone and Fleming 2009; Wright 2010) ve hastaların hastanede kalış süresini uzattığı (Courtenay and Griffiths 2010)

bilinmektedir. Rapor edilen ilaç hatalarının %50'si ise önlenabilir hatalardır. İngiltere' de 2001 yılında ilaç uygulama hatalarından yaklaşık 1200 kişinin öldüğü belirlenmiştir (Preston 2004). İlaç hataları ile ilgili 33 araştırmanın incelendiği sistematik derlemede, ilaç hazırlama ve uygulama sırasında çok dikkatli olunması gereği vurgulanmaktadır (Wright 2010). İlaç uygulamaları sırasında kesintiye uğrama, bilgi

ve beceri eksikliği, doğru ihlalleri, ağır iş yükü, bakımda sürekliliğin olmaması ve ekip üyeleri arasında iletişim yetersizliği hataların ortaya çıkmasında etkili faktörlerdir (Hillin and Hicks 2010; Nguyen, Connolly and Wong 2010). Yapılan ilaç hatalarından en yaygın olanlarının ise yanlış doz (%36.1) ve yanlış ilaç (%26.4) uygulaması olduğu bildirilmektedir (Tang, Sheu, Yu, Wei and Chen 2007).

Tablo 1. HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulama Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutu	Puan	
	Min-Maks.	$\bar{x} \pm SS$
IV, IM ve SC enjeksiyonlarda ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim*	4-5	4.98 ± 0.15
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum	4-5	4.97 ± 0.17
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim	4-5	4.97 ± 0.17
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim	4-5	4.96 ± 0.20
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	3-5	4.95 ± 0.24
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum	4-5	4.94 ± 0.23
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	3-5	4.91 ± 0.30
İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm	4-5	4.91 ± 0.28
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim	3-5	4.90 ± 0.32
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim	3-5	4.88 ± 0.34
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	4-5	4.86 ± 0.34
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	3-5	4.84 ± 0.37
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	3-5	4.69 ± 0.47
Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim	3-5	4.68 ± 0.48
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	1-5	4.66 ± 0.60
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım	2-5	4.59 ± 0.64
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	2-5	4.44 ± 0.63
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	2-5	4.44 ± 0.64
Genel	1-5	4.80 ± 0.33

IV: İntravenöz, IM: İntramusküler, SC: Subkutan

Hemşirelerin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutuna ilişkin verdikleri cevaplar incelendiğinde ise en yüksek puanın “IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” maddesine ait olduğu ($\bar{x}=4.98\pm 0.15$) görülmektedir (Tablo 1). Parenteral ilaç uygulamaları hemşirelerin en fazla dava edilmelerine yol açan uygulamalar arasındadır (Demir-Zencirci 2010). Hemşirelerin uygulamalar sırasında gösterecekleri özen ve dikkat hastanın zarar görmesini (Nguyen, Connolly and Wong 2010) ve hemşirelerin yasal durumlarla karşı karşıya kalmalarını engelleyebilir (Cousins, Sabatier, Begue, Schmitt and Hoppe-Tichy 2005). Reid, Estacio and Albert (2009)' in yaptığı çalışmada; ilaç

hatalarının %26 düzeyinde olduğu ve %3 'ünün ölüme yol açtığı, transfüzyon hatalarının ise %2 düzeyinde görüldüğü ancak iki transfüzyon hatasından birinin ölüme neden olduğu bildirilmiştir. Çırpı, Doğan-Merih ve Yaşar-Kocabey (2009) hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının belirlenmesine yönelik çalışmada ilaç uygulama hatalarının %47.0, kan transfüzyon hatalarının ise %0.8 düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

“İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunda en düşük puan ortalamalarının ise; “İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım ($\bar{x}=4.44\pm 0.63$)” ve “İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim ($\bar{x}=4.44\pm 0.64$)” maddelerine ait olduğu

görülmektedir (Tablo 1). İlaçların yan etkilerinin bilinmemesi ve ilaç uygulaması yapıldıktan sonra etkilerinin izlenmemesi hastanın yaralanmasına ya da ölümüne neden olabilmektedir. %13.3 düzeyinde ortaya çıkan ilaç yan etkilerinin %0.4'ünün ölüme neden olduğu bildirilmektedir (Reid, Estacio and Albert

2009). İlaç hazırlama ve uygulama sırasında temel standartlara uymama ve ilgili rehberleri takip etmeme, hemşirelerin hata yapmalarının ve dava edilmelerinin en yaygın nedenleri olarak gösterilmektedir (Demir-Zencirci 2010; Nguyen, Connolly and Wong 2010).

Tablo 2. HTHEÖ Enfeksiyonların Önlenmesi Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Enfeksiyonların Önlenmesi Alt Boyutu	Puan	
	Min-Maks.	$\bar{x} \pm SS$
İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim	3-5	4.89 ± 0.32
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim	3-5	4.86 ± 0.37
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim	3-5	4.83 ± 0.38
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim	3-5	4.83 ± 0.39
Hastaya uygulanan invaziv girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim	4-5	4.81 ± 0.39
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm	3-5	4.80 ± 0.42
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim	3-5	4.77 ± 0.44
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım	1-5	4.75 ± 0.57
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim	2-5	4.67 ± 0.59
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım	2-5	4.66 ± 0.55
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim	3-5	4.63 ± 0.55
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim	3-5	4.58 ± 0.52
Genel	1-5	4.81 ± 0.46

Ölçeğin “*Enfeksiyonların Önlenmesi*” alt boyutunda 12 madde yer almaktadır. “*Enfeksiyonların Önlenmesi*” alt başlığına ilişkin sonuçlar incelendiğinde puan ortalamalarının 4.80 ± 0.46 olduğu, en yüksek puanların; “İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim ($\bar{x}=4.89 \pm 0.32$)” maddesine verildiği görülmektedir (Tablo 2). Çırpı, Doğan-Merih ve Yaşar-Kocabey (2009)’in yaptığı çalışmada hastane enfeksiyonlarının %34.6 düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Tüm dünyada 1.4 milyondan fazla insanın hastanelerde edinilmiş enfeksiyonlardan mağdur olduğu tahmin edilmektedir. Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi sağlık uygulamalarının en zor alanlarından biridir ve enfeksiyon oranlarındaki artış, sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için büyük bir endişe kaynağıdır. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların azaltılması, kurumsal bir yaklaşım gerektirir. Enfeksiyon riskinin azaltılmasında; enfeksiyon kontrol prosedürlerinin geliştirilerek uygulanması,

çalışanların eğitimi, kanamalı hastaların yönetimi, kan ve vücut sıvıları ile temasta gerekli tedbirlerin alınması, bulaşıcı hastalığı olan hastalar için gerekli tedbirlerin alınması, kan ve kan ürünlerinin, enfekte atıkların, vücut sıvılarının, keskin uçlu atıkların ve iğnelerin uygun şekilde imhası önemlidir (Anezz 2006, Howe 2006).

Ölçeğin “*Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği*” alt boyutunda 9 madde yer almaktadır. “*Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği*” ölçeğin diğer alt boyutlarına göre en düşük genel puan ortalamasını (4.63 ± 0.59) alan alt boyutlardan biridir (Tablo 3). Oysa hastaların durumlarının yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesi hemşireleri yasal durumla karşı karşıya getiren en önemli hatalardan biridir (Giordano 2003). “Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim ($\bar{x}=4.82 \pm 0.40$)” maddesinin “*Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği*” alt boyutunda en yüksek puanı aldığı, “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk

olanları rapor ederim ($\bar{x}=4.36\pm 0.84$)” maddesinin ise en düşük puanı alan madde olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Yanlış ya da uygun olmayan malzemelerin kullanılması hasta sonuçlarını doğrudan etkileyerek tedavi ve bakımın yanlış yönlendirilmesine ve hastanın zarar görmesine neden olabilir. Güvenli malzeme kullanımı hasta güvenliği kapsamındadır (Farquhar, Collins Sharp and Clancy 2007) ve uygun olmayan malzeme kullanımı hemşireleri yasal durumlarla karşı

karşıya getirebilir. Tüm tıbbi cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonlarının yaptırılması, kullanılan tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi, sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi, yeterli araç, gereç ve sarf malzemesinin temin edilmesi, tüm sarf malzemelerin kullanıcı tarafından uygunluğunun verilmesi, uygun ebatla malzemeler seçilmesi yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesinde önemlidir (Aştı ve Acaroğlu 2000, Anezz 2006).

Tablo 3. HTHEÖ Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği Alt Boyutu	Puan	
	Min-Maks.	$\bar{x} \pm SS$
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim	3-5	4.82 \pm 0.40
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim	3-5	4.80 \pm 0.42
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım	2-5	4.78 \pm 0.51
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	3-5	4.70 \pm 0.48
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım	1-5	4.67 \pm 0.65
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım	2-5	4.53 \pm 0.56
Tüm sarf malzemelerinin son kullanma tarihlerini kontrol ederim	1-5	4.51 \pm 0.72
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım	1-5	4.49 \pm 0.74
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim	1-5	4.36 \pm 0.84
Genel	1-5	4.63 \pm 0.59

Ölçeğin “*Düşmelerin Önlenmesi*” alt boyutunda” 5 madde yer almaktadır. Ölçeğin en düşük genel puan ortalaması (4.63 \pm 0.57) olan alt boyutlardan biri de “*Düşmelerin Önlenmesi*” alt boyutudur (Tablo 4). Hemşirelerin “*Düşmelerin Önlenmesi*” alt boyutunda en yüksek puanı, “Hasta nakillerinde gerekli

tedbirlerin alınmasını sağlarım ($\bar{x}=4.73 \pm 0.46$)” maddesine, en düşük puanı ise “Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm ($\bar{x}=4.45 \pm 0.69$)” maddesine verdikleri görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. HTHEÖ Düşmelerin Önlenmesi Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Düşmelerin Önlenmesi Alt Boyutu	Puan	
	Min-Maks.	$\bar{x} \pm SS$
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım	3-5	4.73 \pm 0.46
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim	1-5	4.67 \pm 0.61
Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım	2-5	4.65 \pm 0.58
Hasta için gerekli araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim	3-5	4.65 \pm 0.53
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri, alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	1-5	4.45 \pm 0.69
Genel	1-5	4.63 \pm 0.57

Hasta düşmelerinin sıkça karşılaşılan tıbbi hatalar arasında olduğu bildirilmektedir (Currie 2008; Demir-Zencirci 2010). ABD’nde 65 yaş ve üzerindeki bireyler de ölümcül olmayan yaralanmaların en yaygın nedeni düşmelerdir (Currie 2008). Hastaneye kabul edilen hastaların %7’sinde düşme rapor edildiği ve düşme sonucu hastaların üçte birinde bir veya daha fazla yaralanma meydana geldiği belirtilmektedir (Terrell, Weaver, Giles and Ross 2009). Reid, Estacio and Albert (2009) düşmelerin %10 düzeyinde olduğunu ve %3’ünün ölüme yol açtığını bildirmektedir. Hastaların düşme sonucu yaralanması, hastanede çalışan hemşirelerin sık karşılaştığı şikayet ve dava nedenlerinden biridir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Demir-Zencirci 2010). Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik gerekli tedbirlerin alınması ve güvenli uygulamalar yapılması önemlidir.

Ölçeğin “İletişim” alt boyutu beş maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin en yüksek genel ortalama puan (4.86 ± 0.39) alan alt boyutun “İletişim” olduğu görülmüştür. “İletişim” alt boyutunda en yüksek puanın “Açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattım ($\bar{x}=4.94 \pm 0.24$)”, maddesine verildiği belirlenmiştir. “Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim ($\bar{x}=4.72 \pm 0.74$)” yanıtının ise en düşük puan alan madde olduğu görülmektedir (Tablo 5). ABD’nde 2009 yılında ortaya çıkan 40.000 ‘den fazla tıbbi hatanın kök nedeninin %60-80 oranında etkisiz iletişim ve ekip çalışması yetersizliği olduğu görülmüştür

(Meginniss, Damian and Falvo 2012). Sosyodemografik değişkenler ile iletişim alt boyutuna ilişkin yapılan Korelasyon analizinde yalnızca çalışma saatlerinin uzun olmasının tıbbi hatayı etkileme durumu ile iletişim alt boyutu toplam puanları arasında zayıf düzeyde pozitif ($r=0.139$) anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Uzun çalışma saatleri tıbbi hataya neden olabilmektedir. İletişim alt boyutu puanı ile günlük çalışma saati arasında istatistiksel açıdan fark olduğu, ($P=0.31$, $F=2.710$), Bonferroni testi sonucunda ise bu farkın 8 saat çalışanlarla 16 ve 24 saat çalışanlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Günlük çalışma saati uzadıkça iletişim alt ölçeğinden aldıkları puan düşmektedir. Bir başka deyişle kliniklerdeki çalışma saatlerinin uzun olması hemşirelerin iletişim hatası yapma eğilimlerini arttırmaktadır. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile ilgili hazırlanan raporda; uzun çalışma saatlerinin, hemşirenin hastaya, yakınlarına ve ekip üyelerine karşı davranışını, hasta ve hasta ailesi ile iletişimini, ilaç tedavisi uygulamalarını, izlem, gözlem ve denetim ile ilgili karar ve uygulamalarını olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Bilazer, Konca, Uğur, Uçak, Erdemir ve Çıtak 2008). Sağlık ekibi üyeleri arasında hasta bakımına ilişkin iletişim kopukluğu hatalı uygulamalara neden olmaktadır. Yapılan çalışmada hemşirelerin hastanede meydana gelen hataların %83.1’inin iletişim kaynaklı olduğuna inandıkları bulunmuştur (Gökdoğan ve Yorgun 2010). Bakım verenler arasındaki iletişimin artırılması

Tablo 5. HTHEÖ İletişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

İletişim Alt Boyutu	Puan	
	Min-Maks.	$\bar{x} \pm SS$
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattım	4-5	4.94 \pm 0.24
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim	4-5	4.92 \pm 0.27
Serviste çift order (doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim	4-5	4.90 \pm 0.30
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim	3-5	4.85 \pm 0.38
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim	1-5	4.72 \pm 0.74
Genel	1-5	4.86 \pm 0.39

için kurumsal bir yaklaşım geliştirilmelidir. İletişim hatalarının engellenmesinde; sözel/telefon direktifleri ile ilgili politika ve yöntemlerin belirlenerek kurum çalışanlarına bildirilmesi ve hasta ile ilgili bilgilerin yazılı olması önemle üzerinde durulan konular arasındadır (Balas, Scott and Rogers 2004; Anezz 2006).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu söylenebilir.

Araştırmanın yapıldığı hastanede kalite çalışmalarının devam etmesi, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimlerin yapılması bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir.

KAYNAKLAR

Anderson B, Stumpf PG, Schulkin J. Medical error reporting, Patient Safety, and the Physician. *Journal of Patient Safety* 2009;5(3):176-9.

Anezz E. Clinical perspectives on patient safety. In: K Wals, R Boaden (Eds.), *Patient Safety Research in to Practice*. (1st ed.) London: McGraw Hill Education Open University Press; 2006. p.9-18.

Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4(2):22-7.

Balas M, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research* 2004;17(4):224-30.

Bilazer F, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. 1.Baskı. Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayınları 2008. p.5-27.

Brady AM, Malone AM, Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management* 2009;17(6):679 – 97.

Cebeci F. Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. *Türkiye Klinikleri* 2010;2(1):57-63.

Courtenay M, Griffiths M. Introduction to medication errors and medication safety. In *Medication Safety An Essential Guide*. Molly Courtenay and Matt Griffiths (Ed.). New York: Cambridge University Press; 2010. p.1-7.

Cousins D, Sabatier B, Begue D, Schmitt C, Hoppe-Tichy T. Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France. *Quality and Safety in Health Care* 2005;14(3):190–5.

Currie L. Fall and injury prevention In: Hughes RG (Ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Hand book for Nurses*. 1st ed. Rockville: AHRQ Pub; 2008. p.5-35.

Ancak ülkemizde hasta güvenliği kültürünün henüz oluşmaması, hemşirelerin sorulara olumlu yönde yanıt vererek hataları gizleme eğilimi göstermelerine ve tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük çıkmasına neden olabileceği de unutulmamalıdır. Araştırma bulguları, hemşirelerin günlük çalışma saatinin 8 saatten daha uzun olması ile iletişim hatası yapma arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşireler hasta bakımındaki hataların ve hata alanlarının tanımlanması ve ortaya konmasında önemli bir meslek grubudur. Bu nedenle çalışmanın farklı kurumlarda tekrarlanması ve daha büyük bir örneklem grubu ile yapılması önerilebilir.

Çırpı F, Doğan-Merih Y, Yaşar-Kocabey M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin bu konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(3):26-34.

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17(3):216-23.

Demir-Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010;12(1):67-74.

Farquhar M, Collins Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice. *AORN Journal* 2007;86(3):455-7.

Giordano K. Examining Nursing Malpractice: A Defense Attorney’s Perspective. *Critical Care Nurse* 2003;23(2):104-7.

Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(2):53-9.

Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Based on the Higher Health Council Records. *Nursing Ethics* 2004;11(5): 89-98.

Henneman EA, Blank FSJ, Gawlinski A, Henneman PL. Strategies used by nurses to recover medical errors in an academic emergency department setting. *Applied Nursing Research* 2006;19(2):70-7.

Hillin E, Hick RW. Medication errors from an emergency room setting: safety solution for nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2010;22(2): 91-6.

Howe A. Patient safety education, training and professional development. In: Walshe K, Boaden R (Eds.) *Patient safety research in to practice*. (1st pub.) London: McGraw Hill Education Open University pres; 2006. p.187-98.

Larson K, Elliott R. Understanding Malpractice: A Guide for Nephrology Nurses. *Nephrology Nursing Journal* 2009;36(4): 375-7.

Meginniss A, Damian F, Falvo F. "Time Out" for Patient Safety. *Journal of Emergency Nursing* 2012;38(1):51-3.

Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events an analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *Journal of General Internal Medicine* 2006;21(2):165-70.

Mitchell PH. Defining Patient Safety and Quality Care. In Hughes RG (Ed) *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. First ed. Rockville: AHRQ Pub; 2008. p.1-5.

Nguyen EE, Connolly PM, Wong V. Medication Safety Initiative in Reducing Medication Errors. *Journal of Nursing Care Quality* 2010;25(3):224-30.

Özata M. Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(1-2):417-30.

Preston RM. Drug errors and patient safety: the need for a change in practice. *British Journal of Nursing* 2004;13(2):72-8.

Reid M, Estacio R, Albert R. Injury and Death Associated With Incidents Reported to the Patient Safety Net. *American Journal of Medical Quality* 2009;24(6):520-4.

Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, van der Wal G, Wagner C. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies [Electronic version]. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5):1-7.

Tang F-I, Sheu S-J, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(3):447-57.

Temel M. Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi* 2005;3(1): 84-90.

Terrell KM, Weaver CS, Giles BK, Ross MR (2009). ED patient falls and resulting injuries. *Journal of Emergency Nursing* 2009;35(2):89-92.

Wright K. Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurse Education Today* 2010;30(1):85-97.