

HEMŞİRELİKTE YENİ BİR KAVRAM: KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI

A NEW CONCEPT IN NURSING: MISSED NURSING CARE

Öğr. Gör. Gülbanu ZENCİR*

Prof. Dr. İsmetEŞER**

*Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD.

ÖZET

Gerçekte çalışma ortamlarında varlığının bilinmesine rağmen yeterince ele alınmayan ihmal hatası, hasta güvenliği hareketinin tıbbi hatalarla ilişkili olarak tanımladığı iki hatadan biridir. Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı ihmal hatalarının, zor tanındığı, gerçekte daha büyük, sayıca fazla ve yıkıcı bir problem olduğuna dikkat çekmiştir. İhmal hatalarının hemşirelik bakım kalitesinin indikatörü olarak kullanılabilceği bildirilmektedir. Hasta güvenliği literatürünün bir ihmal hatası olarak kabul ettiği Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı (KHB), Kalisch tarafından "gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi" şeklinde tanımlanmıştır. Kalisch, KHB(2006)'nin hemşireler arasında "tartışılmaz" bir konu olduğunu, bu tip hataların araştırılmadığı sürece gizli kaldığını ifade etmiştir. KHB; hasta sonuçları, kalite göstergeleri ve hemşireler açısından negatif sonuçlara (yoğun stres, düşük benlik vb.) yol açabilmektedir. Kalisch, orta düzeyde bir teori olarak kabul gören, evrensel bir fenomen olarak ve değişik hasta sonuçları ile genellenebilir olan karşılanamayan hemşirelik bakımını, KHB modeli ile kavramsallaştırmıştır. Karşılanamayan hemşirelik bakımı hem hasta sonuçları hem de hemşireler üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakımı, karşılanamayan hemşirelik bakımı, hasta güvenliği, tıbbi hatalar

ABSTRACT

In fact, although it is known the presence of work environments, that are not adequately addressed omission error is one of the two error with medical errors by described patient safety movement. Agency for Healthcare Research and Quality noted that omission errors are number excess, recognition difficult, actually larger and a devastating problem. Literature on patient safety, Missed Nursing Care (MNC) have been accepted as an omission error. For these omission errors can be used as indicators of the quality of nursing care reported. Missed Nursing Care described by Kalisch (2006) as "To all or a portion of the neglect or postponement of care" and Kalisch stated among nurses that "disputed" is a subject, unless investigate as long as remained secret. Missed

nursing care can lead with negative patient outcomes, quality indicators and negative results in terms of nurses (high stress, low self-etc.). Missed nursing care that accepted moderate theory, as a universal phenomenon, and the generalization of the results of different patient is conceptualized with MNC model By Kalicsh. Missed nursing care is caused adverse effects on patient out come as well as the nurses

Keywords: Nursing care; missed nursing care; patient safety; medical errors.

GİRİŞ

Hemşirelik iş çevresinin hasta sonuçları üzerine etkisi kesin olarak bilinen bir gerçektir. İş çevresi ile ilgili olarak hasta sonuçlarını etkileyen etmenler arasında ilk akla gelenler; istihdam edilen hemşire sayısı, hemşire tarafından harcanan günlük bakım süresi, iş yükü, iletişim biçimleri ve bakım gereksinimidir. Hemşirelerin çalışma ortamlarından kaynaklanan olumsuzluklar hemşirelik bakımının kalitesini dolayısıyla da hasta sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Olumsuz hasta sonuçlarına örnek olarak; ilaç hataları, basınç yaraları, hastane enfeksiyonları, üst sindirim sistemi kanamaları, kazalar (düşme vb), pulmoner komplikasyonlar sayılabilir (Kalish ve ark. 2009a, Valentin ve ark. 2009). Yapılan araştırmalar benzer şekilde bu verileri desteklemektedir. Çok uluslu prospektif bir çalışmada, %74.5 hata meydana geldiği ve bunların dörtte üçünün ihmalle ilgili olduğu saptanmıştır (Valentin ve ark. 2009). İş çevresi ile ilgili yaşanan tüm bu olumsuzluklar morbidite ve mortalitede artışlara yol açarken, diğer yandan hastane maliyetlerini de arttırmaktadır (Kalish ve ark. 2009a).

Olumsuz hemşirelik iş çevresi ve yol açtığı sorunlar, hemşirelik bakım kalitesi ve hasta güvenliği açısından ele alınmalıdır. Hastanın gereksindiği bakımın çeşitli nedenlerle yerine getirilmemiş olması hem hemşirelik bakım kalitesini hem de hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü "Quality Chasm Series" çalışmalarında, hemşirelik iş çevresi ile hasta güvenliği ve hemşirelik hataları arasındaki bağlantıya odaklanmış ve hemşirenin çalışmasını etkileyen faktörler olarak şu konulara dikkat çekmiştir:

- Hastanın hastalığının ciddiyeti
- Hastanede yatış süresinin kısa olması
- Sık sık değişen, yeniden şekillendirilen çalışma biçimi
- Hemşire sayısının yetersiz olması
- Hasta devir hızının (turnover) artması
- Üst düzey çalışanların sürekli değişmesi
- Çalışma saatlerinin uzun olması
- Yeni bilgi üretiminin hızlı olması
- Hemşirenin iş çevresindeki karmaşık yapının daha da artması (Institute of Medicine Keeping Patients Safe 2004, Kalish ve ark. 2009a).

Bu faktörlerin tamamı hemşirenin, bakım sürecinde hata yapmasına neden olan durumları tetikleyerek bakımın gecikmesine ve ihmal edilmesine yol açabilmektedir.

Hemşirelik camiasında hemşire sayısının yetersiz olması ile olumsuz sonuçlar arasındaki negatif ilişki gözden kaçırılmıştır. Hemşirelik bakımının var olan negatif sonuçlar için potansiyel bir risk oluşturduğunun kabul edilmesine karşın, bu konuda yayınların sınırlılığı, önlenebilir hatalarla ilgili surveyans sisteminin olmaması, bakım hatalarına önceliğin veril(e)memesi hemşirelik bakımının kalitesi açısından ciddi sorunlara yol açmaktadır (Kalisch 2006).

Hemşirelik bakımındaki aksaklıkları saptamak ve hemşirelik bakım kalitesini belirlemek üzere yapılan çalışmalar genellikle tıbbi hatalar üzerine yoğunlaşmıştır.

Hasta güvenliği hareketi, tıbbi hatalarla ilişkili olarak başlıca iki hata tanımlamaktadır. Bu hatalardan birincisi icrai fiilin etkisi (uygulama hatası, örneğin yanlış gözün ameliyat edilmesi gibi), ikincisi ise ihmalin etkisi (örneğin hastanın hareket ettirilmemesi)'dir. Literatürde icrai fiilin etkisine dikkat çekici ölçüde yer verilirken, ihmalin etkisinin çok az ele alındığı görülmektedir. Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) ihmal hatalarının, uygulama (fiili icra) hatalarına göre sayıca daha fazla olduğuna, daha zor tanındığına, gerçekte daha büyük ve yıkıcı bir problem olduğuna dikkat çekerken, Kalish ve arkadaşları ise bu tip hataların araştırılmadığı sürece gizli kalarak su yüzüne çıkmadığını ifade etmektedirler (Kalisch ve ark. 2009b, Kalisch 2010). Bu nedenlerle ihmal hatalarının gerçekte hemşirelik bakım kalitesinin indikatörü olarak kullanılabileceği de bildirilmektedir (Amidei 2007).

1.KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI NEDİR?

Hemşirelik bakımına ilişkin kalite indikatörü olarak kullanılması önerilen kavramlara 2006 yılından bu yana bir yenisi daha (Kalisch 2006) eklenmiştir: Missed Nursing Care. Bu derlemede "miss" sözcüğünün Türkçe olarak "kaçırma, yetişememe, olmadığının farkına varma, yokluğunu keşfetme" vb. karşılığı olması ve kaçırmak işi (Türk Dil Kurumu 2013) anlamına gelmektedir. Literatürde; ihmal, erteleme/geciktirme hatası olarak değerlendirilmesi nedeniyle "Missed Nursing Care"nin Türkçe karşılığı olarak "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı (KHB)" şeklinde kullanılması tercih edilmiştir. Hasta güvenliği literatürüne göre KHB, bir ihmal hatası olarak kabul edilmektedir (Kalisch ve ark. 2009a, Kalisch ve ark. 2009b).

KHB kavramı ilk kez Kalisch tarafından yapılan nicel bir araştırmada (2006) kullanılmıştır. Bu çalışma sonrası KHB kavramını "gereksinim duyulan hasta bakımının (kısmen veya tamamen) gecikmesi-ertelenmesi ya da ihmal edilmesi" şeklinde tanımlamıştır. Kalisch'in yaptığı bir çalışmada sürekli olan, tekrarlayan, acil ve acil olmayan durumlarla ilgili ihmaller, KHB olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, düzenli olarak tekrarlayan KHB'nin neler olduğuna ilişkin; ambulasyon, çevirme, besleme, hasta eğitimi, taburculuk planlaması, duygusal destek, hijyen, aldığı-çıkardığı kaydı, surveyans olmak üzere dokuz, KHB'ye neden olan durumlara ilişkin; çalışan personel sayısının giderek azalması, hemşirelik girişimleri için gereken zaman, mevcut personelin kötü kullanımı, "bu benim işim değildir" sendromu, uygun olmayan delegasyon (yetkilendirme)- görevlendirme alışkanlıkları ve inkar olmak üzere yedi tema belirlenmiştir (Kalisch 2006).

KHB'ye ilişkin elde edilen verilerin ardından konuyla ilgili çalışmalar devam etmiş, hemşirelerin mevcut duruma ilişkin yaklaşımları ve algıları araştırılmaya çalışılmıştır. Konuya ilişkin araştırmalarda, hemşirelerin büyük çoğunluğu "kayıt dışı" kalması kaydıyla "açıkça" KHB'nin "var olduğu"nu kabul etmişlerdir. Kalisch hemşirelerin, KHB konusunda bazen öfke, üzüntü, hayal kırıklığı, endişe şeklinde, daha az olarak da "kimin umurunda" tutumu şeklinde aşırı bir duygusal reaksiyon gösterdiklerini farketmiştir. Hemşirelerin gösterdiği bu tepkisel durumu Kalisch "mevcut gerçekliğin bir kez daha doğrulanması" olarak değerlendirmektedir (Kalisch ve ark. 2009a). Araştırmalar, aslında hemşirelerin bakımla ilgili olarak kaçırdıklarının farkında olduklarını ve bunu kolaylıkla tanımlayabildiklerini ancak; kendilerine sorulmadıkça, açık olarak bu durumu kabul etmediklerini ve tartışmadıklarını saptamıştır (Kalish ve Aebersold 2006). KHB, tam da bu noktada hasta güvenliği hareketinin düzeltmeye çalıştığı, hasta hatalarının ve "atlanan" uygulamaların gizlenmesi geleneği ile benzerlik göstermektedir. Kalish, KHB'nin hemşireler için "tartışılmaz bir konu" olduğu ve bunun nedenlerinin "hemşirelerin KHB'ye ilişkin suçluluk hissetmeleri, konu ile ilgili bir hiçbir şeyin yapılamayacağını düşünmeleri, kendilerini güçsüz hissetmeleri ve korku duymaları" olarak ifade etmektedir (Kalish 2006). Benzer bir çalışmada, hemşirelerin uygulama standartlarını yerine getirmeme nedenlerinin "suçlanma, endişe-kaygı, ceza ve tepki görme korkusu" olduğu saptanmıştır (Atree 2007).

KHB sadece hasta sonuçları ve kalite göstergelerini olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda hemşireler açısından da bazı negatif sonuçlara (mevcut KHB'yi gizlemek için büyük bir enerji harcamaları, yoğun stres yaşamaları, düşük benlik saygısı ifade etmeleri vb.) yol açabilmektedir (Kalish ve ark. 2009a). Hemşirelerin aldıkları eğitim ve sürekli mesleki gelişim programları ile kendilerini geliştirmelerine rağmen; planladıkları, düşündükleri, sorumluluk duydukları hasta için gerekli bakımı ihmal etmeleri veya ertelemeleri nedeniyle çelişkili duygular yaşamalarına, bu durum ise onlarda strese ve iş doyumlarında azalmaya neden olmaktadır (Kalish ve ark. 2009b).

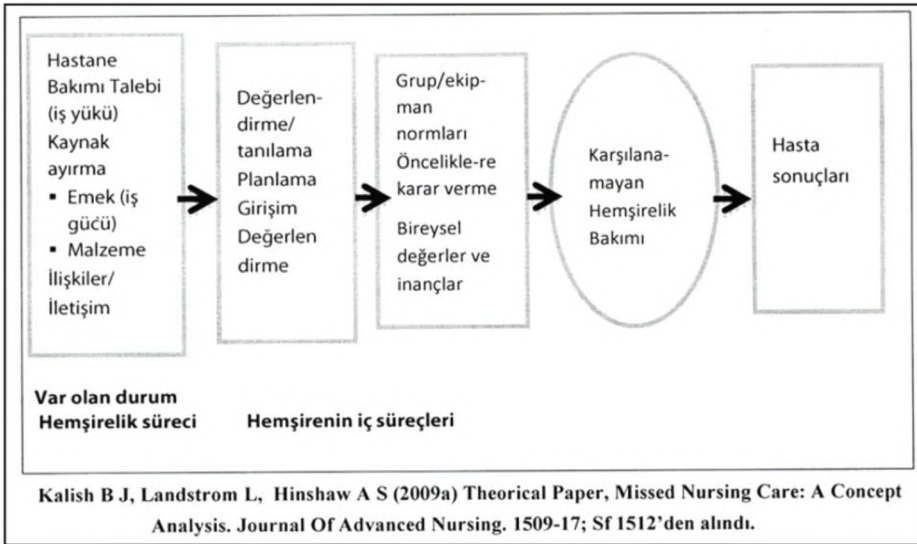
2. KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI-KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Kavramsallaştırılması

Kalisch'in 2006 yılında gündeme getirerek tanımladığı KHB'nin kavramsallaştırılmasına yönelik çalışmalar bundan yaklaşık üç yıl sonra araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir (Kalish ve ark. 2009a). Kalisch ve arkadaşları, Kalish'in daha önce yaptığı nicel araştırma sırasında (Kalish 2006) hemşirelerin dile getirdiği ifadeler ile konuyla ilgili diğer kavramlar ('omitted-ihmal edilmiş', 'delay-atlama', 'karşılanmayan-unmet', 'yetersiz-inadequate', 'bitirilmemiş-finished', 'tamamlanmamış-incomplete', 'kaçınılmış-avoided') ve 'hemşirelik', 'hemşire', 'bakım', anahtar sözcüklerinden yararlanarak bir literatür taraması (1970-2008-Nisan) gerçekleştirilmişlerdir. Bu çalışma sonunda "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli" nin çerçevesi belirlenmiştir (Kalish ve ark. 2009a).

KHB modeli ile, var olan durum (hasta bakım talebi-işyükü, emek-işgücü ve malzeme ile ilgili kaynak ayırma, ilişkiler/iletişim); hemşirelik süreci (değerlendirme-tanıma, planlama, girişimler, değerlendirme) ve hemşirenin iç süreçlerinin (grup/ekip normları, önceliklere karar verme, iç değerler/inançlar, alışkanlıklar) karşılanamayan hemşirelik bakımına neden olduğu, KHB'in ise olumsuz hasta sonuçlarına yol açtığı ortaya konmuştur (Kalish ve ark. 2009a).

Kalisch'in geliştirdiği ve ciddi olarak hasta sonuçlarını etkileyen/etkileme potansiyeli olan, aynı zamanda ihmal hatalarını da ortaya koymayı sağlayan bu modelin, orta düzeyde bir kuram olarak kabul gördüğü (Kalisch ve Williams 2009, Kalish ve ark. 2009a), evrensel bir fenomen olduğu ve değişik hasta sonuçları ile genellenebilir olduğu da belirtilmektedir (Kalisch ve ark. 2009a).



Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının İhmalle İlgili Kullanılan Diğer Kavramlardan Farklılıkları

Hemşirelik bakım kalitesinin indikatörü olarak kullanılabileceği araştırmalarla gösterilen, KHB (missed nursing care, Kalisch 2009), bitirilmemiş bakım (unfinished care, Sochalski 2004), yerine getirilmeyen bakım - plana uygun olarak yerine getirilmeyen bakım (rationed care, Schubert ve ark. 2008) ve karşılanmamış bakım (unmet, Lucero ve ark. 2009) kavramları birbirine benzer olarak görülmesine karşın bazı farklılıklara sahiptirler.

KHB'nin, ihmali ortaya koyma amacı ile kullanılan, diğer benzer kavramlardan farklılıkları şunlardır:

- Mevcut durumu sadece nitel araştırmalarla incelemeyip, durumun hasta sonuçlarına etkisi ve nedenlerine yönelik kavramsallaştırma çabası,
- Kavram analizinin yapılarak test edilmesi ve açıklayıcılığının ortaya konması,

- Zaman sınırlaması olan (son vardiya, son yedi gün vb.) dönemde ortaya çıkan ihmal ve ertelemeler yerine, düzenli olarak yapılan ihmal ve ertelemeleri ele alması,
- Geliştirilen psikometrik ölçeğin sadece ihmal ve ertelemeyi belirlememesi aynı zamanda KHB'na yol açan nedenleri de ortaya koyması,
- Cezalandırıcı olmayan bir surveyans programının geliştirilmesine fırsat tanımasıdır.

Hasta sonuçlarının kalitesi ile hemşire kadrosu arasındaki ilişki üzerinde çok sayıda çalışma yapılmış olmasına karşın bu çalışmalar, daha çok yönetsel olarak kullanılabilir veriler olarak kalmaktadır. Bu durumda hemşire kalıcılığı-değişim hızı, ükenme, işe devamsızlık ve hasta sonuçları (düşme, cilt hasarı, hasta kalış süresinde uzama vb) arasındaki ilişki incelenemediğinden, hemşirelik bakımı konusunda gerçekte neler olduğu da tam olarak bilinmemektedir. Bir başka deyişle hemşirenin spesifik olarak yaptıkları veya yapmadıkları hasta sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Kalisch tarafından kullanılan "karşılanamayan hemşirelik bakımı" kavramı ile negatif hasta sonuçlarının bir kısmının KHB sonucu olarak geliştiği bilimsel olarak gösterilebilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda "gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi" şeklinde tanımlanan KHB ile hasta sonuçları arasındaki ilişki daha net olarak ortaya konabilecektir (Kalisch ve Williams 2009, Kalisch ve ark. 2009a).

3. KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMININ BOYUTU VE ETKİLEYEN ETMENLER

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Boyutu

Kavramsallaştırma çalışmalarının ardından KHB'nin mevcut durumunu ortaya koymak ve boyutunu belirlemek üzere farklı birçok çalışma yürütülmüştür. MISSCARE Survey ölçeği kullanılarak Kalisch ve Williams tarafından karşılanamayan bakım unsurlarını ve nedenlerini saptamak amacıyla yapılan araştırmada (2009); hemşirelerin %44'ü değerlendirme, %73'ü girişim ve temel bakım, %71'i planlama ile ilgili karşılanamayan bakım bildirmiştir (Kalisch ve Williams 2009). Bu konuya ilişkin yapılmış araştırmalarda; ambulasyon (%84), ilaç uygulama etkinliğinin değerlendirilmesi (%83), hastanın pozisyonunun değiştirilmesi (%82), ağız bakımı uygulamaları (%82) ve zamanında gerektiği kadar ilaç verme uygulamaları (%80)'nin sıklıkla ortaya çıkan; hastanın değerlendirilmesi (%17), yatak başında kan şekeri takibi (%26) ise en az ortaya çıkan KHB'ler olarak bildirilmiştir. Bu çalışma bir bütün olarak değerlendirildiğinde hemşirelerin %70'inin KHB'nı bildirdiği saptanmıştır (Kalisch ve ark. 2009b, Wegman 2011). Amerika'da 10 hastanede çalışan hemşirelerle (n=4086) MISSCARE Survey ölçeği kullanarak yapılan çalışmada (2011), "en sık" yapıldığı bildirilen KHB'lerin benzer (ambulasyon %32.7, ağız bakımı %25.5) olduğu ve tersine en düzenli/aksatılmadan gerçekleştirilen bakımların ise kan şekeri (%97.6) ve yaşam bulgularının takibi (%95.8) olduğu gösterilmiştir (Kalisch ve ark. 2011a).

KHB ile ilgili olarak hemşirelerin görüşlerinin yanında hastaların görüşleri de önemlidir. Kalisch ve Lee (Kalisch ve Lee 2012), hastaların KHB hakkındaki algılarını

belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmada şu sonuçlara ulaşmışlardır:

Hemşirelere göre KHB'nin unsurları;

- Tamamen karşılanamamış olan hemşirelik bakımları; ağız bakımı, banyo yapma, ağrı tedavisi
- Kısmen karşılanamamış olan hemşirelik bakımları; el yıkama (hastanın), yaşam bulguları, hasta eğitimi
- KHB olmayan/tamamlanmayan bakımlar; hemşirelik bakımı sonucunun değerlendirmesi, cilt değerlendirilmesi, İV bölge bakımı'dır.

Hastalara göre KHB sıklığı;

- Sıklıkla olan KHB'ler; ağız bakımı, ambulasyon, taburculuk planı, hasta eğitimi, hastaların dinlenmesi ve bilgilendirilmesi
- Arasına olan KHB'ler; çağrıya yanıt vermeme, ağrı tedavisi ve izlemi, diğer ilaçların verilmesi, pozisyonun değiştirilmemesi ve banyo yapma, yaşam bulguları
- Nadir olan KHB'ler; el yıkama(hasta) olarak belirlenmiştir.

Çalışma sonunda, hemşirelerin KHB olarak belirttikleri durumlar ile hastaların KHB algılarının benzer olduğu gösterilmiştir (Kalisch ve ark. 2012b).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Etkileyen Etmenler

Yapılan çalışmalar; hastaneler, çalışma biçimleri, personele ait özellikler, işin özelliği, kurumsal yapı ve yönetim biçiminin KHB'yi etkileyen etmenler arasında olduğunu göstermiştir.

Tablo 2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Boyutunu ve Nedenlerini Etkileyen Etmenler

Boyutunu Etkileyen Etmenler	Nedenlerini Etkileyen Etmenler
<ul style="list-style-type: none">▪ Hastaneler (hastane tipi)▪ Klinikler▪ Çalışanla ilgili (iş ünvanı, iş deneyimi)▪ Çalışma ortamı (vardiya,▪ Ekip çalışması, işe devamsızlık, yeterli personel algısı, iş yükü-bakım verilen hasta sayısı, hasta başına harcanan saat/gün-)	<ul style="list-style-type: none">▪ Hastaneler▪ Klinikler▪ Ülkeler▪ Devredilen görevler

Tablo, Kalisch ve arkadaşlarının (2011) çalışma sonuçları doğrultusunda hazırlanmıştır.

Bu etmenlerin KHB'nin var olma durumunu nasıl etkilediğine ilişkin yapılan araştırma sonuçları gözden geçirildiğinde aşağıdaki verilere ulaşılmaktadır.

Hastaneler-Klinikler

Amerika'daki hastanelerde MISSCARE Survey kullanılarak yapılan geniş çaplı araştırmalarda, KHB oranının yüksek olduğu ve KHB açısından hastaneler arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir (Kalisch ve ark. 2009a, Kalisch ve ark. 2011c). Bununla birlikte, magnet hastanelerdeki KHB'nin non-magnet hastanelerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışma sonucunda; hastanın çevrilmesi, besleme, eksiksiz dokümantasyon, hasta eğitimi, ağız bakımı, İV kateter bakımı, çağrıya yanıt verme,

etkin ilaç değerlendirme ve cilt/yara bakımı gibi bakımların magnet hastanelerde daha fazla yerine getirildiği bildirilmiştir (Kalisch ve Lee 2012).

Ülkemizde, 2012 yılında MissCare Survey anketi kullanılarak yapılan bir araştırmada, acil servislerin yatan hasta birimlerinde görev yapan hemşirelerin Amerika Birleşik Devletlerindeki meslektaşlarına göre hemşirelik bakımını daha fazla yerine getirdikleri saptanmıştır (Kalisch ve ark 2012c). Friese ve arkadaşları(2013) çalışmalarında KHB 'nin onkoloji kliniklerinde diğer kliniklere göre daha az olduğunu gösterilen, Kalisch ve Williams (2009) ise, KHB'nin nefroloji kliniğinde tüm diğer kliniklerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

İş yükü (hasta başına harcanan saat):

Amerika Birleşik Devletleri(ABD) Ulusal Veri Bankası'na göre, hemşirelik kalite indikatörü standartları arasında yer alan günlük hasta başına harcanan saat; "hemşirelik bakımı veren personelin bir gün içerisinde doğrudan hasta bakımı için üretken olduğu saatler"dir (Kalisch ve ark. 2012b).

Bir üniteye, her hasta için hemşireler tarafından harcanan zaman/gün ile KHB arasında negatif bir ilişki olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Kalisch ve arkadaşlarının (4288 hemşire) yürüttükleri bir çalışmada, hasta başına harcanan saatin KHB için belirleyici bir faktör olduğu ortaya konulmuştur (Kalisch ve ark. 2011b). Araştırmacılar, yaptıkları çalışmaları ile hasta sayısına göre hemşire sayısının azlığına bağlı olarak hastanın gereksinim duyduğu bakımın tamamının karşılanamayabileceğini belirtmişlerdir (Kalisch ve ark. 2011b, Kalisch ve ark.2012a). Benzer şekilde, 2012'de yapılmış bir araştırmada da ihtiyacın altında personel istihdamının KHB'yi arttırdığı saptanmıştır (Kalisch ve ark. 2012a). KHB ile iş gücü ve düşmeler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere yapılan çalışma (Kalisch ve ark. 2012a) ile Lucero, Lake ve Aiken yaptığı çalışmada (2009), hasta başına harcanan saat/gün ile düşmeler ve istihdam düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Hemşirelerin günlük olarak hasta başına harcadığı saatin azaldığı durumlarda, düşme hızının negatif olarak etkilendiği ve olumsuz hasta sonuçlarına yol açtığı görülmektedir.

Çalışan ile ilgili faktörler:

Çalışanların; ünvanı, çalışma yılı, algısı ile KHB arasında anlamlı ilişki olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Yapılan araştırmalarda, çalışanla ilişkin sonuçlar birbiriyle çelişkilidir. Kalisch ve arkadaşları (2011b) araştırmalarında, hemşirelerin hemşire yardımcılara göre daha az KHB'ye neden olduklarını, hemşire ve hemşire yardımcılarının KHB algılarının aynı hasta ve aynı müdahalelerde farklı olduğunu ortaya koymuştur. Ancak Kalisch ve arkadaşları, hemşirelerin iş deneyimi arttıkça daha fazla KHB'ye neden olduklarını göstermişlerdir (Kalisch ve ark 2011a; Kalisch ve ark 2011b). Yine KHB'ye ilişkin bir çalışmada; çalışanlarda yeterli sayıda personel olduğuna ilişkin bir algının olması durumunda da KHB'nin azaldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada tek değişkenli analizlerde KHB kadın hemşirelerde daha fazla saptanmışken, çoklu analizlerde cinsiyet açısından bir fark olmadığı gösterilmiştir (Kalisch ve ark 2011a).

Çalışma şekli ile ilgili faktörler:

KHB'yi etkileyen etmenler arasında gösterilen çalışma şekline ilişkin faktörler vardiya, ekip çalışması ve mazeretsiz işe gelmemedir. Bu faktörlerle KHB arasında anlamlı ilişki olduğu ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalarda, gece vardiyasında daha az KHB olduğu (Kalisch ve ark. 2011c), ve iki veya daha fazla iş devamsızlığı olanların daha fazla KHB'ye neden oldukları tespit edilmiştir (Kalisch ve ark. 2011b).

Ekip çalışmasının hasta bakım kalitesi üzerindeki olumlu etkisi bilinmektedir. Araştırmalar, ekip çalışması artıkça KHB'nin azaldığını göstermiştir. Kalisch ve Lee tarafından hemşirelerle yürütülen bir çalışmada(2010), ekip çalışması yapan birimlerde KHB oranı %11 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada güven, ekip uyumu, destek, duygusal paylaşım ve ekip liderliği ile KHB arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. (Kalisch ve Lee 2010, Kalisch ve ark. 2012d).

4.KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMININ NEDENLERİ VE ETKİLEYEN ETMENLER

MISSCARE Survey ile yapılan çalışmalar KHB'nin nedenlerini üç başlık altında toplamaktadır. Bunlar; sağlık çalışanı (hemşire=emek); malzeme ve iletişim'dir. Her başlığın altında yer alan değişkenlerin ise oldukça zengin olduğu görülmektedir.

Bu başlıklar altında en sık bildirilen nedenler arasındaki alt başlıklar şunlardır: emek gücü, malzeme ve iletişim kaynaklı faktörler ile hasta sayısı ve/veya acil durumlardaki beklenmeyen artış, ilaç eksikliği ve dengesiz hasta dağıtımıdır (Kalisch ve ark. 2009b; Kalisch ve Williams 2009; Kalisch ve Lee 2010).

Yapılan çalışmalarda; hastane tipi, klinikler ve ülkelerin de KHB nedenlerine ilişkin hemşirelerin görüşlerini etkileyen faktörler arasında yer aldığı ifade edilmektedir (Amidei 2007). Yapılan başka bir çalışmada, istihdam düzeyi, iletişim, kolektif oryantasyon, alt yapı, birimin büyüklüğü, güven'in KHB açısından farklılığa neden olan durumlar olduğu saptanmıştır (Kalisch ve ark. 2012d). Kalisch ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile, ülkemizdeki hemşirelerin KHB nedenlerini; yetersiz istihdam, yetersiz kaynak ve yetersiz iletişim/ekip çalışması olarak belirttiklerini saptamıştır (Kalisch ve ark. 2012c).

KHB'na neden olan etmenleri etkileyen durumlardan biri de görevlerin devredilmesi'dir. Hemşirelik görevlerinin uygunsuz devredilmesi ve devredilen görevlerde gerekli gözetimin yapılmaması KHB'nin sıklığını arttırmıştır (Hansten ve Jackson 2009). Amidei (2007), bakım ile ilgili rutin ihmallerin önemli bir sorun olduğunu ve bakımın hemşire olmayan kişilere devredilmesi sonucu ortaya çıktığını ifade ederken; Hansten ve Jackson (2009) ise; hastaların hastanelerden erken taburcu edilmelerinin KHB'na bağlı basınç ülserleri, kazanılmış enfeksiyonlar vb. olumsuz sonuçlara yol açabileceğini belirtmektedir.

5.KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMININ SONUÇLARI

KHB, hem hasta sonuçları hem de hemşireler üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır.

KHB ile yapılmayan ya da geciktirilen hemşirelik bakımlarından kaynaklanan olumsuz hasta sonuçları: ambulasyon yetersizliğine bağlı malnütrisyon, ambulasyon

ve çevirme yetersizliğine bağlı komplikasyonlar, malnütrisyona bağlı hastanede kalış süresinde artma, daha fazla tıbbi bakım hizmeti kullanma (ilaç vb.), bakım evi kullanımında artış, hasta bakım kalitesinin olumsuz etkilenmesi ve hastane maliyetlerinde artış şeklinde özetlenebilir (Kalisch ve ark. 2009b).

KHB'nı ele alan güncel çalışmalarda, KHB'nın neden olduğu olumsuz hasta sonuçları ile KHB'nın personel üzerindeki olumsuz etkileri incelenmiştir. ABD'de hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelik bakımında KHB'nın daha az olduğu birimlerde çalışan hemşirelerin mevcut pozisyonlarının daha iyi ve iş doyumlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada personel sayısının yeterliliği algısının da iş doyumunda önemli bir değişken olduğu gösterilmiştir (Kalisch ve ark. 2011c). Tschannen ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada; KHB ve mazeretsiz işe gelmemenin yüksek olduğu birimlerde iş bırakma niyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tschannen ve arkadaşları 2010). Sochalski, bu durumun dolaylı olarak hemşire yetersizliğine ve hastanın tamamlanmayan işlerinin hemşireyi strese sokmasına, benlik imajı ve yeteneklerinin azalmasına/zarar görmesine neden olabildiğini ifade etmektedir (Sochalski 2001). Winter ve arkadaşları (2012) ise yaptıkları nicel bir çalışma ile, KHB deneyimleyen hemşirelerin kendilerini suçlu ve düş kırıklığı içinde hissettiklerini göstermiştir (Winter ve ark. 2012).

6.KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMININ ÖNLENMESİ

Hasta güvenliği hareketi için KHB aşılması gereken ciddi bir sorundur. Öncelikle bu sorunun açık olarak tanınması zorunludur. Hemşireler çoğunlukla KHB ile ilgili açık olamamakta, bu durum ise KHB'nın "gizli bir sır" olarak kalmasına neden olmaktadır. Bunu sır olmaktan kurtarmak ve açık hale getirmek önemlidir. Açık olmanın sağlanması için cezalandırıcı kültürlerden kaçınmak gerekir. Ceza, hemşiredeki bilginin sır olmasına neden olacak ve konu ile ilgili önleyici girişimlerde bulunmayı engelleyecektir. Hemşirenin KHB ile ilgili bildirim yapmasını cesaretlendirici faaliyetlere gereksinim vardır. Açıkça paylaşıldığında KHB'nın boyutu ve tipleri daha ayrıntılı olarak öğrenilecektir.

Hemşireler, hemşirelik bakımının kalitesinden sorumludur ve tamamlanmamış bakım problemini kendisinin ortaya koyması önemlidir. Hemşirelerin ve ekibin diğer üyelerinin bu problemin çözümü için destek ve olanaklarının artırılmasına ihtiyaç vardır (Kalisch ve Lee 2010). Bakım ve güvenlik kalitesinin oluşturulmasında KHB'nın hızlı ve dürüst olarak raporlanması ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesinin dikkatle yapılmasını güvenceye alan bakım ve güvenlik kültürünün oluşturulması zorunludur. Güvenlik kültürünün oluşturulmasında, KHB'nın raporlanmasının değer olarak ifade edilmesi, cesaretlendirme hatta ödüllendirme, KHB'nın sürekli olarak incelenmesi, beklenmeyen durum incelemesi, işin basitleştirilmesi, kesintilerin en aza indirilmesi, esnek olma, uzman görüşlerine uyum gösterme, ekip çalışmasının geliştirilmesi önemlidir (Kalish ve Aebersold 2006). Aynı zamanda hastanın durumunun akut olması, yetersiz istihdam, ekip çalışmasının eksikliğinden ziyade yetersiz malzeme ve donanım, yeni mezunlar, hastanın değerlendirilmesi vb. koşullardan kaynaklanan KHB'lerin de araştırılmasına gereksinim vardır (Kalisch 2006). Bu amaçla geliştirilen ölçeklerin (ör; MISSCARE Survey) düzenli olarak kullanılması, sonuçlarının çalışanlarla

paylaşılması, elde edilen verilerin bu birimlerde kalması ve KHB nedenleri için kök analizi yöntemi kullanılarak kaynak(lar)'ın belirlenmesi önemlidir. KHB ile ilgili iş çevresinde gerçekleştirilecek yapısal değişiklikler hem hemşirenin iş çevresinin kalitesini hem de hasta bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyecektir (Winter ve Neville 2012). Ekip çalışmasını güçlendirecek stratejilerin de KHB'nı azaltacağı gösterilmiştir (Kalisch ve ark. 2012d). KHB azaltılması ve yeterli çalışan sayısının güvenceye alınmasına odaklanan girişimler hemşirelik bakım kalitesi ve iş doyumunun geliştirilmesi için vazgeçilmezdir (Kalisch ve arkd. 2011c, Tschannen ve ark. 2010).

SONUÇ

Karşılanamayan hemşirelik bakımı bir ihmal hatasıdır. Son dönem hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmalarda ihmal hataları önemli yer tutmaya başlamıştır. Bununla birlikte ülkemizde konu ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. KHB ile ilgili çalışmaların yürütülmesi; hasta bakımı, hemşire bakım kalitesi, hasta güvenliği ve KHB'nin hemşire ve kurum üzerindeki olumsuz sonuçları açısından önemli katkılar sağlayacaktır. Ancak çalışmaların; sadece olumsuz hasta sonuçları, tıbbi hataların saptanması ya da sistem ve diğer nedenler gözetilmeksizin hemşirelerin neden olduğu durumları ortaya koyma şeklindeki çalışmalarla sınırlanması gerçekte istenmeyen sonuçlara yol açabilecektir. Hemşirelere ilişkin istenmeyen sonuçlar olasılıkla; istihdam güvencesizliği, hukuki sorunlar, hemşirelerin temel olarak sorumlu tutulduğu bakım sorunları, malpraktis suçlamaları şeklinde sıralanabilir. Bu nedenle karşılanamayan hemşirelik bakımı vb. durumların araştırılmasında başta hemşirelik iş çevresi olmak üzere, tıbbi bakım hizmetleri için gerekli iş gücü, kaynak, çalışma ortamı, iklimi vb. nedenlerin de ortaya konarak, bunların önlenmesi biçiminde yapıcı tarzda çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Amidei CS. Routine Editorial. Omissions Of Care. J Neurosci Nurs 2007; 39(1): 4.
- Atree MJ. Factors Influencing Nurses' Decisions to Raise Concerns About Care Quality. J Nurs Manag 2007; 15: 392-402.
- Danebedian A. The Quality of care. JAMA1988; 260:1743-48.
- Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns And Correlates Of Missed Nursing Care in Inpatient Oncology Units. Cancer Nurs 2013; 36(6): 51-57.
- Hansten RI, Jackson M. Delegation in The Clinical Setting. erişim adresi: 2009; Chapter 14: 296.
- Institute of Medicine Keeping Patients Safe: Transforming The Work Environment of Nurses, National Academy Press, Washington; 2004.
- Kalisch BJ. Missed Nursing Care: A Qualitative Study. J Nurs Care Qual 2006; 21(4): 306-13.
- Kalisch BJ, Aebersold M. Overcoming Barriers To Patient Safety. Nurs Econ 2006; 24(3):143-148.
- Kalisch BJ. Nurse And Nurse Assistant Perceptions Of Missed Nursing Care: What Does It Tell Us About Teamwork? J Nurs Adm 2009; 39(11): 485-93.
- Kalisch BJ, Williams RA. Development and Psychometric Testing Of Tool To Measure Missed Nursing Care. JONA 2009; 39(5): 211-19.
- Kalisch BJ, Landstrom L, Hinshaw AS. Theoretical Paper, Missed Nursing Care: A Concept Analysis. JAN

- 2009(a); 65(7): 1509-17.
- Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed Nursing Care: Errors of Omission. *Nurs Outlook* 2009(b); 57(1): 3-9.
- Kalisch BJ. Missed Care: Editor Note, View From The Hospital Bed (Part Two). *RNL* 2010; 36: 3. http://www.reflectionsonnursingleadership.org/pages/vol36_3_kalisch_parttwo.aspx
- Kalisch BJ, Lee KH. The Impact Of Teamwork On Missed Nursing Care. *Nurs Outlook* 2010; 58(5): 233-241.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H & all. Hospital Variation In Missed Care. *Am J Med Qual* 2011(a); 26(4): 291-99.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do Staffing Levels Predict Missed Nursing Care? *Int J Qual Health Care*. 2011b; 23(3): 302-308.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H. Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction? *J Healthc Manag*. 2011c: 56(2): 117-131
- Kalisch, B. J, & Lee KH. Missed Nursing Care: Magnet Versus Non-Magnet Hospitals. *Nurs Outlook* 2012; 60(5): 32-39.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls. *J Nurs Care Qual* 2012a; 27 (1): 6-12.
- Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient Perceptions of Missed Nursing Care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012b; 38(4): 161-167.
- Kalisch BJ, Terzioğlu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric Properties And Findings. *Nurs Econ*. 2012c; 30(1): 29-37.
- Kalisch BJ, Gosselin K, Choi SH. A Comparison of Patient Care Units With High Versus Low Levels of Missed Nursing Care. *Health Care Manage Rev* 2012d; 37(4): 320-8.
- Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in Nursing Care Quality Across Hospitals. *JAN* 2009; 65(11): 2299-2310.
- Sochalski JA. Is More Beter? The Relationship Between Nurse Staffing and The Quality of Nursing Care in Hospitals. *Med Care* 2004; 42(2): 67-73.
- Sochalski JA. Quality of Care, Nursing Staffing, And Patient Outcomes. *Policy, Polit Nurs Pract* 2001; 2(1): 9-18.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP & all. Rationing Of Nursing Care And Its Relationship To Patient Outcomes: The Swiss Extension Of The International Hospital Outcomes Study. *Int J for Qual in Health Care* 2008; 20(4): 227-237.
- Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed Nursing Care: The Impact On Intention to Leave and Turnover. *CNJR* 2010; 42(4): 22-39.
- Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük. <http://www.tdk.gov.tr/index.php>, erişim Tarihi: 7.01.2013.
- Valentin A, Capuzzo M, Guidet B & all. Errors In Administration of Parenteral Drugs In Intensive Care Units: Multinational Prospective Study. *BMJ* 2009; 338:b814.
- Wegman DJ. Comparing Two Identification Methods of Missed Nursing Care 2011. The Degree Of Doctor Of Philosophy In The Graduate School Of The Texas Women University College of Nursing, Denton- Texas, ProQuest Dissertations and Theses, 1-210.
- Winter R, Neville S. Registered Nurse Perspective On Delayed or Missed Nursing Cares in a New Zealand Hospital. *Nurs Prax N. Z.* 2012; 28(1): 19-28.