



**HASTA DÜŞMELERİNİ ÖNLEMEDE HEMŞİRELERİN
ÖZ YETERLİLİĞİ, İŞ YÜKÜ VE HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

ÖZGE DÜZOVA EKER

Yüksek Lisans Tezi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İzmir Ekonomi Üniversitesi

İzmir

2021

**HASTA DÜŞMELERİNİ ÖNLEMEDE HEMŞİRELERİN
ÖZ YETERLİLİĞİ, İŞ YÜKÜ VE HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

ÖZGE DÜZOVA EKER

İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Anabilim Dalı'na

Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

İzmir

2021

ÖZET

HASTA DÜŞMELERİNİ ÖNLEMEDE HEMŞİRELERİN ÖZ YETERLİLİĞİ, İŞ YÜKÜ VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Düzova Eker, Özge

Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN

Haziran, 2021

Bu çalışma, hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı, kesitsel araştırma tasarımı türündedir. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yataklı servislerde görev yapmakta olan 150 hemşireye yapılan anket verileri kullanılarak

yürütülmüştür. Verilerin analizi SPSS 22.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler ortalama \pm ss ve yüzdelerle özetlenmiş, istatistiksel analizlerde ki kare testi, Student's t test, Mann Whitney U, one way ANOVA ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Genç ve mesleğe yeni başlayan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,008$). Hemşirelerin baktığı hastalarda son 1 yılda düşme ya da ramak kala olay gerçekleşme durumu kadınlarda daha fazla olsa da erkeklerin bu durumdaki hasta güvenliği ve öz yeterlilik puanlarında anlamlı olarak farklı istatistiksel sonuçlar elde edilmiştir (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,029$).

Araştırmanın sonuçları, hemşirelerin yarısından fazlası son bir yılda hasta düşmesi ya da ramak kala hasta düşmesi gerçekleşme durumunu yaşadıklarını göstermektedir. Bu konuda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, hasta ve hasta yakınına verilen eğitimlerin artırılması ve hasta düşmelerinin önlenmesi için gerekli iyileştirmelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: hasta düşmeleri, hasta güvenliği, iş yükü, öz yeterlilik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES 'SELF-EFFICIENCY, WORK LOAD AND PATIENT SAFETY CULTURE IN PREVENTING PATIENT FALLS

Düzova Eker, Özge

Master's Program in Healthcare Quality and Patient Safety

Advisor: Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN

June, 2021

This study was conducted to examine the relationship between nurses' self-efficiency, workload and patient safety culture in preventing falls. The cross sectional study was conducted on 150 nurses working in the inpatient services of Dr Suat Seren Chest Diseases and Surgery Training and Research Hospital in Izmir. The data have been analyzed in SPSS 22.0 package program. The data were summarized with mean \pm sd and percentages. Chi-square test, Student's t test, Mann Whitney U,

one-way ANOVA and logistic regression analysis have been used in the statistical analysis,

54.7% of the nurses have an experience of patient fall or near-miss in the last year. This rate is lower in male nurses and nurses under 30 years of age ($p < 0.05$ for all comparisons). The nurses who have an experience of patient fall or near-miss have lower patient safety score (respectively 31.8 ± 5.1 and 40.3 ± 8.3) and self-efficiency score (respectively 51.1 ± 10.9 ve 59.9 ± 5.8) in male nurses (adjusted for age, $p < 0.05$ for all comparisons).

The results of the study revealed that nurses' experience of patient fall or near-miss is quite common. In male nurses patient fall or near miss is associated with patient safety and self-efficiency. In order to prevent patient falls in hospitals, nurses should be trained and operational precautions should be taken.

Keywords: patient falls, patient safety, workload, self-efficacy

Bu alanda ilerlemek istediğimi bilen ve beni her zaman destekleyen anne ve babama, eşim Ruhan EKER'e, bu zorlu sũreçte zamanımı esirgediğim canım oğlum Mete EKER'e ithafen...



TEŞEKKÜR

Her daim yanımda olan ve beni destekleyen, varlığını hep hissettiğim canım ailem Necmiye DÜZOVA, Muharrem DÜZOVA ve Ruhan EKER'e çok teşekkür ederim.

Çalışmamın tüm aşamalarda bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her daim beni sabır ve anlayışla dinleyip, yönlendiren değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN'a ve bu süreçte fikirlerini paylaşıp bana destek veren Sayın Prof. Dr. Özkan TÛTÛNCÛ'ye çok teşekkür ederim.

Araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ki hemşire arkadaşlarıma, hastane yönetimine destek ve katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

ÖNSÖZ

Hasta düşmeleri sağlıkta kalite standartları kapsamında büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle yılda iki kez düşme oranı göstergesi yapıp gösterge sistemine kayıt edilmektedir. Bu bağlamda gelişen kalite algısı ve düşmelerin önemi nedeniyle bu yönde ilerleyip bu araştırma yapılmıştır.

Bu tez çalışmamda, hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırma da “Giriş ve Amaç” bölümünde genel bilgiler ve temel kavramlar ele alınmıştır. “Gereç ve Yöntemler” de araştırmanın türü, evreni ve örneklemi, verilerin analizi ve araştırmanın sınırlılıkları verilmiştir. “Bulgular” bölümünde araştırmadan elde edilen sonuçlar bulunmaktadır. “Sonuç ve Öneriler” bölümünde ise araştırmadan elde edilen sonuçlar özetlenmekte ve bu sonuçlardan hareketle bazı öneriler sunulmaktadır.

İZMİR

01/06/2021

ÖZGE DÜZOVA EKER

İÇİNDEKİLER TABLOSU

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İTHAF.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖNSÖZ.....	ix
İÇİNDEKİLER TABLOSU.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
BÖLÜM 1: GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Hasta Güvenliği Kavramı.....	5
2.2 Başlıca Hasta Güvenliği Sorunları.....	8
2.2.1 Hasta Düşmeleri.....	8
2.2.2. İlaç Uygulama Hataları.....	9
2.2.3 Basınç Ülserleri.....	9
2.2.4 Cerrahi İşlem Hataları.....	10
2.2.5 Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar.....	10
2.2.5.1 Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların Önemi.....	10
2.2.5.2. Türkiye’de Enfeksiyon Kontrol Çalışmaları.....	11
2.3. Hasta Güvenliği Sorunlarından Hasta Düşmeleri.....	12
2.3.1 Hasta Düşmelerinin Görülme Sıklığı.....	12
2.3.2 Hasta Düşmelerinin Sonuçları.....	13
2.3.3 Hasta Düşmelerinde Risk Faktörleri.....	13
2.3.5 Hasta Düşmelerinin Önlenmesi.....	15
2.3.6 Düşmelerin Önlenmesinde Hemşirelerin Öz Yeterliliği.....	16
2.3.7 Düşmelerin Önlenmesinde Hemşirelerin İş Yükünün Azaltılması.....	17
3.1 Araştırmanın Türü.....	19
3.2 Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	19
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4 Veri Toplama Araçları.....	19
3.4.2 Hasta Güvenliği Anketi.....	20
3.4.3 İş Yükü Anketi.....	21
3.4.4 Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlik- Hemşire- Ölçeği.....	21

3.5 Verilerin Toplanması.....	21
3.6 Araştırmanın Evreleri.....	21
3.7 Verilerin Analizi	22
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.9 Araştırma Etiği	23
BÖLÜM 4: BULGULAR	24
4.1. Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Temel Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	24
4.2 Hemşirelerin Temel Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı	26
4.4 Hemşirelerin Temel Özelliklerine Göre Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı	30
4.5 Hemşirelerin Hasta Düşmeleriyle İlgili Deneyimleri ve İlişkili Faktörler ile İlgili Bulgular	32
4.6 Hemşirelerin Belli Özelliklerine Göre Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumu ile İlgili Bulgular.....	35
4.7 Hemşirelerin Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anketi, İş Yükü Anketi ve Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Dağılımı	37
4.8 Hemşirelerin Yaş, Cinsiyete Göre Son Bir Yılda Hastalarda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Yaşamaları Arasındaki İlişkilerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları	38
4.9 Hemşirelerde Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme İçin Hasta Güvenliği, İş Yükü ve Öz Yeterlilik Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmiş Riskleri	39
5.1. Hemşirelerde Hasta Düşmesi/Ramak Kala Düşme Yaşama Sıklığı.....	41
5.2 Hastalarda Düşmelerin Birden Fazla Yaşanma Durumu	42
5.4 Hasta Düşmelerini Önlemek İçin Yöneltilen Önlemler ve Eğitim Planlamaları	43
BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
6.1 Sonuçlar.....	48
6.2 Öneriler	50
KAYNAKLAR	52
EKLER.....	65
EK A- Kişisel Bilgi Formu.....	65
EK B- Hasta Güvenliği Anketi.....	66
EK C- İş Yükü Anketi	67
EK D- Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlilik- Hemşire- Ölçeği	68
EK E- Etik Kurul İzni-1	70
EK E.1- Etik Kurul İzni-2	71

<i>EK F-Çalışma İzin Belgesi-1</i>	72
<i>EK F.1- Çalışma İzin Belgesi-2</i>	73
<i>EK F.2- Çalışma İzin Belgesi-3</i>	74
<i>EK G- Aydınlatılmış Onam</i>	75



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmanın Evreleri.....	21
Tablo 2. Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Yaş ve Medeni Duruma Göre Dağılımı (İzmir 2021).....	24
Tablo 3. Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte ve Hastanede Çalışma Yılı ile Hastanedeki Görevlerine Göre Dağılımı (İzmir 2021)...	25
Tablo 4. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı.....	26
Tablo 5. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanedeki Görevine Göre Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı.....	27
Tablo 6. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre İş Yükü Anketi Puan Dağılımı.....	29
Tablo 7. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanedeki Görevine Göre İş Yükü Anketi Puan Dağılımı.....	29
Tablo 8. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre Hasta Düşmelerini Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı.....	30
Tablo 9. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanedeki Görevine Göre Düşmelerini Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı.....	31
Tablo 10. Hemşirelerin Hasta Düşmeleriyle İlgili Deneyimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (İzmir 2021).....	32
Tablo 11. Hemşirelerin Ramak Kala Hasta Düşmeleriyle İlgili Deneyimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (İzmir 2021).....	33
Tablo 12. Hemşirelerin Cinsiyet, Yaş, Medeni Duruma Göre Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Gerçekleşme Durumu.....	35

Tablo 13. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanede Ki Görevlerine Göre Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Gerçekleşme Durumu.....	35
Tablo 14. Hemşirelerin Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anketi, İş Yüğü Anketi ve Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Dağılımı.....	37
Tablo 15. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyete Göre Son Bir Yılda Hastalarda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Yaşaması Arasındaki İlişkilerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları.....	38
Tablo 16. Hemşirelerde Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme İçin Hasta Güvenliği, İş Yüğü ve Öz Yeterlilik Puanlarının Yaşa Göre Düzeltmiş Riskleri.....	39

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Bakımında Araştırma ve Kalite Kurumu)

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

BCFIPC: British Columbia Falls & Injury Prevention Coalition (İngiliz Kolombia Düşmeler ve Yaralanma Önleme Koalisyonu)

GA: Güven Aralığı

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu)

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NPSF: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)

SHİE: Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar

SPSS: Statistical Package For Social Science For Windows

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TUEK: Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

TÜR-GÖS: Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri

WHO: World Health Organization (WHO) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ))

BÖLÜM 1: GİRİŞ

Düşmeler tüm Dünya’da sağlık bakımı verilen süreçte hasta güvenliğini tehdit eden bir problem olarak görülmektedir. Düşme insan yaşantısında her zaman karşılaşılması mümkün bir olaydır. Özellikle yaşlı hastalarda düşmelerin önlenmesi için önemlidir. Çünkü düşmeler 65 yaş ve üzerindeki kişilerde yaralanma nedenleri arasında ön sıralardadır (Oksel, 2018). Düşme riski, güçsüzlük, dengede yaşanan problemler, bilişsel durum bozuklukları, görme bozuklukları, ilaçlar çevresel faktörler gibi birçok nedenden dolayı yaşa bağlı olarak artmaktadır (Jill, 2018; Işık v.d., 2006).

Sağlık kurumlarında görülen tıbbi hataların %30’unu düşmeler oluşturmaktadır. Birleşik Krallık’ta Ulusal Güvenlik Konseyi (National Safety Council) raporuna göre, 65 yaş üstü hastalarda üç kişiden birinde düşme görülmektedir (Baykal, Şahin ve Altuntaş, 2010). Sağlık Bakımı Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu’nun 2005 raporuna göre, bildirilen 271 düşme vakasının tıbbi hataların %5,8’i olduğu açıklanmıştır (JCAHO, 2005). Türkiye’de de Savcı ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada nöroloji ve beyin ve sinir cerrahisi kliniklerinde yatan hastaların %55,5’inde düşme riskinin yüksek olduğu ve son üç ay içindeki düşme oranının %20,9 olduğu bildirilmiştir (Savcı v.d., 2009).

Hasta düşmelerine nedenleri bireysel ve çevresel olarak ikiye ayrılmıştır. Buna göre düşmeye neden olan bireysel faktörler, yaş, fiziksel kısıtlılıklar, birden fazla ilacın aynı planda olması, baş dönmesi, nörolojik hastalıklar, birden fazla ekipman oluşu, bilinç durumu gibi değişikliklerdir. Ayrıca yürüme ve denge bozuklukları, inkontinans, duyu kayıpları, yorgunluk, uyku düzeninde bozukluk, var olan kalça kırıkları, depresyon gibi bireyin kendisinde var olan mevcut durumlar da bireysel risk faktörleri arasındadır (Uysal ve Çakırcalı, 2015). Düşmeye neden olan çevresel faktörler ise, hastanın uygun olmayan ayakkabı/terlik kullanımı, zeminin ıslak ve kaygan olması, hasta yataklarının sabit veya kilitli olmaması, hasta odası, tuvalet ve banyoların aydınlatılmasındaki yetersizlik, tutunma barlarının olmaması ya da kırık olması, kişiye uygun yardımcı araçlar kullanılmamasıdır (Chu, 2017). Hasta düşmelerinin %43-85 oranda hasta odasında gerçekleştiği göz önüne alındığında hasta yakınlarına da düşmelerin önlenmesi konusunda eğitim verilmesinin yararlı olacağı belirtilmektedir. (Kızılcık, Ünver ve Dığın, 2017).

Düşmeler, hastalarda, hasta yakınlarında ve sağlık çalışanlarında korku ve endişeye neden olmasının yanı sıra hastanede yatış süresini uzatarak sağlık hizmetlerinin maliyetini de artırabilmektedir (Yıldırım ve Karadakovan 2004; Akyol, 2007; Evans v.d., 2001; Lovallo, Rolandi ve Rossetti 2010; Özden, Karagözoğlu ve Kurukız, 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde Wong ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada düşmelere bağlı ciddi yaralanma gelişen hastaların hastane maliyetini 13,316\$ arttırdığı saptanmıştır (Wong v.d., 2011). Yine bu araştırmaya göre düşme kaynaklı ciddi yaralanmalar oluşan hastaların yatış süresi, düşme deneyimi olmayan hastalardan 6,3 gün daha uzun olarak bulunmuştur. Yapılan literatür taramasında genellikle yatan hastalar için düşme sıklığı saptanmış ve sonuçlar 1000 hasta günü başına şeklinde sunulmuştur. Bu şekilde sunulan çalışmalara bakıldığında bu durum oldukça yaygındır. Avustralya'da 50.000 düşmenin 1000'den fazlasının ölümle sonuçlandığı ve ülke ekonomisine 2369 milyon dolar ek maliyet getirdiği bildirilmiştir (McFarlane, 2004).

Hasta güvenliği kültürü, hastanelerin sağlık ve güvenlik alanındaki yönetim şeklini ve yöneticilere ait değer, tutum ve yargıları kapsayan davranışların tümü olarak tanımlanmaktadır (Tütüncü, Yağcı ve Küçükusta, 2006). Güvenlik kültürü, yöneticilerin hasta güvenliğine yönelik oluşturduğu kurallar yanı sıra sağlık çalışanlarının moral, motivasyon, tıbbi hata, hasta düşmeleri üzerindeki tutum ve davranışları, hataları algılama durumları ile de ilgili olabilir (Andersen, 2002). Hasta güvenliğinin amacı, hasta ve yakınları ile sağlık personeli için fiziki ve psikolojik olarak olumlu çalışma ortamı oluşturup güvenliği sağlamaktır. Hasta güvenliği için hastaya bakım veren sağlık personelinin hata yapmasını engelleyecek, hata sonucu oluşabilecek zararlardan hastayı koruyacak, hata yapma ihtimalini yok edecek bir sistemin kurulması temel hedeftir (Karaca ve Arslan, 2014).

Mesleki alanda stresi fazla olan önemli faktörlerden biri de iş yüküdür. İş yükünün hastalar ve sağlık çalışanları üzerinde motivasyonu düşürücü etkisi olabilmektedir. Mortalitede artış, hasta düşmelerinin artması, hastalık nedeniyle gelişen yan etkiler, verilen bakımda zaman yetersizliği yaşanması ve sonuçta bakımın kalitesinde azalma olması iş yükünün doğrudan yansımalarıdır. Ayrıca hemşirenin klinikte üzerinde olan sorumlulukları yerine getirmesinde zamanın yetersiz olması, diğer ekip üyeleri ve hastalarla olan iletişimini de olumsuz etkilemektedir (Kiekkas, Sakellaropoulos ve Brokalaki, 2008; Gürses, Carayon ve

Wall, 2009).

Hemşirelerin gün geçtikçe artan iş yükü, ağır çalışma koşulları, kritik hasta profili, çalışma ortamının sağlıklı olmaması, uygulamalara yönelik dokümantasyon işlerindeki artış ve tüm bunlarla birlikte yaşadıkları yoğun stres hizmet sunumunda tıbbi hata yapma olasılığını arttırmaktadır. Bununla birlikte, sağlık kurumlarında sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması, hasta bakımından çok yapılacak işe odaklanılmasına ve hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerde mesleki memnuniyetsizlik artarken motivasyon ve iş doyumunu azalmakta ve hasta güvenliği olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Berlanda, Natvig ve Gundersenb, 2008). İş yükünün fazla olması, hemşirelerin iş doyumunda azalma, motivasyon eksikliği, tükenmişlik ve kişilerarası ilişkilerde olumsuzluklara neden olmakta, sonuçta tıbbi hata riskini artırabilmektedir. Tıbbi hatalar sonrası sağlık çalışanları ve sağlık sistemi olumsuz olarak etkilenmektedir. Hastanın sağlık çalışanlarına karşı güvensizlik ve anksiyete yaşamasına, tedavisinin gecikmesine, hastalık seyrindeki tanısal işlemlerin aksamasına, hastane içinde ise maliyette artış ve hastanenin imajında olumsuz etkilenmeye neden olmaktadır (Fidancı v.d., 2014).

Hemşirelerin öz yeterlilikleri ve düşmeleri incelemenin iki alt boyutunun olduğu düşünülmektedir. Bunlardan ilki düşmeleri önlemek için yapılan müdahalelerinin neler olduğunu değerlendirmek, diğeri ise hasta yakınları ile iş birliği içerisinde yapılan uygulamalardır. Hasta düşme oranlarını azaltmak için kullanılan bu araçlar ve yapılan müdahaleler, hemşirelerin öz yeterliliğini değerlendirmek ve düşmeleri önlemede kullanılmaktadır. Bu bağlamda öz yeterliliği düşük olan hemşirelere hizmet içi eğitim programları düzenlenerek onların öz yeterliliği geliştirilebilir. Hemşirelerin öz yeterliliğinin geliştirilmesi de hasta düşmelerinin önlenmesine olumlu katkıda bulunacaktır (Barış ve İntepeler, 2019). Bu araştırma hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

H0: Hasta düşmeleri ile hemşirelerin öz yeterliliği arasında ilişki yoktur.

H1: Hasta düşmeleri ile hemşirelerin öz yeterliliği arasında ilişki vardır.

H0: Hasta düşmeleri ile hemşirelerin iş yükü arasında ilişki yoktur.

H1: Hasta düşmeleri ile hemşirelerin iş yükü arasında ilişki vardır.

H0: Hasta dmeleri ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki yoktur.

H1: Hasta dmeleri ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki vardır.



BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER

2.1 Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlıkta kalite kapsamında en önemli unsurlardan biri hasta güvenliğidir. Güvenlik kültürü ile ilgili yapılan birçok tanım vardır. Bunlardan bir tanesinde güvenlik kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik alanlarındaki uzmanlığına, nasıl uygulanması gerektiğini belirten kişi ya da kişilerin değer, yargı, erginlik ve davranış biçimlerinin bir ürünüdür (Tütüncü, Yağcı ve Küçükusta, 2006). Sağlık hizmetlerinin içerisinde bulunan “güvenlilik” kavramı, verilen hizmetin hastaya zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve hatta ölüme yol açmasının ve olası diğer hataların en aza indirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Güvenlik kültürünün yalnızca yöneticilerin güvenlikle ilgili üstlendikleri sorumluluklar, iletişim tarzı ve olumsuzlukları rapor etmeyle alakalı değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, hataları kavrama biçimleri ile yönetim ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilgili olduğu söylenebilir (Tütüncü, Yağcı ve Küçükusta, 2006).

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin verilmesi esnasında hastaların karşılaşabilecekleri hasarı ortadan kaldırmak için sağlık kurumları ve sağlık personelleri tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (Yıldırım, 2003). Yapılan literatür taramasında hasta güvenliği kavramıyla ilgili birçok tanımın varlığı göze çarpmaktadır. Hasta güvenliği, sağlıkta hak sahibi olunması ve hasta merkezli sağlık hizmetleri gibi bazı yeni kavramlar ile de değerlendirilen bir kavramdır. Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sırasında yapılan hataların önlenmesi için bu hataların neden meydana geldiğinin incelenmesi ve önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılması şeklinde de tanımlanmaktadır (Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz, 2012). Hasta Güvenliği kavramı ile ilgili literatürde farklı kuruluşlar tarafından yapılmış tanımlamalar olduğu görülmektedir. Bu tanımlamalara bakacak olursak; Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (NPSF-National Patient Safety Foundation)'nun “sağlık bakımı sırasında oluşabilecek yaralanma ve istenmeyen olaylardan kaçınma, bu tür olayları önleme ve düzeltme amacıyla sağlık kurumlarında izlenen süreçler” olarak tanımladığı görülmektedir (Agency, 2004). ABD Tıp Enstitüsü “hastalara olan zararın önlenmesi” olarak tanımlamakta ve kaliteli sağlık hizmetinin oluşumunda ayırt edilmez bir olgu olduğunu belirtmektedir (Erickson v.d., 2003). Uluslararası

Hemşireler Konseyi (ICN- International Council of Nurses) “profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” şeklinde tanımlamaktadır (ICN, 2006).

Sağlık hizmetleri kişilere zarar vermemelidir. Burada belirtilen, verilen sağlık hizmeti esnasında meydana gelebilecek riskler sebebiyle oluşabilecek zararlardır. Hasta güvenliğinde amaç, sağlık kurumundaki iç ve dış sağlık hizmeti kullanıcılarının sosyal, psikolojik ve fiziki açıdan motive edilmesini sağlayacak bir çalışma ortamı sağlayarak güvenliği artırmaktır. Burada asıl hedef, gerçekleşebilecek hatalar nedeniyle hastanın zarar görmesini önlemek ve hataları tamamen ortadan kaldıracak yapılanmanın oluşturulmasıdır (Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Sur, Özşarı ve Say, 2013).

Türkiye’de hasta güvenliğine yönelik ilk mevzuat metni Osmanlı İmparatorluğu döneminde “1861 tarihli Beledî İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname”nin 18. Maddesinde

“reçete ile eczacı dükkanından yapılp verilen ilaçların ağzı mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle isti’mal olunacaktır diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dahilen isti’mal olunan ilaçların yaftası beyaz ve haricen isti’mal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır”

ibaresiyle yapılmıştır (Tokaç, 2008).

Hasta güvenliğine sebep olacak hataların önlenmesi alınacak geniş çaplı önlemlerle mümkündür. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) Sağlık Enstitüsü (Institute of Medicine) raporuna göre, sağlık kurumlarında ortalama 100.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Ölüm nedenlerine bakıldığında tıbbi hatalar ilk beşte yer alarak, AIDS, trafik kazaları, meme kanseri gibi ölüm nedenlerini geride bırakmıştır (Kohn v.d., 2000). ABD Sağlık Enstitüsü tarafından yayınlanan bu rapor yüksek ses getirmiş ve hasta güvenliğine daha çok önem verilmesini sağlamıştır. ABD Sağlık Enstitüsü’nün 2003 yılı raporuna göre, sağlık hizmetlerinde kalite kategorisinde önemli olan yirmi alanın üçünün hasta

güvenliği ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Bu alanlar medikasyon (ilaç) yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır (IOM, 2003). ABD'nin en son verilerine göre yılda en az 200.000 kişi önlenebilir tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybetmektedir. Ancak tıbbi hataların araştırma sınırlılıkları ve kayıtların tam tutulmaması göz önünde bulundurulduğunda bu sayının 400.000 bireyi bulabileceği bildirilmektedir (James, 2013).

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality) hasta güvenliğini sağlamak için dört temel önlem bildirmiştir.

Birinci önlem, hasta güvenliği için risk oluşturabilecek durumları, tıbbi hataları ve sağlık hizmeti verenlerle bağlantılı olan hasta yaralanmasının sebeplerini tanımlamak,

İkinci önlem, hasta güvenliği için faydalı işlemleri tanımlamak ve değerlendirmek; tıbbi hataları, sistemsel olumsuzlukları ve hasta güvenliği için risk oluşturacak etmenleri ortadan kaldıran ya da azaltan uygulamaları tanımlamak, planlamak ve değerlendirmek,

Üçüncü önlem, işe yarayan hasta güvenliği sistemlerini öğretmek, sergilemek ve uygulamak; hasta güvenliği ve olumlu sistemler hakkında sağlık profesyonellerini, hastaları, hasta yakınlarını ve kural koyucuları eğitmek. Tıbbi hataları en aza indirmek ve hasta güvenliğinde hedefi yükseltmek için olumlu sistemleri göstermek ve artı yönde hasta güvenliği kültürünü benimsemek,

Dördüncü önlem, dikkatin sürekliliğini sağlamak, hasta güvenliği uygulamalarını gözlemek ve değerlendirmektir (AHRQ, 2003).

Sağlık hizmeti sunumunda, hastaların herhangi bir zarar görmeden maksimum kalitede sağlık hizmeti almalarının sağlanması sağlık çalışanlarının en önemli görevidir. Bunların sağlanabilmesi için gerçekteşen olumsuzlukların kaydedilmesi ve tekrarlamaması için düzenleyici önleyici etkinliklerin başlatılması gerekmektedir. Hasta güvenliği için gerekli önlemler alınmazsa hastaların tıbbi hataya maruz kalma oranları da artacaktır. Hasta güvenliği sürecinde yaşanan basit hataların göz ardı edilmeden ortaya çıkmasının engellenmesi, bunun için düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (Tansüyer, 2010).

2.2 Başlıca Hasta Güvenliği Sorunları

2.2.1 Hasta Düşmeleri

Hastaların hastane ortamında karşılaştıkları risklerin arasında hasta düşmelerinin yeri oldukça fazladır. Hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanına büyük görev düşmektedir. Sağlık çalışanlarının hastanın düşmesine risk oluşturabilecek tüm durumları azaltması gerekir. Hasta ve yakınlarının hasta düşmeleri hakkında bilgilendirmeleri önemlidir. Hasta yakınları düşme riski yüksek olan hastalarını hiçbir zaman tek başlarına bırakmamaları konusunda bilgilendirilmelidir. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarının uyarılarına uymaları önemlidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Düşme sonrasında hasta bireylerde endişe, anksiyete gibi psikolojik durumların yanı sıra minör veya majör yaralanmalar gibi fiziksel bazı sorunlarda ortaya çıkabilmektedir. Düşme sonrası ortaya çıkan bu durumlar hastaların, hastanede kalış süresinin artmasına, morbidite ve maliyet artışına, sağlık çalışanlarına karşı güven kaybı ve yasal sorunlara, hatta ölümlere neden olabilmektedir. Hasta güvenliği sağlanamamakta ve verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi düşmektedir (Poe v.d, 2005; Vural v.d., 2014).

Yapılan bir çalışmada kliniklerde 65 yaş ve daha büyük kişilerde düşme oranının %10 olduğu bildirilmektedir (Karataş ve Maral 2001). Hastalar yerden bir yere taşınma esnasında (%37), sandalyeye oturma esnasında (%20), yürüyüş halinde iken (%15) hasta düşmelerinin gerçekleştiği tespit edilmiştir (Berke ve Aslan, 2010).

Literatürde kanser hastalarının düşmelerini önlemede, düşmeyi önleme girişimleri ve taburculuk sonrasında ev ortamının düzenlemesi eğitiminin düşme oranını azalttığı, düşmeyi önleme konusundaki farkındalığı artırdığı saptanmıştır (Kuhlenschmid, 2016; Winters, 2012). Meme kanseri tanısı olan kişilerle yürütülen bir araştırmada ise kas güçlendirme ve denge egzersizlerinin düşmeleri %47 oranında ortadan kaldırdığı bildirilmiştir (Winters, 2012). Ayrıca bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada hemşireler yatışı yapılan tüm hastaların düşme riski açısından değerlendirilmesinin ve hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmesinin düşmeleri önlediğini belirtmişlerdir (Ürkmez, 2015).

2.2.2. İlaç Uygulama Hataları

Hasta bireylere sunulan sağlık bakım hizmeti esnasında en sık karşılaşılan tıbbi hatalar ilaç hatalarıdır. İlaç hataları önlenebilir durumlardır. Ancak hastalık yapma durumu, ölüm ve artan sağlık bakım maliyetlerine neden olmaktadır (Hajibabae v.d., 2014; Härkänen v.d., 2015). Yanlış ilaç, yanlış hasta, yanlış doz, yanlış uygulama yolu ve yanlış ilaç hazırlama şekli sonucu ilaç hataları meydana gelebilmektedir. İlaç uygulama hatalarının meydana gelmesinde sadece ilacı uygulayan hemşire sorumlu değildir. İlacın tedavi planına eklenmesinden hastaya uygulanmasına kadar geçen süreçteki herkes sorumludur. Ancak hemşireler hastaların tedavi süreçlerini yönetmede oldukça önemli rollere sahiptir.

2.2.3 Basınç Ülserleri

Basınç ülserleri,

“dışarıdan gelen fiziksel bir basınç sonucunda beden yüzeyindeki sıkışma, sürtünme veya yırtılma gibi etkenler sonucunda özellikle kemik çıkıntılarının üzerinde ortaya çıkabilen yara ve doku nekrozlarıdır”

ve

“dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına bağlı olarak gelişen ve daha çok bedenin kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen iskemik doku kaybı”

şeklinde tanımlanmaktadır (Yücel, 2008).

Basınç ülserleri sağlık bakım hizmetlerinde önemli bir sorundur. Basınç ülserleri, hastaların günlük hayatını, aktivitelerini etkilemekle birlikte sağlık için ayrılan bütçeyi de arttırır. Basınç ülserleri hastanın fiziki sağlığını etkileyip hayatını tehdit etmenin yanında, bağımsızlığını kaybetmesi, öz güvenin kaybolması ve sosyal hayattan kendini uzaklaştırması gibi psikolojik problemlere de yol açabilmektedir (Ökdemir, 2008). Basınç ülseri gelişen hastaların, acı çekmesi yaşam kalitesini düşürmektedir. Yara bakımları, yaralardaki ölü dokuların temizlenmesi, greft işlemleri ve hastanede yatış süresinin uzaması, hasta ve sağlık sistemine ek maliyet oluşturmaktadır (Karadağ, 2003).

2.2.4 Cerrahi İşlem Hataları

Cerrahi işlemler gerekli tedbirler alınmazsa düzeltilmesi mümkün olmayan sorunlara neden olabilir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda, cerrahi işlemlerin %3 ile %16'sında komplikasyon, %0.4 ile %0.8'inde sakatlık veya ölüm görüldüğü saptanmıştır. Cerrahiye bağlı hataların yarısının önlenebilir olduğu, bu veriler doğrultusunda yılda yaklaşık bir milyona yakın hastanın ameliyat sonrası öldüğü, yedi milyon hastanın komplikasyon yaşadığı ortaya çıkmaktadır. (Cheek ve Jones 2009; Borchard, Schwappach ve Barbir, 2012). Yapılan ameliyat sayılarının fazla olması, güvenli cerrahi kontrol formlarının eksik doldurulması cerrahi hataları doğurmaktadır. Konunun önemi nedeniyle Ülkemizde, Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetim Rehberi'nde "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı" bir gösterge olarak kullanılmakta, yılda dört kez bu konudaki veriler Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri (TÜR-GÖS) sistemine kaydedilmektedir.

2.2.5 Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar

2.2.5.1 Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların Önemi

Günümüzde sağlık hizmetleri ve enfeksiyon kontrolünde ilerleme olmasına rağmen sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), önceki adıyla hastane enfeksiyonları, varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar insidansı, mortalitesi, yaşam kalitesine etkisi, maliyeti, antibiyotik direnci ve getirdiği ek sağlık hizmeti yükü yanı sıra sağlık hizmetlerine toplumun güvenini zedelemesi ve hukuksal varlığının olması ile de SHİE'ler önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde SHİE'lerin yılda en az 30.000 ölüme yol açtığı, hastanede yatış süresinde her hasta için 7-10 gün fazladan artış olduğu ve yıllık 5-10 milyar dolarlık daha fazla maliyet oluşmasına neden olduğu bildirilmiştir. 2009 yılında 6 milyar olan dünya nüfusunun %5'inin hastanede yatışı yapıldığı ve hemen hemen %5'inde SHİE geliştiği bilinmektedir. Her yıl dünya genelinde 300 milyon yatış, 15 milyon hastane enfeksiyonu ve %10 ölüme katkı ile 1,5 milyon ölümün SHİE nedenli olduğu tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde SHİE'lerin oranı %5-10 iken gelişmekte olan ülkelerde ise %25'lere vardığı bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.2.5.2. Türkiye’de Enfeksiyon Kontrol Çalışmaları

Ülkemizde 11 Ağustos 2005 tarihinde yayınlanan ‘‘Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği’’ gereğince tüm yataklı sağlık kurumlarında oluşturulan enfeksiyon kontrol komitelerince SHİE’lere yönelik enfeksiyon kontrol programları uygulanmaktadır. Ülkemiz genelinde 2008 yılından 2017’ye Yoğun Bakım Üniteleri’nde, santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu hızı 5.68’den 3.77’ye; üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu hızı 5.22’den 1.79’a ve ventilatör ilişkili pnömoni hızı 17.26’dan 5.2’ye gerilediği bildirilmiştir. Enfeksiyon hızları için sıfır hedefe her gün daha da yaklaşılsa da 2016 ve 2017 yılında surveyans kapsamında sırasıyla toplam 59.174 ve 61.745 enfeksiyon bildirilmiş olması ülkemiz için de SHİE’lerin çok fazla önem arz ettiğinin göstergesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Hastane enfeksiyonları hastaneye yatış esnasında enkübasyon (başlangıç) döneminde olmayan, hastaların hastaneye yatırıldıktan sonra ortaya çıkan bazen de hastalar taburcu olduktan sonra kendini gösteren enfeksiyonlardır. Sağlık çalışanları tarafından hastane enfeksiyonlarını önlemek için önlemler alınsa da bazen bu durum kaçınılmaz olmaktadır. Hastane enfeksiyonları hastalarda ciddi hasarlar bırakmakla birlikte tedavi sürelerini uzatıp, tedavi masraflarının artmasına neden olmaktadır. Hastane enfeksiyonlarını azaltmak için hasta yatışları çok gerekli olmadıkça yapılmamalıdır. Ayrıca hastanede yatış süresi kısaltılmalıdır (İşlek, 2009).

Literatüre baktığımızda bazı kaynaklarda hastane enfeksiyonlarının genellikle hastaneye yatıştan 48 saat sonra ortaya çıkan ya da hastanın taburculuğunu takip eden 10 gün içinde gelişen enfeksiyonları içerdiği belirtilse de (El-Nawawy v.d., 2006; Mühlemann v.d., 2004) bazı kaynaklarda hastane enfeksiyonlarının hastaneye yatıştan 72 saat sonra gelişen enfeksiyonları içerdiği belirtilmektedir (Mireya v.d., 2007).

Hastane enfeksiyonu gelişen hastalarda zaten bulunan rahatsızlıklara tedavisi zor olan yeni bir enfeksiyonun da ortaya çıkması durumu eklenerek hastaların dirençlerini daha da düşürmektedir. Hastaya uygulanan tedavilere ek olarak hastane enfeksiyonu nedeniyle daha fazla ilacında tedavi protokolüne eklendiği görülmektedir (Karan, 1999). Hastane enfeksiyonları için gerekli önlemlerin alınması ve enfeksiyon kontrol komitesi tarafından hastane enfeksiyonları ile ilgili eğitim

verilmesi gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarına maruziyeti azaltmak için sağlık profesyonelleri bir ekip halinde çalışmalıdır.

Hasta bakım ekibi tüm gerekli önlemlerin önemini ne kadar benimserlerse, önlemler konusunda da o konuda başarılı oldukları görülmektedir. Önlemler, bütün çalışanların özveri ile enfeksiyonların bulaşma şekilleri hakkında eksiksiz ve yanlış olmayan bilgileri alıp, bu bilgilerin davranışlarında sergilemesi, uygulamalarda yeterliliği ve dikkatli çalışma sonucunda amaca ulaşmayı hedeflemektedir (İnfal, 2009). Yapılan bir başka çalışma da ise hastane enfeksiyonlarının hastanede kalış süresini 23 gün uzattığı görülmüştür (Esatoğlu v.d., 2006).

Hastane kökenli enfeksiyonlarını görülme sıklığına göre şu şekilde sıralamak mümkündür (Bedük, 2000).

1. Hastane kaynaklı üriner sistem enfeksiyonları,
2. Hastanede yatışa bağlı pnömoni (yoğun bakım ünitesinde ilk sıradadır),
3. Cerrahi alan enfeksiyonu ve
4. Damar içi kateterin sebep olduğu enfeksiyonlar.

2.3. Hasta Güvenliği Sorunlarından Hasta Düşmeleri

2.3.1 Hasta Düşmelerinin Görülme Sıklığı

Hasta düşmelerinin sıklığı ülke ve bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Kuruluşu Akreditasyon Ortak Komisyonunun (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)) 2007 yılında düzenlediği rapora göre hasta düşme oranının %0.17-2.5 arasında olduğu, Alman hastanelerinde ise bu oranın %3.7 olduğu belirtilmektedir (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 2007; Raeder v.d., 2010). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise düşmeler 65-79 yaş grubu hastalarda %55, 80 yaş ve üstündeki hastalarda ise %54 oranında saptanmıştır (Karadakovan ve Yeşilbakan, 2005). Hastanelerin farklı birimlerindeki hastaların düşme deneyimi farklıdır. Yapılan bir çalışmada düşmelerin %2.7'si cerrahi kliniğinde, %2.2'si yoğun bakımda, %9.1'i nöroloji kliniğinde, %1.5'i üroloji kliniğinde, %4.3'ü psikiyatri kliniğinde, %11.7'si geriatri kliniğinde görüldüğü saptanmıştır (Raeder v.d., 2010). Yapılan bir başka çalışma da ise düşen hastaların %18.6'sı nöroloji kliniğinde, %1.7'si ortopedi kliniğinde, %8.5'i genel cerrahi, %5.1'i kalp cerrahisinde, %1.7'si damar cerrahisinde, %8.5'i ise nöro-cerrahi

kliniğinde yattıkları belirtilmiştir (Lovallo v.d., 2010). Ülkemizde nöroloji ve nöroşirurji kliniklerinde yatan hastalarla yapılan bir çalışmada %55.5’inde düşme riskinin yüksek olduğu ve son üç ay içindeki düşme oranının %20.9 olduğu bildirmiştir (Savcı v.d., 2009).

2.3.2 Hasta Düşmelerinin Sonuçları

Düşmeler bireylerin hem fiziksel ve hem de ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Düşmeye bağlı fiziksel olarak yaralanma nedeniyle bölgede ağrı, şişkinlik, kızarıklık, abrazyon, hematoma, ezilmeler, yumuşak doku yaralanmaları, ölüm ve hastalanma durumunu yükselten uzuv kırıkları görülmektedir (Eyigör, 2012; Gallardo v.d., 2012; Wilding v.d., 2013; Savcı ve Bilik, 2014). Düşme sonrası kalça kırığı deneyimleyen kişilerin yarısı, eski hayatlarına aynı performansta geri dönememektedirler (British Columbia Falls & Injury Prevention Coalition (BCFIPC), 2007). Düşme sonuçları cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınlar genellikle kalça bölgesine doğru düşerken erkekler daha çok kafa üstü düşmektedirler. Düşmeler kadınlarda daha çok kalça kırığına neden olurken erkeklerde düşmeler ölümle sonuçlanabilmektedir (Washington State Department of Health, 2002). Düşmelere bağlı ölümler erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir (Bıyıklı, 2006).

Düşmelerin bireyde ağrı, yaralanma ve fonksiyon kayıplarına neden olmaları dışında, düşmenin tekrarlayacağına dair korku yaşaması ve yaşamsal aktivitelerini kısıtlaması sonucunda, özellikle yaşlı bireylerde, kasların kullanılmamasına bağlı hasarlar ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak bakıldığında ciddi bir hasta güvenliği problemi olan hasta düşmeleri ve etkilerinin önlenmesi son derece önemlidir.

Hastaların hastaneye yatışı yapıldığı günden itibaren düşme riskinin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin belirlenmesi düşmelerin önlenmesinde en öncelikli uygulama olması gerektiği belirtilmiştir (Yaşar ve Türk, 2018).

2.3.3 Hasta Düşmelerinde Risk Faktörleri

Hasta düşmelerinin nedenleri bireysel ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılmıştır. Buna göre düşmeye neden olan bireysel faktörler, yaş, fiziksel hareketsizlik, birden fazla ilacın alınması, baş dönmesi, nörolojik hastalıklar, birden fazla ekipman bulunması, bilinç durumunda değişikliklerdir. Ayrıca bireyde

yürüme ve denge bozuklukları, inkontinans, duyu kayıpları, yorgunluk, uykusuzluk, mevcut kalça kırıkları, depresyon da bireysel risk faktörleri arasındadır (JCI, 2010; Uysal ve Çakırcalı, 2015; De Sousa Costa v.d., 2017). Gerekli olduğu halde hastaların destekle yürümeyi istememesi de düşme için önemli bir risk faktörüdür. (JCI, 2010; Uysal ve Çakırcalı, 2015). Hastaların düşmesine neden olan birden fazla risk faktörünün bulunması durumunda düşme riskleri daha fazladır.

Düşmeye neden olan çevresel faktörler ise, hastanın ayak yapısına göre olmayan ayakkabı/terlik kullanımı, kaygan zemin olması, hasta yataklarının sabit ve kilitli olmaması, hasta odası, tuvalet ve banyoların aydınlatılmasındaki yetersizlik, tutunma barlarının olmaması ya da kırık olması, kişiye uygun yardımcı araçlar kullanılmamasıdır (JCI, 2010; Chu, 2017).

2.3.4 Hasta Düşmelerinin Maliyeti

Düşme sonucunda hastalarda görülen hayati önem taşıyan sakatlanmalar hastane de yatış gününü artırmakta ve dolayısıyla da hastane maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır. Bir araştırmada düşmelere bağlı ciddi yaralanma gelişen hastaların hastane maliyetini 13,316\$ arttırdığı saptanmıştır. Aynı araştırmaya göre düşmeye bağlı ciddi yaralanması olan hastaların yatış süresi düşme gerçekleşmeyenlerden 6.3 gün daha uzundur (Wong, 2011). Düşme sonrası büyük yaralanmalar gerçekleşebildiği gibi küçük yaralanmalarda gerçekleşebilir ve bunların maliyetleri birbirinden farklıdır. İki eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmaya göre düşme sonrası büyük yaralanmaların maliyetinin fazla olduğu saptanmıştır (Hirose, 2018). Düşme sonrasında önlem amaçlı birçok görüntüleme işlemi uygulanmaktadır. Uygulanan görüntüleme işlemleri, düşmelerin neden olduğu maliyet artışının önemli bir göstergesidir (Fields, 2015). Hastanelerde yaşanan düşmeler insan sağlığı ve sağlık bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastaların yatış süresini 14.61 gün arttıran düşme olayları neden oldukları maliyet artış ile de hastane kaynakları ve ülke ekonomisine ciddi zarar vermektedir. Düşmeler sonucunda artan sağlık bakımı gereksinimini karşılamak için yapılan harcamalar yüksek maliyete neden olmaktadır. Düşme sonucunda ameliyat gerekmesi maliyeti daha da artırmaktadır (Barış, İntepeler ve Yeginboy, 2016).

2.3.5 Hasta Düşmelerinin Önlenmesi

Hasta düşmelerinin önlenmesi için yapılacaklar 3 başlık altında toplanabilir:

- i) Düşmeye neden olan fiziksel koşulların düzeltilmesi düşmeleri önlemede önemlidir. Denge problemi olan yaşlılarda düşmeleri önlemek için yürüteç, baston gibi destekleyici araçlar kullanılmalı, hareket ve diğer aktivitelerini gerçekleştirme esnasında yardımcı olunmalıdır (Aygin, 2016; Savcı v.d., 2009). Hastalara ayağı iyi saran, sağlam ve zeminde kaymayan ayakkabı giydirilmelidir (Aygin, 2016).
- ii) Hastada düşme riskinin değerlendirilmesi ve önlem alınması için düşmeleri önlemeye yönelik yaklaşımda hemşirelerin öncelikli olarak hastanın düşme öyküsünü ve risk faktörlerini belirlemesi, düşme risk faktörleri açısından çevreyi uygun olarak değerlendirmesi gerekir (Aştı ve Karadağ, 2013; Spoelstra, Given ve Given 2012; Lovallo, Rolandi ve Rossetti, 2010).
- iii) Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın 29.02.2012 tarihinde yaptığı duyuruya göre Güvenlik Raporlama Sistemi üzerinde değişiklik yapılmıştır. Olay bildirim sisteminde Nisan 2012 tarihinden itibaren sadece ilaç güvenliği, cerrahi güvenliği ve transfüzyon güvenliği gibi hasta güvenliğini tehdit eden olayların bildirim yapıırken çalışan güvenliğine ilişkin konu başlıkları ile hasta düşmelerinin yalnız indikatör sisteminde yer alacağı belirtilmiştir. Bildirim formlarının kurumlara göre belirlenerek web tabanlı, intranet ortamında veya basılı kopya olarak kullanılabilceği belirtilmiştir. Bu noktada asıl önemli olan, sağlık çalışanlarının bu formlara kolaylıkla ulaşabilmesi ve bildirim yapan sağlık çalışanının anonim olması ve gizlilik esasıyla kalite direktörlüğüne iletilmesini sağlayacak bir düzenleme yapılmasıdır. Hasta güvenliğini tehlikeye düşüren bildirimler direktörlükler tarafından incelemeye alınmalı, olayın oluş nedeni ve sonrasında yaşananlar araştırılmalıdır. Her olay ayrı değerlendirilmeli ve kök neden analizi yapılmalıdır. Bildirimler sonrası gerçekleştirilecek olan düzeltici ve önleyici faaliyetlerin çıkış noktasını ise kurumlarda gerçekleşen istenmeyen olayların tespit edilmesi oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Hasta dūřmeleri hastaya verilen sağlık bakım kalitesini gōstermekle birlikte hemşirelik hizmetlerinin yeterli olup olmadığını sorgulamaktadır (Evans, Hodgkinson ve Wood, 2001). Hasta dūřmelerinin önlenmesi hastalar için güvende yaşama ortamının oluşturulması hastayı kurum içinde olabilecek yaralanmalardan korumak hemşirenin en önemli yasal ve etik sorumluluklarından biridir (Evans, Hodgkinson ve Wood, 2001; Berke ve Aslan 2010). Yapılan bir çalışmada, hasta dūřmelerinin önlenmesi için sağlık çalışanlarının dikkat ettiği durumların başında hastayla birlikte hasta yakınında kalması, yatak kenarlıklarının yükseltilmesi, fiziksel ve kimyasal hareket kısıtlaması olduğu belirtilmiştir (Savcı v.d., 2009).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, hasta dūřmeleri tıbbi hataların %8,91'ini oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Hasta dūřmeleri fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan birçok hasara yol açmaktadır. Hasta dūřmelerinin önlenmesi, güvenli sağlık bakımı sağlamada ön koşuldur. (Staggs ve Dunton, 2014).

2.3.6 Dūřmelerin Önlenmesinde Hemřirelerin Öz Yeterlilięi

Hemřireler, hasta bakımında ön safhada olduklarından hasta dūřmelerini önlemede birincil sorumluluęa sahiptirler. Bu alanda yapılan arařtırmalar, hemřire sayısının ve hemřirelerin sahip oldukları becerilerin hasta dūřme oranı ile iliřkili olduęu yönündedir (Staggs ve Dunton, 2014; Staggs, Knight ve Dunton, 2012). Hemřirelerin hastaların dūřmeleri konusundaki çalıřmaları, tutum ve davranıřları dūřmeleri önleme de etkilidir (Lake v.d., 2010; Titler v.d., 2011). Bu nedenle, hemřirelerin hasta dūřmelerini önlemek için kendilerinin etkili çalıřma durumunu deęerlendirmek ve ilerlemek, hasta dūřmelerinin önlenmesinde büyük öneme sahiptir (Dykes v.d., 2011).

Öz yeterlilik “kişinin belirli bir genel duruşta bir görevi etkili bir şekilde yerine getirme becerilerine olan inancı” olarak tanımlanmıştır (Bandura, 1997). Öz yeterlilik insanların kabiliyetlerini göstermez, ancak yapacakları için kapasitesi ve alınan kararlarla neler yapabileceğine dair öz güvenleri ile ilgilidir. İnsanlar hedeflerine ulaşmak için kendilerini motive ederken ilk olarak öz yeterliliklerinin olması önemlidir. Yüksek öz yeterliliğe sahip olanlar, daha yüksek motivasyon içeren görevleri yaparken karşılaşılan zorluklara karşı daha net kararlılıkla ve hedeflerine varmak amacıyla daha yüksek çaba sarf ederek görevlerini tamamlarlar (Winslow v.d., 2014). Sağlık sisteminin önemli yapı taşı olan hemşirelerin yüksek öz

yeterlilik seviyesinde olmaları sağlık sistemini de güçlü kılar. Yapılan çalışmalarda öz yeterliliği yüksek olan hemşireler kliniklerde daha etkili ve sundukları sağlık hizmetinin de daha üst düzeyde olduğu görülmüştür (De Wandel v.d., 2010; Tyler v.d., 2012).

2.3.7 Düşmelerin Önlenmesinde Hemşirelerin İş Yükünün Azaltılması

Kişilerin yaşamını sürdürebilmek için bir işte çalışması gerekmektedir. Bu işlerini yaparken de sağlıklı olmalı ve sağlıklı bir çalışma ortamında faaliyet göstermelidirler. Çalışma ortamında kişilerin olumsuz etkileneceği faktörler vardır. Fiziksel, psikososyal ve çevresel faktörler çalışanın sağlığını kaybetmesine, yerine getirmesi gereken rolü bireysel ve kurumsal olarak yerine getiremez hale gelmesine neden olup iş hayatını olumsuz etkilemektedir. Bu ve buna benzer faktörler çalışan üzerinde baskıya neden olmaktadır. Çalışanların performansını etkileyen ve üzerinde hissettiği baskılar “iş yükü” olarak tanımlanmaktadır (Dağdeviren, Eraslan ve Kurt, 2005).

Artan iş yükü sebebiyle yaşanan olumsuzlukların en fazla görüldüğü hizmet alanı sağlık kurumlarıdır (Needleman v.d., 2002). Sağlığı korumak, geliştirmek, hastalık veya sakatlık durumunu iyileştirmek ve rehabilitasyonunu sağlamak amacıyla sağlık hizmetleri verilir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009). Sağlık hizmetlerini sunan sağlık ekibinde doktor, hemşire, eczacı, fizyoterapist gibi farklı uzmanlık alanlarından kişiler bulunmaktadır (Bayhan, 2005). Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin hasta düşmelerinin önlenmesindeki rolü büyüktür. Hemşirelik mesleği, iş hayatında birçok olumsuz faktörü olan yoğun iş yüküne sahip bir sağlık mesleğidir (Kebapçı ve Akyolcu 2011). Hemşirelerin çalışma yaşamında etkili olan bazı faktörler zaten zor olan işlerini daha da zorlaştırmaktadır. Hemşirelerin iş ortamı, baktığı hasta sayısı ve acil hasta varlığı, hasta başına düşen hemşire sayısı, sunulan hemşirelik hizmetlerinin yapısı, teknolojik destek, mesleki otonomi, nöbet sistemi, hemşirenin bilgi ve beceri düzeyi hemşirelerin iş yükünü etkileyen faktörlerdendir (Yıldırım ve Aycan 2008, Sullivan, 2005). Hemşirelerin iş yükünü etkileyen bu faktörler, hemşirelerin stresini arttırırken, hasta bakım performansını düşürmekte ve var olan iş yükünü arttırmaktadır. Hemşirelerin bedensel olarak bitkin olması, işe kendini tam verme ve odaklanma sorunları, hata yapma olasılığının yükseltip ve hastalardan olumsuz geri bildirim alınmasına sebep

olmaktadır (Al-Kandari ve Thomas, 2008). Bu açıdan hasta düşmelerinin önlenmesinde önemli işlevi olan hemşirelerin iş yükünün planlanması önem taşımaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması için yönetici hemşireler, iş yükünü, çalışacak hemşire sayısını ve özelliğini belirleyip kliniklere göre sağlıklı bir şekilde dağıtım yapmalıdırlar. Bunun için yönetici hemşireler, ilk olarak kliniklerin iş yükü kapasitesini bilmeli sonrasında verilecek hizmet için gerekli sağlık çalışanı ekibini oluşturmalıdır (Gilies, 1994; Huber, 2000; Yıldırım, 2003).



BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel araştırma tasarımı türünde planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, 01 Ekim 2020 – 01 Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aşaması 15 Şubat – 15 Mart 2021 tarihleri arasında İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Rapor yazılması ise 1 Haziran 2021 tarihinde bitmiştir. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1910 yılında bulaşıcı hastalıkların tecrit edildiği 10 yataklı barakalar halinde kurulmuştur. Dal hastanesi olması sebebiyle sadece yataklı klinikler göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi üzerinedir. Yan dal olarak poliklinik ve tüm yan dallara ait ortak bir klinik bulunmaktadır. 2021 yılı itibariyle 7 göğüs servisi, 2 göğüs cerrahi servisi, 1 tüberküloz servisi, 1 yan dal servisi, 2 yoğun bakım servisi, 1 acil servis, 1 göğüs cerrahi ameliyathanesi, 1 yan dal ameliyathanesi, 1 palyatif servisi ile hizmet vermektedir. Hastanemizde onkoloji poliklinikleri de bulunmaktadır. Başlıca akciğer kanseri, astım, KOAH, pnömoni, pulmoner emboli hastaları tedavi amacıyla yatırılmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. 15 Ocak 2021'de servislerde görev yapan 200 hemşire bulunmaktadır. Örnek seçilmemiştir. Çalışan hemşirelerin hepsine ulaşmak amaçlanmıştır. Araştırmaya yanıt vermeyi kabul eden 150 hemşireden veri toplanmış olup cevaplama oranı %75,0 olarak gerçekleşmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Veri toplamada araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu dört bölümden oluşmaktadır; 'Kişisel Bilgi Formu, Hasta Güvenliği Anketi, İş Yükü Anketi, Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlik- Hemşire- Ölçeği' (EK-A, EK-B, EK-C, EK-D).

3.4.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda hemşirelerin şu özellikleri yer almaktadır:

- Yaş (sayısal),
- Cinsiyet (erkek, kadın),
- Medeni durum (evli, bekar),
- Eğitim durumu (lise, ön lisans, lisans, lisansüstü),
- Meslekte çalışma süresi (sayısal),
- İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde çalışma süresi (sayısal),
- Kişilerin hastanedeki aktif görevi (Servis hemşiresi Sorumlu hemşiresi Yönetici hemşire)
- Bakım verdiği hastalarda düşme olayı gerçekleşme durumu (evet, hayır)
- Bakım verdiği hastalarda düşme olayı gerçekleştiyse zamanı (0-3 ay önce, 3-6 ay önce, 6-12 ay önce, 1-5 yıl önce)
- Bakım verdiği hastalarda ramak kala düşme olayı gerçekleşme durumu (evet, hayır)
- Bakım verdiği hastalarda ramak kala düşme olayı gerçekleştiyse zamanı (0-3 ay önce, 3-6 ay önce, 6-12 ay önce, 1-5 yıl önce)

3.4.2 Hasta Güvenliği Anketi

Hasta güvenliği anketi, bir sağlık kurumunda hasta güvenliği kültürünün ne düzeyde olduğunu göstermektedir. Tütüncü ve ark. tarafından 'Hasta Güvenliği Anketi' şeklinde 2008 yılında Türkçeye uyarlanan 'Safety Climate Scale' (Güvenlik İklimi Ölçeği) J. Bryan Sexton, Robert Helmreich, Peter J. Pronovost ve Eric Thomas tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Anketin Cronbach alfa katsayısı 0,68 ile 0,86 arasında saptanmıştır (Modak v.d., 2007). Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı ise ,958 olarak saptanmıştır (Tütüncü ve Küçükusta, 2008).

Ankette yedi ifade yer almaktadır. İlk altı ifade hasta güvenliğine uygun uygulamaları yedinci ifade ise ters uygulamayı kapsamaktadır. Bu nedenle 7. İfade ters kodlanmıştır. Verilen yanıtlardan "Kesinlikle katılıyorum" 7 puan, "Kesinlikle katılmıyorum" 1 puan şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan 49'dur. Yüksek puan, kişinin kurumda hasta güvenliği kültürünün yaygın olduğu görüşünde olduğunu göstermektedir (Ek-B).

3.4.3 İş Yükü Anketi

İş Yükü Anketi, Hart ve Staveland tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Xiao ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada anketin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. İş yükü anketi, altı ifadeden oluşmaktadır. Verilen yanıtlardan “Çok yüksek” 7 puan “Çok az” 1 puan olarak puanlanmaktadır. Anketten alınacak en yüksek puan 42, en düşük puan 6’dır. Yüksek puan daha yüksek iş yükü anlamına gelmektedir (Ek-C).

3.4.4 Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlik- Hemşire- Ölçeği

Hemşirelerin düşmeleri önlemede yüksek güvenlik seviyesine sahip olup olmadıklarını değerlendirmek üzere 2011 yılında Dykes ve ark. tarafından geliştirilen Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlik- Hemşire- Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuş olup alt boyutları bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2019 yılında Barış ve İntepeler tarafından yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0,90 bulunmuştur.

Ölçek 11 ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadeler hemşirelerin düşmeleri önlemedeki öz yeterlilikleri ile ilgilidir. Ölçekteki her madde altılı Likert kullanılarak puanlandırılmıştır. Verilen yanıtlardan “Tamamen güveniyorum” 6 puan, “Hiç güvenmem” 1 puan olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 66’dır. Yüksek puan, hemşirenin düşmeleri önlemede yüksek güven seviyesine sahip olduğunu göstermektedir (Ek-D).

3.5 Verilerin Toplanması

Hemşireler çalıştıkları birimlerde araştırmacı tarafından ziyaret edilmiş ve araştırmayla ilgili bilgi verilip çalışmaya davet edilmişlerdir. Gönüllü olmaları ve uygun bulmaları halinde aydınlatılmış onam formu verilip imzalamaları istenmiştir. İmzalamaları durumunda anket formu verilmiş ve kişiler anketi kendi kendine doldürmüşlerdir. Doldurulan anketler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.6 Araştırmanın Evreleri

Tablo 1. Araştırmanın Evreleri

İş	İŞ PLANI	Aylar

“Tablo 1 (devamı)”

	Temmuz 2020	Ağustos 2020	Eylül 2020	Ekim 2020	Kasım 2020	Aralık 2020	Ocak 2021	Şubat 2021	Mart 2021	Nisan 2021	Mayıs 2021	Haziran 2021
Literatür Taraması												
Anket formunun oluşturulması												
İzinlerin alınması												
Verilerin toplanması												
Verilerin analizi												
Raporun yazılması												

3.7 Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package For Social Science For Windows) 24.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ve ortanca (25th-75th) ile sunulmuştur. Nominal verilerin analizinde ki kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiş, normal dağılım gösteren dağılımlar için, Student’s t testi ve One Way ANOVA (post hoc test olarak Bonferroni testi), normal dağılım göstermeyen dağılımlarda Mann Whitney-u testi kullanılmıştır. Aynı zamanda lojistik regresyon analizi de yapılmıştır. $P < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnızca İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yataklı servislerde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçların genellenebilirliği söz konusu değildir. Araştırma sonuçlarının genellenebilirliği açısından farklı

hastanelerin yataklı servislerinde çalışan hemşirelerle yapılmasının gerekli düşünölmektedir. Araştırma sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı tarihler arasında İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin sonuçlarıyla sınırlıdır.

3.9 Araştırma Etiği

Araştırmanın etik kurul izni İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 11.08.2020 tarihli 29 sayılı kurul kararıyla alınmıştır (EK-E, EK-E.1). Araştırmanın verilerinin toplanması içinde araştırmanın yapılacağı İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden 13.01.2021 tarihli 1.TUEK toplantısında 6. Karar numarası ile kurum izni alınmıştır (EK-F). Sonrasında T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokolü kapsamında İzmir İli Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Sağlık İnovasyonu Birimi Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından 23.02.2021 tarihli 09 karar numaralı kurul kararıyla izin alınmıştır (EK-F.1, EK-F.2). Çalışmaya dahil edilen kişilerden araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onam alınmış, ankette kimlik bilgileri sorgulanmamıştır (EK-G).

BÖLÜM 4: BULGULAR

Araştırma İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 121'i (%80,7) kadın hemşire, 29'u (%19,3) erkek hemşireden oluşan bir grup ile yapılmıştır.

Bulgular 9 ayrı bölümde sunulmuştur:

- i) Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Belli Özellikleri ile İlgili Bulgular,
- ii) Hemşirelerin Belli Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı,
- iii) Hemşirelerin Belli Özelliklerine Göre İş Yükü Anketi Puan Dağılımı,
- iv) Hemşirelerin Belli Özelliklerine Göre Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı,
- v) Hemşirelerin Hasta Düşmeleriyle İlgili Deneyimleri ve İlişkili Faktörler ile İlgili Bulgular,
- vi) Hemşirelerin Belli Özelliklerine Göre Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumu ile İlgili Bulgular,
- vii) Hemşirelerin Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anketi, İş Yükü Anketi ve Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Dağılımı,
- viii) Hemşirelerin Yaş, Cinsiyete Göre Son Bir Yılda Hastalarda Düşme Ya da Ramak Kala Düşme Yaşaması Arasındaki İlişkilerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları,
- ix) Hemşirelerde Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme İçin Hasta Güvenliği, İş Yükü ve Öz Yeterlilik Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmiş Riskleri.

4.1. Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Temel Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 2. Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Yaş ve Medeni Duruma Göre Dağılımı (İzmir 2021)

	Erkek	Kadın	Toplam
--	-------	-------	--------

“Tablo 2 (devam)”

	(n=29)	(n=121)	(n=150)
Yaş			
ortanca (25 th -75 th)	32 (21-45)	33 (21-48)	33 (27-41)
Yaş grupları	%	%	%
<24	24,1	10,7	13,3
25-34	34,5	46,3	44,0
35-44	37,9	35,5	36,0
>45	3,4	7,4	6,7
Medeni durum			
Evli	65,5	59,5	60,7
Bekar	34,5	40,5	39,3
Toplam	100,0	100,0	100,0

Tablo 2’de hastanede çalışan hemşirelerin yaş ve medeni duruma göre dağılımı incelenmiştir. Araştırma grubunun yaş ortancası (25th-75th) 33 (27-41) olup, değerler erkek ve kadınlarda benzer bulunmuştur. 45 yaş üzerinde olanlar hemşirelerin yalnızca %7’sidir. Erkek ve kadınlarda benzer olarak her 10 hemşireden yaklaşık 6’sı evlidir.

Tablo 3. Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte ve Hastanede Çalışma Yılı ile Hastanedeki Görevlerine Göre Dağılımı (İzmir 2021)

	Erkek (n=29)	Kadın (n=121)	Toplam (n=150)
	%	%	%
Eğitim durumu			
Lise	10,3	7,4	8,0
Ön Lisans	24,1	16,5	18,0
Lisans	58,6	62,8	62,0
Lisansüstü	6,9	13,2	12,0
Meslekte çalışma yılı			

“Tablo 3 (devam)”

1 yıl ve altı	13,8	14,0	14,0
2-5 yıl	13,8	13,2	13,3
6-9 yıl	31,0	16,5	19,3
10 yıl ve üstü	41,4	56,2	53,3
Hastanede çalışma yılı			
1 yıl ve altı	31,0	33,9	33,3
2-5 yıl	24,1	24,8	24,7
6-9 yıl	31,0	16,5	19,3
10 yıl ve üstü	13,8	24,8	22,7
Hastanedeki görevi			
Servis hemşiresi	100,0	89,3	91,3
Sorumlu hemşire	0,0	10,7	8,7
Toplam	100,0	100,0	100,0

Tablo 3’de hemşirelerin eğitim durumu, meslekte ve hastanede çalışma yılı ile hastanedeki görevlerine göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu ön lisans ve lisans mezunudur. %8’i lise, %12’si lisansüstü eğitime sahiptir. Lisansüstü eğitim kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazladır (sırasıyla %13,2 ve %6,9). Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine baktığımızda yaklaşık yarısı 10 yıl ve üzeri süreye sahipken, 1 yıl ve altı meslekte çalışma süresine sahip olanlar yalnızca %14’tür. Kadınlarda çalışma süresi biraz daha uzundur. Hemşirelerin %58’i 5 yıldan daha kısa süredir İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışmaktadırlar. 10 yıl ve üzeri çalışanlar ise %22,7’dir. Hastanede çalışma süresi kadınlarda erkeklerden daha uzundur. Erkeklerin tamamı servis hemşirelerini oluştururken, sorumlu hemşiresiler kadınların %10,7’sidir.

4.2 Hemşirelerin Temel Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı

Tablo 4. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı

Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı		
	Ortalama±ss	Ortanca (25 th -75 th)
		P değeri

“Tablo 4 (devam)”

Cinsiyet			0,244*
Erkek	37,1±8,3	37,0 (30,0 - 43,5)	
Kadın	39,0±6,2	40,0 (35,5 – 43,0)	
Yaş			0,008** (a>b=c=d)
<24 (a)	43,2±5,8	44,0 (41,2 – 48,5)	
25-34 (b)	38,3±6,2	39,0 (34,0 – 42,0)	
35-44 (c)	38,0±7,1	39,5 (36,0 – 43,0)	
≥45 (d)	36,0±5,5	36,5 (32,7 – 39,7)	
Medeni durum			0,008*
Evli	37,5±6,8	38,0 (33,0 – 42,0)	
Bekar	40,5±6,1	41,0 (37,0 – 45,0)	
Toplam	38,7±6,7	40,0 (35,0 – 43,0)	

* Student’s t testi

** Tek yönlü varyans analizi, post hoc test olarak Bonferroni testi kullanılmıştır.

Tablo 4’te görüldüğü üzere 24 yaş altındaki hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması (43,2±5,8) daha ileri yaş grubundaki hemşirelerden (ortalamalar için dağılım aralığı 36,0-38,3) daha yüksek saptanmıştır (p=0,008). Bekarların hasta güvenliği puan ortalaması (40,5±6,1) evli hemşirelerinkinden (37,5±6,8) daha yüksek saptanmıştır (p=0,008).

Tablo 5. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanedeki Görevine Göre Hasta Güvenliği Anketi Puan Dağılımı

	Erkek (n=29)	Kadın (n=121)	P değeri
	Ortalama±ss	Ortanca (25 th - 75 th)	

“Tablo 5 (devam)”

Eğitim durumu (n)			0,247**
Lise (n)	39,0±7,0	39,0 (34,2 - 43,7)	
Ön Lisans (n)	39,9±4,5	41,0 (37,0 – 43,0)	
Lisans (n)	38,0±6,9	39,0 (35,0 – 43,0)	
Lisansüstü (n)	35,8±7,6	39,0 (28,7 – 42,0)	
Meslekte çalışma yılı (n)			0,017** a>d=b=c
1 yıl ve altı (a)	42,6±5,1	43,0 (38,0 – 47,0)	
2-5 yıl (b)	39,8±7,6	40,0 (35,2 – 46,7)	
6-9 yıl (c)	37,6±6,0	38,0 (32,5 – 42,5)	
10 yıl ve üstü (d)	37,7±6,7	39,0 (34,2 – 42,0)	
Hastanede çalışma yılı (n)			0,035** a>d=b=c
1 yıl ve altı (a)	40,9±5,5	41,0 (37,0 – 46,0)	
2-5 yıl (b)	38,0±6,6	39,0 (34,0 – 42,5)	
6-9 yıl (c)	37,8±6,6	40,0 (32,0 – 42,5)	
10 yıl ve üstü (d)	36,9±7,8	39,0 (32,7 – 42,0)	
Hastanedeki görevi (n)			0,176*
Servis hemşiresi (n)	38,9±6,5	40,0 (35,0 – 43,0)	
Sorumlu hemşire (n)	36,3±8,4	38,0 (30,5 – 42,0)	
Toplam	38,7±6,7	40,0 (35,0 – 43,0)	

* Student’s t testi

**Tek yönlü varyans analizi, post hoc test olarak Bonferroni testi kullanılmıştır.

Meslekte çalışma yılı 1 yıl ve daha az olan hemşirelerin (42,6±5,1) hasta güvenliği puan ortalaması daha uzun süre bu meslekte görev yapan hemşirelerden (ortalamalar için dağılım aralığı 37,7-39,8) daha fazladır (p=0,017). İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde ki çalışma süresi bir yıl

ve daha az olan hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması bir yıldan daha fazla bu hastanede çalışan hemşirelerden (ortalamalar için dağılım aralığı 36,9-38,0) daha fazladır (p=0,035).

4.3 Hemşirelerin Temel Özelliklerine Göre İş Yükü Anketi Puan Dağılımı

Tablo 6. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre İş Yükü Anketi Puan Dağılımı

	İş Yükü Anketi Puan Dağılımı		P değeri
	Ortalama±ss	Ortanca(25 th -75 th)	
Cinsiyet			0,082*
Erkek	34,4±6,5	36,0 (31,5 – 39,0)	
Kadın	36,2±4,5	37,0 (33,0 – 40,0)	
Yaş			0,074**
<24	33,9±5,7	34,5 (31,0 – 38,7)	
25-34	36,0±4,4	37,0 (33,0 – 39,0)	
35-44	36,9±4,2	37,5 (35,0 – 41,0)	
>45	34,0±8,7	38,0 (30,5 – 40,0)	
Medeni durum			0,632*
Evli (n)	36,0±5,1	37,0 (33,0 – 40,0)	
Bekar (n)	35,6±4,7	36,0 (33,0 – 39,0)	
Toplam	35,9±5,0	37,0 (33,0 – 40,0)	

* Student's t testi

**Tek yönlü varyans analizi, post hoc test olarak Bonferroni testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet ve medeni durumuna göre iş yükü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (tüm karşılaştırmalar için p>0.05).

Tablo 7. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanedeki Görevine Göre İş Yükü Anketi Puan Dağılımı

	Erkek (n=29)	Kadın (n=121)	P değeri
	Ortalama±ss	Ortanca(25 th -75 th)	

“Tablo 7 (devam)”

Eğitim durumu			
Lise	34,0±7,8	35,5 (31,5 – 38,7)	0,262*
Ön Lisans	36,5±4,0	38,0 (35,0 – 39,0)	
Lisans	36,2±4,4	37,0 (33,0 – 40,0)	
Lisansüstü	34,5±6,6	35,5 (30,7 – 41,0)	
Meslekte çalışma yılı			
1 yıl ve altı	33,6±5,6	35,0 (30,5 – 36,5)	0,109*
2-5 yıl	36,3±4,3	36,5 (33,0 – 40,0)	
6-9 yıl	36,8±4,1	38,0 (35,0 – 39,5)	
10 yıl ve üstü	36,1±5,1	37,0 (33,2 – 40,0)	
Hastanede çalışma yılı			
1 yıl ve altı	34,7±5,8	36,0 (31,0 – 39,0)	0,685**
2-5 yıl	35,8±4,0	36,0 (33,0 – 38,5)	
6-9 yıl	36,5±5,4	38,0 (33,0 – 42,0)	
10 yıl ve üstü	37,3±3,9	38,0 (35,0 – 40,2)	
Hastanedeki görevi			
Servis hemşiresi	35,9±5,0	37,0 (33,0 – 40,0)	0,685**
Sorumlu hemşire	35,6±4,6	35,0 (33,5 – 39,0)	
Toplam	35,9±5,0	37,0 (33,0 – 40,0)	

*Tek yönlü varyans analizi ANOVA

** Mann Whitney U

Hemşirelerin eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, hastanede çalışma yılı ve hastanedeki görevine göre iş yükü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (tüm karşılaştırmalar için $p>0.05$).

4.4 Hemşirelerin Temel Özelliklerine Göre Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı

Tablo 8. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre Hasta Düşmelerini Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı

“Tablo 8 (devam)”

Hasta Düşmelerini Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı		
	Ortalama±ss	Ortanca (25 th -75 th)
Cinsiyet		
Erkek	56,6±9,0	56,0 (51,5 – 66,0)
Kadın	58,0±6,3	59,0 (55,0 – 63,0)
Yaş		
<24	58,9±6,3	59,0 (55,0 – 64,0)
25-34	57,8±6,5	58,0 (55,0 – 64,0)
35-44	56,8±7,8	59,0 (53,7 – 62,0)
>45	58,8±5,7	60,5 (55,0 - 63,2)
Medeni durum		
Evli	56,7±7,4	57,0 (54,0 – 62,0)
Bekar	59,3±5,7	60,0 (55,0 – 64,0)
Toplam	57,7±6,9	59,0 (55,0 – 63,0)

* Student's t Test

** Tek yönlü varyans analizi ANOVA

Bekar hemşirelerin hasta düşmelerini önlemede öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması evli hemşirelerden (59,3±5,7) daha yüksektir. Cinsiyete ve yaşa göre hasta düşmelerini önlemede öz yeterlilik hemşire ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (tüm karşılaştırmalar için p>0.05).

Tablo 9. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanedeki Görevine Göre Düşmelerini Önlemede Öz Yeterlilik Hemşire Ölçeği Puan Dağılımı

	Erkek (n=29)	Kadın (n=121)	P değeri
	Ortalama±ss	Ortanca (25 th -75 th)	

“Tablo 9 (devam)”

Lise	57,5±9,0	61,0 (54,0 – 64,7)	
Ön Lisans	57,9±8,4	60,0 (55,0 – 64,0)	
Lisans	57,5±6,7	58,0 (54,5 – 63,5)	
Lisansüstü	58,5±4,0	58,0 (55,7 – 61,5)	
Meslekte çalışma yılı			0,375*
1 yıl ve altı	59,1±4,7	59,0 (55,0 – 64,0)	
2-5 yıl	59,2±6,5	60,0 (56,2 – 66,0)	
6-9 yıl	56,3±7,2	57,0 (53,0 – 62,5)	
10 yıl ve üstü	57,4±7,4	59,5 (55,0 – 62,7)	
Hastanede çalışma yılı			0,491*
1 yıl ve altı	58,7±5,6	58,5 (55,0 – 64,0)	
2-5 yıl	57,8±7,3	59,0 (55,0 – 64,0)	
6-9 yıl	57,2±7,5	57,0 (53,0 – 63,5)	
10 yıl ve üstü	56,4±7,7	59,0 (51,7 – 61,0)	
Hastanedeki görevi			0,613**
Servis hemşiresi	57,8±7,0	59,0 (55,0 – 64,0)	
Sorumlu hemşire	56,9±6,4	60,0 (50,0 – 62,0)	
Toplam	57,7±6,9	59,0 (55,0 – 63,0)	

* Tek yönlü varyans analizi ANOVA

** Mann Whitney U

Hemşirelerin eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, hastanede çalışma yılı ve hastanedeki görevine göre düşmelerini önlemede öz yeterlilik hemşire ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (tüm karşılaştırmalar için $p>0.05$).

4.5 Hemşirelerin Hasta Düşmeleriyle İlgili Deneyimleri ve İlişkili Faktörler ile İlgili Bulgular

Tablo 10. Hemşirelerin Hasta Düşmeleriyle İlgili Deneyimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (İzmir 2021)

“Tablo 10 (devam)”

	Erkek (n=29)	Kadın (n=121)	Toplam (n=150)
	%	%	%
Bakım verdiği hastalarda düşme olayı gerçekleşme durumu*			
Evet	31,0	58,7	53,3
Hayır	69,0	41,3	46,7
Toplam	100,0	100,0	100,0
Bakım verdiği hastalarda düşme olayı gerçekleştiyse zamanı**			
0-3 ay önce	3,4	23,1	19,3
3-6 ay önce	3,4	9,9	8,7
6-12 ay önce	10,3	9,1	9,3
1-5 yıl önce	13,8	16,5	16,0
Toplam	100,0	100,0	100,0

* P=0,007 bulunmuş olup ki kare testi kullanılmıştır.

**Yalnızca düşme deneyimi olanlar için belirtilmiştir. İstatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.

Kadın hemşirelerin bakım verdiği hastalarda düşme olayı (%58,7) erkek hemşirelere göre (%31,0) daha fazla saptanmıştır (P=0,007).

Tablo 11. Hemşirelerin Ramak Kala Hasta Düşmeleriyle İlgili Deneyimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (İzmir 2021)

“Tablo 11 (devam)”

	Erkek (n=29)	Kadın (n=121)	Toplam (n=150)
	%	%	%
Bakım verdiği hastalarda ramak kala düşme olayı gerçekleşme durumu*			
Evet	48,3	57,0	55,3
Hayır	51,7	43,0	44,7
Toplam	100,0	100,0	100,0
Bakım verdiği hastalarda ramak kala düşme olayı gerçekleştiyse zamanı**			
0-3 ay önce	17,2	24,8	23,3
3-6 ay önce	6,9	12,4	11,3
6-12 ay önce	13,8	11,6	12,0
1-5 yıl önce	10,3	8,3	8,7
Toplam	100,0	100,0	100,0

* P=0,395 ki kare testi kullanılmıştır.

**Yalnızca ramak kala düşme deneyimi olanlar için belirtilmiştir. İstatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.

Kadın hemşirelerin bakım verdiği hastalarda ramak kala düşme olayı (%57,0) erkek hemşirelere göre (%48,3) daha fazla saptanmıştır, ancak fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$).

4.6 Hemşirelerin Belli Özelliklerine Göre Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumu ile İlgili Bulgular

Tablo 12. Hemşirelerin Cinsiyet, Yaş, Medeni Duruma Göre Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Gerçekleşme Durumu

	Son 1 Yılda Yaşanan Düşme ya da Ramak Kala Düşme Deneyimi		Toplam	P değeri
	Var (%)	Yok (%)		
Cinsiyet				
Erkek	37,9	62,1	100,0	0,044*
Kadın	58,7	41,3	100,0	
Yaş				
<24	30,0	70,0	100,0	0,002*
25-34	71,2	28,8	100,0	
35-44	44,4	55,6	100,0	
>45	50,0	50,0	100,0	
Medeni durum				
Evli	56,0	44,0	100,0	0,676*
Bekar	52,5	47,5	100,0	
Toplam	54,7	45,3	100,0	

*Ki kare testi

Tablo 12’de hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni duruma göre baktığı hastalarda son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme gerçekleşme durumu verilmiştir. Kadın hemşirelerin baktığı hastalarda son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme olayı gerçekleşme durumu %58,7’dir. 25-34 yaş grubunda ki hemşireler %71,2 oranında son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme olayı deneyimlerken bu oranın 45 yaş üstündekilerde %50 olarak saptanmıştır (p=0,002).

Tablo 13. Hemşirelerin Eğitim Durumu, Meslekte Çalışma Yılı, Hastanede Çalışma Yılı ve Hastanede Ki Görevlerine Göre Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Gerçekleşme Durumu

	Son 1 Yılda Yaşanan Düşme ya da Ramak Kala Düşme Deneyimi	Toplam	P değeri

“Tablo 13 (devam)”

Eğitim durumu	Var (%)	Yok (%)		
Lise	75,0	25,0	100,0	0,392*
Ön Lisans	44,4	55,6	100,0	
Lisans	57,0	43,0	100,0	
Lisansüstü	44,4	55,6	100,0	
Meslekte çalışma yılı				0,656*
1 yıl ve altı	47,6	52,4	100,0	
2-5 yıl	65,0	35,0	100,0	
6-9 yıl	58,6	41,1	100,0	
10 yıl ve üstü	52,5	47,5	100,0	
Hastanede çalışma yılı				0,371*
1 yıl ve altı	46,0	54,0	100,0	
2-5 yıl	54,1	45,9	100,0	
6-9 yıl	65,5	34,5	100,0	
10 yıl ve üstü	58,8	41,2	100,0	
Hastanedeki görevi				0,270*
Servis hemşiresi	53,3	46,7	100,0	
Sorumlu hemşire	69,2	30,8	100,0	
Toplam	54,7	45,3	100,0	

*Ki kare

Hemşirelerin eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, hastanede çalışma yılı ve hastanedeki görevine göre göre baktığı hastalarda son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme olayı gerçekleşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (tüm karşılaştırmalar için $p>0.05$).

4.7 Hemşirelerin Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anketi, İş Yükü Anketi ve Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Dağılımı

Tablo 14. Hemşirelerin Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Olay Gerçekleşme Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anketi, İş Yükü Anketi ve Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Dağılımı

	Hasta güvenliği		İş yükü		Öz yeterlilik	
	Ortalama±ss	P değeri	Ortalama±ss	P değeri	Ortalama±ss	P değeri
Hemşirelerin baktığı hastalarda düşme ya da ramak kala düşme olayı gerçekleşme durumu						
	ERKEK					
Evet	31,8±5,1	0,005	32,1±7,8	0,142	51,1±10,9	0,029
Hayır	40,3±8,3		35,8±5,3		59,9±5,8	
	KADIN					
Evet	39,1±6,3	0,954	36,5±4,2	0,481	58,0±7,0	0,840
Hayır	39,0±6,1		35,9±4,9		57,8±5,4	
	TOPLAM					
Evet	38,1±6,6	0,252	35,9±5,0	0,976	57,1±7,9	0,279
Hayır	39,4±6,7		35,9±4,9		58,4±5,5	

Tablo 14’de bakım verdiği hastalarda düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşayan erkek hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması 31,8±5,1, düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşamayan erkek hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması 40,3±8,3 olup test istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,005).

Bakım verdiği hastalarda düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşayan erkek hemşirelerin öz yeterlilik puan ortalaması 51,1±10,9, düşme ya da ramak kala düşme

olayı yaşamayan erkek hemşirelerin öz yeterlilik puan ortalaması 59,9±5,8 olarak saptanmış, test istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029).

4.8 Hemşirelerin Yaş, Cinsiyete Göre Son Bir Yılda Hastalarda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Yaşamaları Arasındaki İlişkilerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Tablo 15. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyete Göre Son Bir Yılda Hastalarda Düşme ya da Ramak Kala Düşme Yaşamaları Arasındaki İlişkilerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

	Son bir yılda baktığı hastalarda düşme ya da ramak kala düşme (%)	B	OR	(95% GA)	P
Model 1					
Yaş					
<24	30,0		1 (ref)		
25-34	71,2	1,75	5,772	1,93-17,25	0,002
35-44	44,4	0,62	1,867	0,62-5,58	0,265
>45	50,0	0,84	2,333	0,48-11,16	0,289
Model 2					
Cinsiyet					
Erkek	37,9		1 (ref)		
Kadın	58,7	0,84	2,320	1,01-5,34	0,047
Model 3					
Yaş					
<24	30,0		1 (ref)		
25-34	71,2	1,64	5,197	1,71-15,75	0,004
35-44	44,4	0,53	1,711	0,56-5,20	0,344
>45	50,0	0,69	1,996	0,40-9,75	0,393

“Tablo 15 (devam)”

Cinsiyet					
Erkek	37,9		1 (ref)		
Kadın	58,7	0,712	2,038	0,84-4,91	0,113

Tablo 15’e göre göre son bir yılda hastalarda düşme ya da ramak kala düşme deneyimiyle yaş ve cinsiyet arasındaki ilişkiler üç farklı lojistik regresyon modeliyle değerlendirilmiştir. Yalnızca yaşın bağımsız değişken olarak alındığı modelde 25-34 yaş grubunun, 24 yaş altı gruba göre 5,772 kat (%95 GA 1,93-17,25, p=0,002) daha fazla düşme deneyimi ya da ramak kala düşme deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Diğer yaş grupları için istatistiksel anlamlı bir risk artışı söz konusu değildir. İkinci modele yalnızca cinsiyet alınmış, kadınların erkeklere göre 2,320 (%95 GA 1,01-5,34, p=0,047) kat daha fazla hasta düşme deneyimi ya da ramak kala düşme deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Yaş ve cinsiyet arasındaki karıştırıcı ilişkileri düzeltmek amacıyla yaş ve cinsiyetin bağımsız değişken olarak modele alındığı üçüncü bir lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Bunun sonucuna göre kadınlardaki yüksek risk istatistiksel olarak anlamsız çıkmış, 25-34 yaş grubu, 24 yaş altına göre 5,197 (%95 GA 1,71-15,75, p=0,04) kat daha fazla düşme deneyimi ya da ramak kala düşme deneyimine sahiptir. Model 3’te cinsiyet anlamsız olduğu için düşmelerin gençlerde daha az, gençlere göre 25-34 yaş grubunda düşmelerin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu nedenle skorlu modellerde yalnızca yaşa göre düzeltme yapılmıştır.

4.9 Hemşirelerde Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme İçin Hasta Güvenliği, İş Yükü ve Öz Yeterlilik Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmiş Riskleri

Tablo 16. Hemşirelerde Baktığı Hastalarda Son Bir Yılda Düşme ya da Ramak Kala Düşme İçin Hasta Güvenliği, İş Yükü ve Öz Yeterlilik Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmiş Riskleri

	ERKEK			KADIN		
	B	SE	p	B	SE	p
Model 1						
Hasta güvenliği puanı	-0,318	0,144	0,028	0,010	0,032	0,744

“Tablo 16 (devam)”

Model 2						
İş yükü puanı	-0,081	0,101	0,420	0,024	0,045	0,586
Model 3						
Öz yeterlilik puanı	-0,228	0,098	0,020	0,002	0,030	0,944

Tablo 16’da hemşirelerin baktığı hastalarda son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme için hasta güvenliği, iş yükü ve öz yeterlilik puanlarının yaşa göre düzeltilmiş riskleri yer almaktadır. Bu sonuçlara göre analizler kadın ve erkeklerde tabakalı olarak yapılmıştır. Yapılan bu değerlendirmede yalnızca erkeklerde hasta güvenliği ve öz yeterlilik puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda hasta düşmeleri ve ramak kala düşme deneyimi ile hasta güvenliği puanı, iş yükü puanı, öz yeterlilik puanı arasında bir ilişki bulunmamaktadır.

BÖLÜM 5: TARTIŞMA

5.1. Hemşirelerde Hasta Düşmesi/Ramak Kala Düşme Yaşama Sıklığı

Araştırma kapsamında hasta düşmesi ve ramak kala hasta düşmesini hemşirelerin deneyimlemesinin oldukça yaygın olduğu saptanmıştır. Hafıza biası olasılığı nedeniyle son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme deneyimi yaşayanların sıklığı araştırmanın hasta düşmeleri konusunda daha geçerli bir değişkeni olarak düşünülebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, hemşirelerin yaklaşık yarısı son bir yılda hastalarında düşme ya da ramak kala düşme deneyimi yaşamıştır. Bulut ve arkadaşları tarafından (2013) yapılan bir çalışmada hemşirelerin hasta düşmesi deneyimlerine bakıldığında; %42,5'inin en az bir kez hasta düşmesi ile karşılaştığı belirtilmiştir (Bulut, Türk ve Şahbaz, 2013). Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %97,2'si kadın, %46,5'i lisans mezunu olup yaş ortalamaları (min. 18, max. 50) 32.55 ± 7.49 'dur. Hemşirelerin %45,9'u 11 ve daha fazla yıldır çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bizim araştırmamızın %80,7'si kadın hemşire olup %58,6'sı lisans mezunudur. Araştırma grubumuzun yaş ortancası (25th-75th) 33 (27-41) olarak saptanmıştır. Araştırmalar buraya kadar benzerlik göstermiş ancak hemşirelerin düşme deneyimine dayalı yapılmış değerlendirmelerde yaşam boyu deneyim ele alınmıştır. Bizim araştırmamızda ise hemşirelerin son bir yılda baktığı hastalarda düşme ya da ramak kala düşme olayı değerlendirilmiş ve %54,7'de düşme olayının gerçekleştiği bulunmuştur (Bulut, Türk ve Şahbaz, 2013). Yapılan literatür taramasında Türkiye'de hasta düşmelerinin görülmesi konusunda yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Yurt dışında yürütülen çalışmalarda genellikle yatan hastalar için düşme sıklığı saptanmış ve sonuçlar 1000 hasta günü başına şeklinde sunulmuştur. Bu şekilde sunulan çalışmalara bakıldığında 1950'li yıllardan itibaren düşme görülmekle birlikte gelişmiş ülkelerde de hasta düşmeleri oldukça yaygındır.

ABD'de bulunan bir hastanede 1981-82 yıllarında 1000 başvuru başına 18,4 hasta kazası rapor edilmiş olup, 2006-2010 yılları arasında 1524 hastane verisine dayalı olarak hasta düşmesi sıklığı 100 hasta günü başına 3.65 olarak bildirilmiştir. Birleşik Krallık'ta yürütülen bir çalışmada ise 2005-2006 yıllarında 1000 hasta günü başına 2.1-11 arasında değişen hızlarda hasta düşmesi bildirilmiştir (Weil, 2015).

Yapılan birçok randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre önlenmesi mümkün olan hasta düşmeleri (Dykes v.d., 2010; Ang, Mordiffi ve Wong, 2011), sağlık kurumlarında gerçekleşen tıbbi hataların hemen hemen %21- %40'ını

oluşturmaktadır (Sari v.d., 2007; Healey v.d., 2008; Naessens v.d., 2009). Yapılan çalışmalarda 1000 hasta günündeki düşme sıklığı Fields ve arkadaşları (2015) tarafından 2.3, Anderson ve arkadaşları (2014) tarafından 2.4, Stags, Mion ve Shorr (2014) tarafından ise 3,44 olarak bildirilmiştir (Fields v.d., 2015; Anderson v.d., 2014; Stags Mion ve Shorr, 2014). Ayrıca Stags, Mion ve Shorr (2014) çalışmalarında kişisel ihtiyaçları sırasında yardım almayan hastaların daha fazla düştüğü ve düşme sonrası yaralanma riskinin bu hastalarda daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır (Stags, Mion ve Shorr, 2014).

5.2 Hastalarda Düşmelerin Birden Fazla Yaşanma Durumu

İsviçre’de yapılan bir çalışmaya göre düşen hastaların %50,1’inin daha önceden de düşme öyküsünün olduğunu göstermiştir (Schwendimann, Geest ve Milisen, 2006). Çalışmalarda bir kez düşme deneyimi yaşayan hastaların sonrasında sık sık düştükleri belirtilmektedir (Evans v.d., 2001; Tinetti, 2003; Heinze, Halfens ve Dassen, 2007; Schwendimann v.d., 2008; Berdot v.d., 2009). Evans ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışma da düşen beş hastadan birini daha önce bir kez ve daha fazla düşme ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir (Evans v.d., 2001).

Kanada’da yapılan bir çalışmada hastanede yatış yapılan her 80 hastadan ikisinde düşme gerçekleşmekte, bu durum sonrası %30-50 arası yaralanmalar meydana gelmekte ve bunların %4-8’ini ciddi yaralanmalar oluşturmaktadır (Lazar ve Mavrak 2008). Yaşlılarda her yıl meydana gelen %30-60 oranında düşme olayının %10-20’si sakatlanma, hastaneye yatış veya bireylerin hayatını kaybetmesi ile sonuçlanmaktadır (Rubenstein, 2006). Tzeng ve Yin’in (2008) yaptığı çalışmada, düşmelerin %15,8 oranında tekrarladığı saptanmıştır. Aynı çalışmada düşmelerin %26,5’inin hasta yatağından, %15,7’sinin sandalye üzerinden, %28,9’unun düşerken düşme şeklinde gerçekleştiği belirtilmiştir. Yine bu çalışmanın hasta sonuçlarından %5,8’i ramak kala düşme, %74’ü yaralanma olmadan ve %20,2’si yaralanmayla sonuçlanan ve tıbbi müdahale ya da uzun süre hastanede yatmaya neden olan düşmeler olduğu belirtilmektedir (Tzeng ve Yin, 2008). Literatürde hastaların 24:00-08:00 saatleri arasında düştüğü belirtilmiştir (Mülayim ve İntepeler, 2011). Araştırmanın yapıldığı hastanede yapılan bir çalışmada ise hastaların %34,4’ünün, 00:00-06:00 saatleri arasında düştüğü tespit edilmiştir (Eker, 2020).

5.3. Hasta Düşmelerinin Maliyeti ve Sonuçları

Düşmeler hastalarda, hasta yakınlarında ve sağlık çalışanlarında korku ve endişeye neden olmaktadır. Düşmeler hastaların hastanede yatış süresini uzatarak sağlık hizmetlerinin maliyetini de artırabilmektedir (Yıldırım ve Karadakovan 2004; Akyol, 2007; Evans v.d., 2001; Lovallo, Rolandi ve Rossetti, 2010; Özden, Karagözoğlu ve Kurukız, 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde Wong tarafından yapılan bir çalışmada düşmelere bağlı ciddi yaralanma gelişen hastaların hastane maliyetini 13,316\$ arttırdığı saptamıştır (Wong, 2011). Avustralya'da 50.000 düşmenin 1000'den fazlasının ölümle sonuçlandığı ve ülke ekonomisine 2369 milyon dolar maliyet getirdiği belirlenmiştir. Bu araştırmaya göre düşme olayı yaşayan hastaların %95,7'sinin daha öncede düştüğü belirtilmiştir (McFarlane, 2004).

Hastanelerde meydana gelen düşmeler yaralanma ve ölümlere neden olmakta ve bu nedenle hastaların hastanede yatış süresi 14.61 gün uzamaktadır. Yatış süresindeki uzama ve sağlık bakım ihtiyacındaki artış, hastane yatış maliyetini 8726,94 TL artırmaktadır. Düşmeler sonucu ameliyat olan hastalarda en fazla maliyet ortaya çıkmaktadır (Barış, İntepeler ve Yeginboy, 2016).

5.4 Hasta Düşmelerini Önlemek İçin Yönetmelikler ve Eğitim Planlamaları

Kuşkusuz hasta düşmelerinin azalmasında gerek ulusal düzeyde sağlık hizmetleri kalitesini denetleyen mekanizmaların, kurumların ve yasal düzenlemelerin, gerekse hastane yönetimlerinin bu derece önemli bir konuyu ele alıp kontrole yönelik önlemler almasının payı büyüktür. Hasta düşmelerinin sonucunda ciddi sakatlık veya ölüm riski söz konusu olduğu için hasta güvenliği ile ilgili gerek uluslararası gerekse ulusal rehberlerde önemli bir yeri bulunmaktadır. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılında Sağlıkta Kalite Standartları Hastane versiyon 6 ile hasta bakımı içerisinde "Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır", "Hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır" ve "Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır" standartları bulunmaktadır. Aynı zamanda Sağlıkta Kalite Standartları Göstergeler Yönetimi Rehberi'nde "Düşen hasta oranı" göstergesi yer almaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020). Konuya önem verilmesine rağmen hasta

düşmeleri bu çalışmada da saptandığı gibi özellikle yataklı tanı ve tedavi kurumlarında yaygın görülen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelerin hasta düşmelerini önleme de etkili olduğu bilinse de bu durumu hemşirelerin tamamen ortadan kaldıramayacakları açıktır. Çünkü hasta düşmelerini önlemek ekip işidir. Bu durumu en aza indirmek için hasta yakını ve kurumun bu konuda faydalı iyileştirme faaliyetleri yapması gerektiği belirtilmektedir (Hitcho v.d., 2004).

Yönetmel sorun olarak hemşirelerin iş yükünün fazla olması hasta düşmeleri açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta düşmelerinin önlenmesinde kurumdaki güvenlik kültürünün etkisi önemlidir. Bu çalışmada yalnızca erkek hemşirelerde son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme deneyimi ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki saptanmıştır. Kadın hemşirelerde bu konuda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasında kadın hemşirelerin hasta düşmesi ya da ramak kala düşme deneyiminin çok yaygın olmasının etkisi olabilir. Nitekim bu deneyim erkek hemşirelerde %40 iken kadın hemşirelerde %60 olarak saptanmıştır. Erkek hemşirelerde iş yükü ile hasta düşmesi arasında saptanan ilişkiler hasta düşmeleri ve ramak kala düşmelerin yaygın olmasında astların iş yükünün fazla olmasının etkili olabileceğini düşündürmektedir. Kadın hemşireler erkeklere göre fiziksel olarak yorucu çalışma koşullarına daha dayanıksız olabilirler. Ayrıca kadın hemşirelerin ülkemizde yaygın olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucu olarak ailelerinde ev işleri ve çocukların bakımından daha fazla sorumlu olmaları da hasta düşmesi deneyimini daha fazla yaşamalarında etkili olabilir.

Hemşireler hasta düşmeleri için kullandıkları ölçekler ile düşme riskini en aza indirerek hastada hasar kalmasını engelleyebilecekleri belirtilmiştir. (Savcı v.d., 2009). Ancak ülkemizde yürütülen çalışmalarda hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili uygulamalarının yeterli olmadığı saptanmıştır. Bulut, Türk ve Şahbaz'ın (2013) yaptığı bir çalışmada çoğu hemşirenin düşme riskini bir ölçek ile değerlendirmedeği ancak hastaların düşmesini önlemek için gerekli tedbirleri aldıklarını ve bu tedbirlerin literatürle benzer olduğunu bildirmişlerdir (Bulut, Türk ve Şahbaz, 2013).

Bu araştırma kapsamında hemşirelerin hasta düşmesi ya da ramak kala düşme deneyimi sorgulanmıştır. Bu nedenle araştırmanın yürütüldüğü hastanede hasta düşmesi sıklığı ile hasta düşmelerine neden olan fiziksel koşullarla, hastalara ait özellikler değerlendirilememiştir. Ancak araştırma hasta düşmelerinin önlenmesinde

hemşirelik güvenlik kültürü algısı ile iş yükü ve öz yeterliliği ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın sınırlılığı olarak nitelendirilebilecek bir konu hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerinde düşme ölçeği kullanıp kullanmadıklarının sorgulanmamış olmasıdır.

Araştırma grubu için iş yükü puanı sadece son bir yılda ramak kala yaşayan kadın hemşireler için anlamlı bulunmuştur. Bu da kadınların daha fazla sorumluluk almaya yatkın olmaları ve bu davranışlarını çalışma ortamına da yansıttıkları düşünülmüştür. Hemşirelerin gün geçtikçe artan iş yükü, ağır çalışma koşulları, kritik hasta profili, çalışma ortamının sağlıklı olmaması, uygulamalara yönelik dokümantasyon işlerindeki artış ve tüm bunlarla birlikte yaşadıkları yoğun stres hizmet sunumunda tıbbi hata yapma olasılığını arttırmaktadır. Bununla birlikte, sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının yetersiz olması, hasta bakımından çok yapılacak işe odaklanıldığı hasta bakım kalitesi düşmektedir. Bu nedenle hemşirelerde meslekten memnuniyet, motivasyon ve iş doyumunu azalmakta ve hasta güvenliği olumsuz yönde etkilenmektedir (Berlanda v.d., 2008). Fazla iş yüküne sahip olan hemşirelerin iş doyumunda azalma, motivasyon eksikliği, tükenmişlik ve kişilerarası ilişkilerde olumsuzluklara yol açması, tıbbi hataları da beraberinde getirmektedir. Tıbbi hataların meydana geldiği zaman sağlık çalışanları ve sağlık sistemi birçok olumsuz durum ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastanın sağlık çalışanlarına karşı güvensizlik ve anksiyete yaşamasına, tedavisinin gecikmesine; hastalık seyrindeki tanısal işlemlerin aksamasına, hastane içinde ise maliyette artış ve hastanenin imajında olumsuz etkilenme söz konusu olmaktadır (Fidancı v.d., 2014). Literatürde hemşire iş yükünün artması nedeniyle yaşanan tıbbi hataların çok fazla olduğu belirtilmektedir (Carter, 2004; Croke, 2003).

Meslekte çalışma yılı 1 yıl ve daha az olan hemşirelerin (42,6±5,1) hasta güvenliği puan ortalaması daha uzun süre bu meslekte görev yapan hemşirelerden (ortalamalar için dağılım aralığı 37,7-39,8) daha fazladır (p=0,017). Mesleğe yeni başlamaları bilgilerinin taze olması ve kurumun hasta güvenliği politikasının iyi olmasının bu durumda etkili olduğu düşünülmüştür. Belki işlerini kaybetmemek, birim değiştirmemek için soruları yanıtlarken taraf tutmuşlardır.

Literatürde Koçak ve Türkyılmaz'ın (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerin öz yeterlilikleri ile problem çözme becerilerini incelemiştir. Çalışmanın

%67,3'ünü kadın hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması $86,93 \pm 12,76$, problem çözme envanteri puan ortalaması $93,32 \pm 22,24$ aralarında istatistiksel açıdan negatif yönde güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir ($p \leq 0,01$). Hemşirelerin öz yeterlilik algılarının iyi düzeyde; problem çözme yeteneklerinin orta düzeyde olduğu belirlenen çalışmada, öz yeterlilik algısı ile problem çözme yetenekleri arasında güçlü bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Koçak ve Büyükyılmaz, 2019). Sezgin ve Düşükcan'ın (2020) Elazığ ilinde 4'ü kamu ve 4'ü özel sektöre ait olmak üzere toplam 8 hastane de 309 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin öz yeterlilik inançlarının çalışan performansı ile anlamlı ve pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır ($r=0,253$, $p < 0,01$). Yani kişilerin öz yeterliliği arttıkça, çalışma performansı da artmaktadır (Sezgin, ve Düşükcan, 2020).

Araştırmamızda erkek hemşirelerin baktığı hastalarda düşme ya da ramak kala düşme olayı gerçekleşme durumu ile hasta güvenliği ve düşmeleri önlemede öz yeterlilik puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,029$). Aynı zamanda bekar hemşirelerin hasta düşmelerini önlemede öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması evli hemşirelerden ($59,3 \pm 5,7$) daha yüksek bulunmuştur. Literatürde kadın ve erkekler için tabakalı analiz yapılmadığı görülmüştür. Bu çalışma da hasta güvenliği ve öz yeterlilik arasında tabakalı analiz yapılmasının etkisinin olduğu düşünülmektedir. Bu ilişki erkeklerde anlamlı bulunmuştur. Analizler yaşa göre düzeltilerek yapıldığı için erkek ve kadınlar açısından bu farklılığın, yaş gibi karıştırıcı olabilecek başka bir değişkene bağlı olmadığı söylenebilir. Erkeklerde öz yeterliliğin daha yüksek olması erkeklerin yapısal olarak güçlü olması ve belki de öz güvenlerinin daha yüksek olabileceği, erkeklerin kendilerine fiziksel olarak ve ruhsal olarak daha çok güvenmelerinin bu durumlarda etkili olabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin öz yeterlilikleri ve düşmeleri incelemenin iki alt boyutunun olduğu düşünülmektedir. Bunlardan ilki düşmeleri önlemek için yapılan müdahalelerinin neler olduğunu değerlendirmek diğeri ise hasta yakınları ile iş birliği içerisinde yapılan uygulamalardır. Hasta düşme oranlarını azaltmak için kullanılan bu araçlar ve yapılan müdahaleler ile hemşirelerin öz yeterliliğini değerlendirilebildiği gibi düşmeleri önlemede de kullanılabilir. Bu bağlamda öz yeterliliği düşük olan hemşirelere hizmet içi eğitim programları düzenlenerek

onlarında öz yeterliliği geliştirilebilir. Hemřirelerin öz yeterliliğinin geliştirilmesi hasta dűřmelerinin önlenmesine olumlu katkıda bulunacaktır (Barış ve İntepeler, 2019).

Araştırmanın güçlü yönleri şu şekilde özetlenebilir:

- i) Araştırma hasta güvenliği ve hasta dűřmeleri arasındaki ilişkiyi göstermesi açısından literatüre katkı sağlamaktadır. Bu konu araştırmanın özgün değerini oluşturmaktadır.
- ii) Araştırma kapsamında hasta dűřmelerinin oldukça yaygın ve hasta güvenliği algısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulguları ile araştırma hastanenin hasta güvenliği uygulamalarını iyileştirmeye yönelik önemli bilgiler sağlamaktadır.

BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Araştırma hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma grubunun 121'i (%80,7) kadın hemşire, 29'u (%19,3) erkek hemşireden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33 (27-41) olup lisans mezunları %62,0'dır. Lisansüstü eğitim kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazladır (sırasıyla %13,2 ve %6,9). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda belirtildiği gibidir;

- Erkeklerin tamamı servis hemşirelerini oluştururken, sorumlu hemşireler kadınların %10,7'sidir.
- Meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzeri olan kadın hemşirelerin oranı %56,2 olup 1 yıl ve altı olanlar ise araştırmanın %14'ünü oluşturmaktadır.
- Araştırma yapılan hastanedeki hemşirelerin %33,3'ü 1 yıl ve daha az süredir bu hastanede çalışırken, %24,7'si 2-5 yıl arasında çalışma yılına sahiptir.
- Araştırma grubunun hasta güvenliği anketi puan ortalaması $38,7 \pm 6,7$ olarak saptanmıştır.
- 24 yaş altındaki hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması ($43,2 \pm 5,8$) daha ileri yaş grubundaki hemşirelerden (ortalamalar için dağılım aralığı 36,0-38,3) daha yüksek saptanmıştır ($p=0,008$). Bekarların hasta güvenliği puan ortalaması ($40,5 \pm 6,1$) evli hemşirelerinkinden ($37,5 \pm 6,8$) daha yüksek saptanmıştır ($p=0,008$).
- Meslekte çalışma yılı 1 yıl ve daha az olan hemşirelerin ($42,6 \pm 5,1$) hasta güvenliği puan ortalaması daha uzun süre bu meslekte görev yapan hemşirelerden (ortalamalar için dağılım aralığı 37,7-39,8) daha fazladır ($p=0,017$). Araştırma yapılan hastanede çalışma süresi bir yıl ve daha az olan hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması bir yıldan daha fazla bu hastanede çalışan hemşirelerden (ortalamalar için dağılım aralığı 36,9-38,0) daha fazladır ($p=0,035$).
- Servis hemşirelerinin hasta güvenliği anketi puan ortalaması $38,9 \pm 6,5$ olarak bulunmuştur. Ancak test istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (tüm karşılaştırmalar için $p>0,05$).

- Kadın hemşirelerin iş yükü anketi puan ortalaması $36,2 \pm 4,5$ olarak saptanmış ancak iş yükü ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (tüm karşılaştırmalar için $p > 0,05$).
- 24 yaş altındaki hemşirelerin iş yükü puan ortalaması $33,9 \pm 5,7$ olarak tespit edilmiş olup $36,9 \pm 4,2$ ortalamaya sahip olan hemşireler 35-44 yaş grubundadır. Ancak test istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (tüm karşılaştırmalar için $p > 0,05$).
- Hemşirelerin eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, hastanede çalışma yılı ve hastanedeki görevine göre iş yükü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (tüm karşılaştırmalar için $p > 0,05$).
- Bekar hemşirelerin hasta düşmelerini önlemede öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması ($59,3 \pm 5,7$) evli hemşirelerden ($56,7 \pm 7,4$) daha yüksektir.
- Hemşirelerin eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, hastanede çalışma yılı ve hastanedeki görevine göre düşmelerini önlemede öz yeterlilik hemşire ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (tüm karşılaştırmalar için $p > 0,05$).
- Araştırma grubunun %54,7'si son 1 yılda düşme ya da ramak kala düşme deneyimi yaşamıştır ($p = 0,044$).
- Son bir yılda kadınlar (%58,7) erkeklerden (%37,9) da çok düşme ya da ramak kala olay yaşamışlardır ($p = 0,044$).
- 25-34 yaş grubunda ki hemşireler %71,2 oranında son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşarken bu oranın 45 yaş üstündekilerde %50 olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,002$).
- Bakım verdiği hastalarda düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşayan erkek hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması $31,8 \pm 5,1$, düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşamayan erkek hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalaması $40,3 \pm 8,3$ olup test istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,005$).
- Bakım verdiği hastalarda düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşayan erkek hemşirelerin öz yeterlilik puan ortalaması $51,1 \pm 10,9$, düşme ya da ramak kala düşme olayı yaşamayan erkek hemşirelerin öz yeterlilik puan ortalaması $59,9 \pm 5,8$ olarak saptanmış, test istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,029$).

- Son bir yılda hastalarda düşme ya da ramak kala düşme deneyimiyle yaş ve cinsiyet arasındaki ilişkiler üç farklı lojistik regresyon modeliyle değerlendirilmiştir. Yalnızca yaşın bağımsız değişken olarak alındığı modelde 25-34 yaş grubunun, 24 yaş altı gruba göre 5,772 kat (%95 GA 1,93-17,25, p=0,002) daha fazla düşme deneyimi ya da ramak kala düşme deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Diğer yaş grupları için istatistiksel anlamlı bir risk artışı söz konusu değildir. İkinci modele yalnızca cinsiyet alınmış, kadınların erkeklere göre 2,320 (%95 GA 1,01-5,34, p=0,047) kat daha fazla hasta düşme deneyimi ya da ramak kala düşme deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Yaş ve cinsiyet arasındaki karıştırıcı ilişkileri düzeltmek amacıyla yaş ve cinsiyetin bağımsız değişken olarak modele alındığı üçüncü bir lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Bunun sonucuna göre kadınlardaki yüksek risk istatistiksel olarak anlamsız çıkmış, 25-34 yaş grubu, 24 yaş altına göre 5,197 (%95 GA 1,71-15,75, p=0,04) kat daha fazla düşme deneyimi ya da ramak kala düşme deneyimine sahiptir. Model 3'te cinsiyet anlamsız olduğu için düşmelerin gençlerde daha az, gençlere göre 25-34 yaş grubunda düşmelerin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu nedenle skorlu modellerde yalnızca yaşa göre düzeltme yapılmıştır.
- Hemşirelerin baktığı hastalarda son bir yılda düşme ya da ramak kala düşme için hasta güvenliği, iş yükü ve öz yeterlilik puanlarının yaşa göre düzeltilmiş risk analizleri kadın ve erkeklerde tabakalı olarak yapılmıştır. Yapılan bu değerlendirmede yalnızca erkeklerde hasta güvenliği ve öz yeterlilik puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda hasta düşmeleri ve ramak kala düşme deneyimi ile hasta güvenliği puanı, iş yükü puanı, öz yeterlilik puanı arasında bir ilişki bulunmamaktadır.

6.2 Öneriler

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık bakımında kalitenin artırılması, hasta güvenliğini tehdit eden düşmelerin ortada kaldırılması için planlamalar yapılmalı ve uygulanma durumları denetlenmelidir.
- Anket sorularına verilen yanıtların geçerliliğini artırmak için seçim sandığı yöntemi ile verilerin toplanması önerilebilir.

- Hemşirelerin artan iş yükünün azaltılması, kurum içi düşme önlemlerinin artırılması, hemşirelere hizmet içi eğitimler planlanması gerekmektedir. Düşme riski yüksek olan hastaların bulunduğu servislerde özellikle erkek hemşireler çalışmalıdır.
- Bu çalışma dal hastanesi olan bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmış olup daha büyük hastanelerde ya da üniversite hastanelerinde durumun ne olduğu ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Bu konuda çalışmaların yürütülmesi hatta girişimsel çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.



KAYNAKLAR

Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2003). *Four elements supporting AHRQ's patient safety initiative*. ABD.

Agency, N. P. S. (2004). *Seven steps to patient safety: a guide for NHS staff*. National Patient Safety Agency, Erişim Tarihi: 22.09.2020

Akgün, S. ve Al-Assaf, A.F. (2007) *Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz*, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 3, ss. 42-47.

Akyol, A. (2007) *Metabolik sendrom*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 23(2), ss. 173-182.

Al-Kandari, F. ve Thomas, D. (2008) *Adverse nurse outcomes: correlation to nurses' workload, staffing, and shift rotation in Kuwaiti hospitals*, Applied Nursing Research, 21, ss. 139–146.

Anderson, C., Dolansky, M., Damato, E.G. ve Jones, K.R. (2014) *Predictors of serious fall injury in hospitalized patients*, Clinical Nursing Research, 24(3), ss. 269-283.

Anderson, D. J., Kirkland, K. B., Kaye, K. S., Thacker II, P. A., Kanafani, Z. A., Auten, G. ve Sexton, D. J. (2007) *Underresourced hospital infection control and prevention programs: penny wise, pound foolish?*, Infection Control and Hospital Epidemiology, 28(7), ss.767-773.

Andersen, H.B. (2002) *Assessing safety culture: Technical report R-1459*, Denmark: Riso National Laboratory.

Ang, E., Mordiffi, S.Z. ve Wong, H.B. (2011) *Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial*, Journal of Advanced Nursing, 67(9), ss. 1984-1992.

Aştı, T. ve Acaroğlu, R. (2000) *Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar*, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4 (10), ss. 22- 27.

Aştı, T. ve Karadağ, A. (2013) *Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı*. 1inci Bası. İstanbul.

- Aygin, D. (2016) *Cerrahi bakım: Vaka analizleri ile birlikte yaşlı cerrahisinde bakım*. Eti Aslan F, Editör. 2nci Bası. Ankara.
- Bandura, A., Freeman, W.H. ve Lightsey, R. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. 2nci Bası. New York: Springer Publishing
- Barış, V. ve İntepeler, Ş. (2019) *Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Turkish version of the Self-Efficacy for Preventing Falls-Nurse*, Journal of Nursing Management, 27(8), ss. 1791-1800.
- Barış, V.K., İntepeler, Ş.S. ve Yeginboy, E.Y. (2016) *İzmir ilinde bulunan üniversite ve kamu hastanelerindeki hasta düşmelerinin maliyet analizi*, VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kongre Bilimsel Kitabı, Antalya, ss.121-32
- Bayhan, S. (2005). *Ankara üniversitesi cebeci sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin ve tıp fakültesi hemşirelerinin mesleki riskler konusunda bilgi düzeyi*. Yüksek lisans Tezi. Ankara.
- Baykal, U., Şahin, N.H. ve Altuntaş, S. (2010) *Türkische adaption of patient safety attitude questionnaire*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 7(1), ss. 39-45.
- Bedük, Y. (2000) *Nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonları*, Klinik Dergisi, 13, ss. 19-20.
- Berdot, S., Bertrand, M., Dartigues, J. F., Fourrier, A., Tavernier, B., Ritchie, K. ve Alperovitch, A. (2009) *Inappropriate medication use and risk of falls—a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort*, BMC geriatrics, 9(1), ss.1-10.
- Berke, D. ve Aslan, F. (2010) *Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: Düşmeler, nedenleri ve önlemler*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4), ss. 72-76.
- Berlanda, A., Natvig, G.K. ve Gundersenb, D. (2008) *Patient safety and job-related stress: A focus group study*, Intensive and Critical Care Nursing, 24(2), ss. 90-97.
- Bıyıklı, K. (2006) *Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda düşme ile ilişkili faktörler: Demografik özellikler, sağlık sorunları ve kullanılan ilaçlar*, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Borchard, A., Schwappach, D.L. ve Barbir, A. (2012) *A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery*, *Annals of Surgery*, 256(6), ss. 925–933.

British Columbia Falls & Injury Prevention Coalition. (2007) *Seniors' falls can be prevented*. London.

Bulut, S., Türk, G. ve Şahbaz, M. (2013) *Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi*, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), ss. 163-169.

Carter, D.C. (2004) *Adverse events*, *Journal of British Surgery*, 91(7), ss. 785-786.

Cebeci, F., Gürsoy, E. ve Tekingündüz, S. (2012). *Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi*, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3), ss. 188-196.

Cheek, D.J. ve Jones, T.S. (2009) *Safe surgery initiative saves lives*, *Nursing*, 39(8), ss. 14-15.

Chu, R.Z. (2017) *Preventing in-patient falls: The nurse's pivotal role*, *Nursing*, 47(3), ss. 24-30.

Croke, E.M. (2003) *Nurses, negligence, and malpractice: An analysis based on more than 250 cases against nurses*, *AJN The American Journal of Nursing*, 103(9), ss. 54-63.

Dağdeviren M, Eraslan E, Kurt M. (2005) *Çalışanların toplam iş yükü seviyelerinin belirlenmesine yönelik bir model ve uygulaması*, *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20(4), ss. 517-525.

De Sousa Costa, A.G., De Araujo, T.L., Cavalcante, T.F., Lopes, M.V., Oliveira-Kumakura, A.R. ve Costa, F.B. (2017) *Clinical validation of the nursing outcome falls prevention behavior in people with stroke*, *Applied Nursing Research*, 33, ss. 67-71.

De Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C. ve Blot, S. (2010) *Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units*, *American Journal of Critical Care*, 19(3), ss. 230–239.

Dykes, P.C., Carroll, D.L., Hurley, A., Lipsitz, S., Benoit, A., Chang, F., Meltzer, S., Tsurikova, R., Zuyov, L. ve Middleton, B. (2010) *Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial*, The Journal of the American Medical Association, 304(17), ss. 1912-1918.

Dykes, P.C., Carroll, D., McColgan, K., Hurley, A.C., Lipsitz, S.R., Colombo, L. ve Middleton, B. (2011) *Scales for assessing self-efficacy of nurses and assistants for preventing falls*, Journal of Advanced Nursing, 67(2), ss. 438–449.

Eker, Ö.D. (2020) *KOAH tanısı ile takip edilen hastalarda düşme olayı gerçekleşme durumu*, Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, Antalya, ps 306.

Ekin, B. (2020) *Hemşirelerin hasta düşmelerini önleme öz yeterlikleri ve hasta güvenliği kültürünün incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

El-Nawawy, A.A., Abd El-Fattah, M.M., Abd El-Raouf Metwally, H., El Din Barakat, S.S. ve Abdel Rehim Hassan, I. (2006) *One year study of bacterial and fungal nosocomial infections among patients in pediatric intensive care unit (PICU) in Alexandria*. Journal of tropical pediatrics, 52(3), ss.185-191.

Esatoğlu, A.E., Ağırbaş, I., Önder, O.R. ve Çelik, Y. (2006) *Additional cost of hospital –acquired infection to the patient: A case study in turkey*, Health Services Management Research, 19, ss. 137-143.

Erickson, S. M., Wolcott, J., Corrigan, J. M. ve Aspden, P. (2003) *Patient safety: achieving a new standard for care*. National Academies Press, ss.304-310.

Evans, D., Hodgkinson, B. ve Wood, J. (2001) *Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review*, International journal of nursing practice, 7(1), ss. 38-45.

Eyigör, S. (2012) *Düşmelere yaklaşım*, Ege Tıp Dergisi, 51(Ek Sayı), ss. 43-51.

Fidancı, B.E., Yıldız, D., Konukbay, D., Akyol, M., Akbayrak, N. ve Hatipoğlu, S. (2014) *Assessment of the malpractice tendencies of nurses working in an educational and research hospital*, International Journal of Caring Sciences, 7(1), ss. 294-301.

Fields, J., Alturkistani, T., Kumar, N., Kanuri, A., Salem, D.N., Munn, S. ve BlazeyMartin, D. (2015) *Prevalence and cost of imaging in inpatient falls: the rising cost of falling*, ClinicoEconomics Outcomes Research, 3(7), ss. 281-286.

Gallardo, M.A, Asencio, M.M.J., Sanchez, C.C.J., Banderas, M.M.A. ve Suarez, M.B.A. (2012) *Group for preventing falls in Hospital Costa del sol, instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review protocol*, Journal of Advanced Nursing, 69(1), ss. 185-193.

Gilies, D.A. (1994) *Nursing management "A system aproach"*. 3üncü Bası. Philadelphia.

Girard, R., Mazoyer, M., Plauchu, M., Rode, G. (2006) *High prevalence of nosocomial infections in rehabilitation units accounted for by urinary tract infections in patients with spinal cord injury*, Journal of hospital infection, 62(4), ss. 473-479.

Gökdoğan, F. ve Yorgun, S. (2010) *Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13 (2), ss. 53-59.

Güleç, D. (2014) *Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 30(1), ss. 1-18.

Gürses, A.P., Carayon, P. ve Wall, M. (2009) *Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life*, HSR: Health Services Research, 44(2), ss. 422-443.

Hajibabae, F., Joolae, S., Peyravi, H., Alijany-Renany, H., Bahrani, N. ve Haghani, H. (2014) *Medication error reporting in Tehran: a survey*. Journal of nursing management, 22(3), ss. 304-310.

Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. ve Vehviläinen-Julkunen, K. (2015) *Detecting medication errors: Analysis based on a hospital's incident reports*. International journal of nursing practice, 21(2), ss.141-146.

Healey, F., Scobie, S., Oliver, D., Pryce, A., Thomson, R. ve Glampson, B. (2008) *Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports*, Quality and Safety in Health Care, 17(6), ss. 424-430.

Heinze, C., Halfens, R.J. ve Dassen, T. (2007) *Falls in German in-patients and residents over 65 years of age*, Journal of clinical nursing, 16(3), ss. 495-501.

Hirose, M., Nakabayashi, N., Fukuda, S., Yamaguchi, S., Igawa, M., Egami, K. ve Shima, H. (2018) *Additional medical costs due to hospital-acquired falls*, Journal of patient safety, 14(4), ss. 227-233.

Hitcho, E.B., Krauss, M.J., Birge, S., Claiborne Dunagan, W., Fischer, I., Johnson, S. ve Fraser, V.J. (2004) *Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis*, Journal of general internal medicine, 19(7), ss. 732-739.

Huber, D. (2000) *Leadership and nursing care management*. 2nci Bası. Philadelphia: Saunders Elsevier Publishing.

Institute of Medicine, (2003) *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington DC.: National Academy Press.

International Council of Nurses-ICN (2006). *Safe staffing saves lives. International Nurses Day 2006. Information and action tool kit*. 3üncü Bası. Switzerland: Geneva

Işık, A.T., Cankurtaran, M., Doruk, H. ve Mas, R. (2006) *Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi*, Türk Geriatri Dergisi, 9(1), ss. 45-50.

İnfal, S. (2009). *Hastane çalışanlarının hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Konya.

İşlek, E. (2009). *Bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde hasta güvenliğini tehdit eden olayların ve olası nedenlerinin tanımlanması*, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

James, J. T. (2013) *A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care*, Journal of patient safety, 9(3), ss. 122-128.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2005). National Patient Safety Goals. Washington.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2007). Sentinel Event Hotline. Washington.

Jill, J. (2018) *Prevention of falls in older adults*, JAMA, 319 (16), s. 1734.

Karaca, A. ve Arslan, H. (2014) *Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma*, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1), ss. 9-18.

Karadağ, A. (2003) *Basınç ülserleri: Değerlendirme, önleme ve tedavi*, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, 7(2), ss. 41-48.

Karadakovan, A. ve Yeşilbakan, Ö.U. (2005) *Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri*, Türk Geriatri Dergisi, 8, ss. 72-77.

Karan, İ. (1999). *Hastanelerde fiziksel ortamın hastalar üzerindeki etkilerinin araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Karataş, G.K. ve Maral, I. (2001) *Ankara- Gölbaşı ilçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri*, Turkish Journal of Geriatrics, 4, ss. 152-158.

Kebapçı, A. ve Akyolcu, N. (2011) *Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi*, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 11 (2), ss. 59-67.

Kızılcık, Ö.Z., Ünver, S. ve Dığın, F. (2017) *Hasta yakınlarının hastanın düşmesini önlemede etkisi*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), ss. 70-76.

Kiekkas, P., Sakellaropoulos, G.C. ve Brokalaki, H. (2008) *Association between nursing workload and mortality of intensive care unit patients*, Journal of Nursing Scholarship, 40(4), ss. 385-390.

Koçak, M.Y. ve Büyükyılmaz, M. (2019) *Hemşirelerin öz-yeterlilik algıları ile problem çözme becerilerinin incelenmesi*, Journal of Academic Research in Nursing, 5(3), ss. 169-177

Kohn, L.T., Corrigan, J. M. ve Donaldson, M. S. (2000) *To err is human: Building a safer health system*, Institute of Medicine, Washington.

Kuhlenschmidt, M.L., Reeber, C., Wallace, C., Chen, Y., Barnholtz-Sloan, J. ve Mazanec, S.R. (2016) *Tailoring education to perceived fall risk in hospitalized patients with cancer: A randomized, controlled trial*, Clinical Journal of Oncology Nursing, 20(1), ss. 84-9.

Lake, E.T., Shang, J., Klaus, S. ve Dunton, N. E. (2010) *Patient falls: Association with hospital magnet status and nursing unit staffing*, Research in Nursing & Health, 33(5), ss. 413–425.

Lazar, T. ve Mavrak, C. (2008). *Best practice prevention of falls. In partnership with the RNAO best practice spotlight program*. Hamilton Health Sciences Corporation. <http://www.rgpc.ca/best/RGP%20-%20Falls/20Falls%20Prevention%20Complete%20Package%202008.pdf> (Erişim tarihi: 20.01.2020).

Lovullo, C., Rolandi, S., Rossetti, A.M. ve Lusignani, M. (2010) *Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools*, Journal of Advanced Nursing, 66(3), ss. 690-696.

McFarlane, H. (2004) *Fall risk assessment, multitargeted interventions and the impact on hospital falls*, International Journal of Nursing Practice, 10(5), ss. 199-206.

Mireya, U.A., Martí, P.O., Xavier, K.V., Cristina, L.O., Miguel, M.M. ve Magda, C.M. (2007) *Nosocomial infections in paediatric and neonatal intensive care units*, Journal of infection, 54(3), ss. 212-220.

Mühlemann, K., Franzini, C., Aebi, C., Berger, C., Nadal, D., Stähelin, J. ve Sax, H. (2004) *Prevalence of nosocomial infections in Swiss children's hospitals*. Infection Control & Hospital Epidemiology, 25(9), ss.765-771.

Mülayım, Y. ve İntepeler, Ş.S. (2011) *Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve kök neden analizi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 27(3), ss. 21-34.

Naessens, J.M., Campbell, C.R., Huddleston, J.M., Berq, B.P., Lefante, J.J., Williams, A.R. ve Culbertson, R.A. (2009) *A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods*, International Journal for Quality in Health Care, 21(4), ss. 301–307.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. ve Zelevinsky, K. (2002) *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*, New England Journal of Medicine, 346(22), ss. 1715-1722.

Oksel, E. (2018) *Düşmeye hemşire bakışı ve değerlendirmesi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ege Tıp Bilimleri Dergisi, 1(4), ss. 140-142.

Ökdemir, P. (2008) *Bası yaralarından korunma ve hemşirelik bakımı*. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi., İstanbul: Aksu Basım Yayın.

Özden, D., Karagözoğlu, Ş. ve Kurukız, S. (2012) *Hastaların iki ölçeğe göre düşme riskinin belirlenmesi ve bu ölçeklerin düşmeyi belirlemedeki duyarlılığı: Pilot çalışma*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1), ss. 80-88.

Poe, S.S., Cvach, M.M., Gartrell, D.G., Radzik, B.R. ve Joy, T.L. (2005) *An evidence-based approach to fall risk assessment, prevention, and management: lessons learned*. Journal of Nursing Care Quality, 20(2), ss.107-116.

Raeder, K., Siegmund, U.M.A., Grittner, U., Dassen, T. ve Heinze, H. (2010) *The use of fall prevention guidelines in german hospitals a multilevel analysis*, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16(3), ss. 464-469.

Rubenstein, L.Z. (2006) *Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention*, Age and ageing, 35(2), ss. 37-41.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020) *Sağlıkta kalite standartları hastane*, 6ncı Bası. Ankara: Tam Pozitif Reklamcılık / Matbaa.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020) *Sağlıkta kalite standartları gösterge yönetimi rehberi*, 2nci Bası. Ankara: Tam Pozitif Reklamcılık / Matbaa.

Sari, A.B., Sheldon, T.A., Cracknell, A. ve Turnbull, A. (2007) *Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review*, BMJ, 334(7584), ss. 79-83.

Savcı, A. ve Bilik, Ö. (2014) *Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde geriatrik değerlendirme*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(2), ss. 156-163.

Savcı, C., Kaya, H., Acaroğlu, R., Kaya, N., Bilir, A., Kahraman, H. ve Gökerler N. (2009) *Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan*

önlemlerin belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), ss. 19-25.

Schwendimann, R., Geest, S.D. ve Milisen, K. (2006) *Evaluation of the morse fall scale in hospitalised patients*, Age and Ageing, 35, ss. 311-313.

Schwendimann, R., Bühler, H., De Geest, S. ve Milisen, K. (2008) *Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments*, Gerontology, 54(6), ss. 342-348.

Sezgin, E.E. ve Düşükcan, M. (2020) *Hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeylerinin performansları üzerindeki etkisi: Elazığ ili örneği*, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 9(3), ss. 1689-1702.

Shteynberg, G., Sexton, B.J. ve Thomas, E.J. (2005) *Test retest reliability of the safety climate scale*, The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice.

Spoelstra, S.L., Given, B.A. ve Given, C.W. (2012) *Fall prevention in hospitals: an integrative review*, Clinical nursing research, 21(1), ss.92-112.

Stags, V., Mion, L.C. ve Shorr, R.I. (2014) *Assisted and unassisted falls: different events, different outcomes, different implications for quality of hospital care*, Joint Commision Journal of Quality and Patient Safety, 40(8), ss. 358-364.

Staggs, V. S. ve Dunton, N. (2014) *Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing*, International Journal for Quality in Health Care, 26(1), ss. 87–92.

Staggs, V.S., Knight, J.E. ve Dunton, N. (2012) *Understanding unassisted falls: Effects of nurse staffing level and nursing staff characteristics*, Journal of Nursing Care Quality, 27(3), ss. 194–199.

Sullivan, J.E. ve Decker, J.P. (2005) *Effective leardeship & Management in nursing*. 6ncı Bası. New Jersey: Pearson Publishing

Sur, H., Özсарı, H. ve Say, B. (2013) *Hasta güvenliği: Hastane yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Tansüyer, T. (2010). *Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personelinin görüşlerini belirlemeye yönelik bir alan araştırması*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Güvenlik raporlama sistemi* [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html>. (Erişim tarihi: 1 Haziran 2020).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar* [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/shie/shie-liste/shie.html>. (Erişim tarihi: 1 Haziran 2020).

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009) *Sağlık işletmeleri yönetimi*. 2inci Bası. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tinetti, M.E. (2003) *Preventing falls in elderly persons*, New England journal of medicine, 348(1), ss. 42-49.

Titler, M.G., Shever, L.L., Kanak, M.F., Picone, D.M. ve Qin, R. (2011) *Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population*. Research and Theory for Nursing Practice, 25(2), ss. 127–48.

Tokaç, M. (2008) *Hasta güvenliği yaklaşımları: Türk tıp tarihine ait belgelerde hasta güvenliği*. 1inci Bası. İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı.

Tütüncü, Ö. ve Küçükusta, D. (2008) *Tedarik zinciri entegrasyonu ve hasta güvenliği ilişkisinin analizi*, İşletme Fakültesi Dergisi, 9(1), ss. 93-106.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. ve Yağcı, K. (2007) *Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(1), ss. 519-533.

Tütüncü, Ö., Yağcı, K. ve Küçükusta, D. (2006) *Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği ve akreditasyon: Tıbbi laboratuvarlar değerlendirmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(4), ss. 286-302.

Tyler, S., Bourbon, E., Cox, S., Day, N., Fineran, C., Rexford, D. ve Ward- Smith, P. (2012) *Clinical competency, self-efficacy, and job satisfaction: Perceptions of the staff nurse*, Journal for Nurses in Staff Development, 28(1), ss. 32–35.

Tzeng, H.M. ve Yin, C.Y. (2008) *The extrinsic risk factors for inpatient falls in hospital patient rooms*, Journal of nursing care quality, 23(3), ss. 233-241.

Uysal, N. ve Çakırcalı, E. (2015) *Hemşirelik esasları insan sağlığı ve fonksiyonları*, İnci Bası. Ankara: Palme Yayıncılık, s. 575.

Ürkmez, D., Özel, H., Sertoğlu, E., Çevik, L., Koç, S., Demiray, S. ve Cebeci, Z. (2015) *Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta düşmelerine yönelik aldıkları önlemlerin değerlendirilmesi*, Ok Meydanı Tıp Dergisi, 31(4), ss. 184-188.

Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A. ve Vural, B. (2014) *Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi alguları ve tıbbi hataların raporlanmasını*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, ss.152-157

Washington State Department of Health (2002). *Falls among older adults: Strategies for prevention*. ABD.

Weil, T.P. (2015) *Patient falls in hospitals: An increasing problem*, Geriatric Nursing, 36(5), ss. 342-347.

Wilding, M.J., Seegert, L., Rupcic, S., Griffin, M., Kachnowski, S. ve Parasuraman, S. (2013) *Falling short: Recruiting elderly individuals for a fall study*, Ageing Research Reviews, 12(2), ss. 552-560.

Winslow, S., DeGuzman, P., Kulbok, P. ve Jackson, S. (2014) *Nurses' self-efficacy and academic degree advancement*, Journal for Nurses in Professional Development, 30(3), ss. 110–116.

Winters-Stone, K.M., Li, F., Horak, F., Luoh, S.W., Bennett, J.A. ve Nail, L. (2012) *Comparison of tai chi vs. strength training for fall prevention among female cancer survivors: study protocol for the GET FIT trial*, BMC Cancer, 12(1), s. 577.

Wong, C.A., Recktenwald, A.J., Jones, M.L., Waterman, B.M., Bollini, M.L. ve Dunagan, W.C. (2011) *The cost of serious fall-related injuries at three midwestern hospitals*, Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety, 37(2), ss. 81-87.

Yaşar, G. ve Türk, G. (2018) *Hasta düşmelerinde risk faktörlerinin belirlenmesi*, Hemşirelik Bilimi Dergisi, 1(1), ss. 15–20.

Yeşilbalkan, U.Ö. ve Üstündağ, S. (2019) *Kanserli bireylerde düşmeler*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(2), ss. 152-159.

Yıldırım, D. (2003) *Hasta sınıflandırma aracı geliştirme*, İ.Ü.F.N.Y.O Hemsirelik Bülteni, 13(51), ss. 115- 131.

Yıldırım, D. ve Aycan, Z. (2008) *Nurses' work demands and work-family conflict: A questionery survey*, International journal of nursing studies, 45, ss. 1366-1378.

Yıldırım, Y. ve Karadakovan, A. (2004) *Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki*, Türk Geriatri Dergisi, 7(2), ss. 78-83.

Yücel, A., (2008) *Bası yaraları*, Yoğun Bakım Dergisi, 6(2), ss. 73-82.



EKLER

EK A- Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz hangisidir? Kadın Erkek
2. Medeni durumunuz nedir? Evli Bekâr
3. Eğitim durumunuz nedir? Lise Ön lisans
 Lisans Lisansüstü
5. Lütfen yaşınızı yan tarafa yazınız:.....
6. Meslekte çalışma yılınız:.....
7. İş yerinizdeki çalışma yılınız:.....
8. Mesleğiniz:.....
9. Aktif Göreviniz: Servis Hemşiresi Servis Sorumlu Hemşiresi
 Yönetici Hemşire
10. Bakım verdiğiniz hastalarda düşme olayı gerçekleşti mi?
 Evet Hayır
11. Cevabınız 'Evet' ise hastalarınızda en son ne zaman düşme olayı gerçekleşti?
 0-3 Ay Önce 3-6 Ay Önce
 6-12 Ay Önce 1-5 Yıl Önce
12. Bakım verdiğiniz hastalarda ramak kala düşme olayı gerçekleşti mi?
 Evet Hayır
13. Cevabınız 'Evet' ise hastalarınızda en son ne zaman ramak kala düşme olayı gerçekleşti?
 0-3 Ay Önce 3-6 Ay Önce
 6-12 Ay Önce 1-5 Yıl Önce

EK B- Hasta Güvenliği Anketi

HASTA GÜVENLİĞİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Çalıştığım birimin kültürü yapılan hatalardan ders çıkarmayı kolaylaştırır.	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Birimimizde tıbbi hatalar uygun bir şekilde değerlendirilir.	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Arkadaşlarım yaptığım güvenlik ihlallerini raporlamamı teşvik eder.	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Hasta güvenliğiyle ilgili sorularımı dile getirebileceğim yerleri bilirim.	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Performansım ile ilgili uygun geribildirimler alırım.	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Burada hasta olarak tedavi görseydim, kendimi güvende hissederdim.	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Çalışanlar bu birim için oluşturulan kural veya talimatları çoğunlukla dikkate almaz.	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①

EK C- İş Yüğü Anketi

İŞ YÜKÜ ("7- Çok Yüksek", "1- Çok Az" anlamındadır.)							
Görevlerin yarattığı zihinsel yorgunluk derecesi	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Görevlerin yarattığı fiziksel yorgunluk derecesi	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Ani ve hızla yapılan görevlerin yarattığı geçici yorgunluk derecesi	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Performans olarak, istenilenin görevi mükemmel gerçekleştirebilme derecesi	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Görevleri gerçekleştirmek için ortaya konulan çaba düzeyi	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
Yapılan görevlerin yarattığı sınır bozukluğu, stres, tükenme ve yorgunluk düzeyi	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①

EK D- Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlik- Hemşire- Ölçeği

Düşmeleri Önlemede Öz Yeterlik- Hemşire-Ölçeği

İFADELER	Tamamen Güveniyorum	Güveniyorum	Kısmen Güveniyorum	Kısmen Güvenmem	Güvenmem	Hiç Güvenmem
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 1. Hastalarımın düşme riski ile ilgili hemşireden sözel bilgi alırım.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 2. Bir önceki vardiyada çalışan hemşire bana hastalarımın düşmesini önlemede yapmam gerekenleri söyler.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 3. Hastaların düşme riskinin nedenine ilişkin bilgilere kolayca erişebilirim.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 4. Hastaların düşmelerini nasıl önleyeceğime ilişkin bilgilere kolayca erişebilirim.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 5. Çalıştığım vardiya süresince hastalarımın düşme riskini değerlendiririm.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 6. Düşme önleme planını	6	5	4	3	2	1

uygulayabilmek için ailelerle / hasta yakınlarıyla işbirliği yaparım.						
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 7. Hasta yakınlarına hastalarının düşme riski ile ilgili yüz yüze bilgi veririm.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 8. Hasta yakınlarına hastalarının düşmesinin nasıl önleneceği ile ilgili yüz yüze bilgi veririm.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 9. Bir sonraki vardiyada çalışacak olanlara hastaların düşme riski ile ilgili bilgi veririm.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 10. Bir sonraki vardiyada çalışacak olan hemşireye hastaların düşmesini önlemek için neler yapması gerektiğini söylerim.	6	5	4	3	2	1
Hastaları düşmelerden koruma konusundaki yeteneğime güvenirim çünkü; 11. Hasta düşmelerinin önlenmesinde bir ekip olarak birlikte çalışırız.	6	5	4	3	2	1

EK E- Etik Kurul İzni-1



İZMİR EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ

Konu: İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu'nun 30.2.İEÜSB.0.05.05-20-076 sayılı karar yazısı hk.

Sayın İlgili,

Prof. Dr. Gönül Dinç Horasan'ın yöneticisi olduğu, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Programı öğrencisi Özge DÜZOVA EKER ile Dokuz Eylül Üniversitesi'nde tam zamanlı, İzmir Ekonomi Üniversitesi'nde yarı zamanlı olarak görev yapmakta olan Prof. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ'nün araştırmacı olarak görev aldıkları "Hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi" konulu proje İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu'nun 11.08.2020 tarih ve 29 numaralı toplantısında görüşülmüştür.

İlgili projenin etik açıdan uygun olduğuna, bazı düzeltmeler gerektiğine, öte yandan bu düzeltmelerin projenin yeniden görüşülmesini gerektirmediğine karar verilmiş, ilgili karar proje yöneticisine 12.08.2020 tarihli, 30.2.İEÜSB.0.05.05-20-076 sayılı karar yazısı ile iletilmiştir.

Gerekli düzeltmeler yapılmış ve Kurul'a teslim edilmiştir. Söz konusu proje onaylanmış bir projedir.

İş bu yazı, Prof. Dr. Gönül Dinç Horasan'ın 17.12.2020 tarihli dilekçesinde ilettiği talebi üzerine oluşturulmuştur.

Gereği için bilgilerinize sunarız. 23.12.2020

İzmir Ekonomi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Gül Akdoğan

EK E.1- Etik Kurul İzni-2



İZMİR EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ

SAYI: B.30.2.İEÜSB.0.05.05-20-112
KONU: Etik Kurul Kararı hk.

02.03.2021

Sayın Prof. Dr. Gönül Dinç Horasan,

01.03.2021 tarih ve 35 numaralı Etik Kurul toplantısında yöneticisi olduğunuz, “**Hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi**” konulu başvurusu için verilmiş olan 12.08.2020 tarihli, 30.2.İEÜSB.0.05.05-20-076 sayılı karar yazısına ilişkin 18.02.2021 tarihli dilekçeniz görüşülmüştür. Başvurunun 12.08.2020 tarihli, 30.2.İEÜSB.0.05.05-20-076 sayılı karar yazısı ile etik açıdan uygun olduğu gerekçesiyle onaylandığına, görüşmeye katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir. Etik Kurul üyesi Prof. Dr. Gönül Dinç Horasan, başvuru kendisine ait olduğundan bu başvurunun oylaması sırasında dışarıya alınmış, oylamaya katılmamıştır.

Gereği için bilgilerinize sunarız.

Başkan	Prof. Dr. Gül AKDOĞAN	Online Katıldı
Üye	Prof. Dr. M. İlgi ŞEMİN	Online Katıldı
Üye	Prof. Dr. Filiz ÖĞCE	Online Katıldı
Üye	Prof. Dr. Sevinç İNAN	Online Katıldı
Üye	Prof. Dr. Metiner TOSUN	Online Katıldı
Üye	Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN	Başvuru kendisine ait olduğundan oylamaya katılmadı
Üye	Prof. Dr. Özgül KARAYURT	Online Katıldı

Sağlık Bilimleri Araştırmaları
Etik Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Gül AKDOĞAN

EK F-Çalışma İzin Belgesi-1



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

S.B.Ü. İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI
VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
S.B.Ü. İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI
VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
14/01/2021 17:14 / 49109414 / 806.01.03 / 03-436



00132817242

Sayı : E-49109414-806.01.03
Konu : Hemşire Özge DÜZOVA EKER'in
Bilimsel Çalışması Hk.

Sayın Hemşire Özge DÜZOVA EKER

İlgi: 29.12.2020 tarihli ve 12368 sayılı bilimsel araştırma ve tez başvuru formunuz.

İlgide kayıtlı bilimsel araştırma ve tez başvuru formunda bahsi geçen Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN danışmanlığında yürütülecek olan “**Hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi**” başlıklı yüksek lisanas tez çalışmanız, **13.01.2021 tarihli 1.TUEK toplantısında 6. karar numarası** ile incelenmiş olup; çalışmanızın hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokolü kapsamında; kurumumuzun TUEK onayı ile birlikte T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzmir İli Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı -1 **Ar.Ge ve Sağlık İnovasyonu Birimine** başvuru yapılması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğrt.Üyesi İlker KIZILOĞLU
Başhekim

Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi eğitim ve Araştırma Hastanesi
Telefon: Faks No: 2324587262

Bilgi için: Hülya BULUT
HEMŞİRE

e-Posta: hulya.bulut4@saglik.gov.tr İnternet Adresi: hbulut-74@hotmail.com

Telefon No: 2324333333/2865

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7751f82b-e536-45e9-8d50-779bcd8025d8 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK F.1- Çalışma İzin Belgesi-2



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-42056799-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Özge
DÜZOVA EKER'in Bilimsel
Araştırması

İZMİR EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı "Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN"danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Özge DÜZOVA EKER'in hazırlanmış oldukları "**Hasta Düşmelerini Önlemede Hemşirelerin Öz Yeterliliği, İş Yükü ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup çalışmanın Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr.Öğr.Üyesi M.Burak ÖZTOP
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1)


İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri
Başkanlığı İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 / KONAK

Telefon: 0232 445 24 95 Faks No: 0232 441 26 34
e-Posta: leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Birimi

Bilgi için: Leyla KARLIDAĞ

Uzman
Telefon No: (0 232) 445 24 95

EK F.2- Çalışma İzin Belgesi-3

	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	Kod	ARGE I-FR-01
		Yayın Tarihi	08.10.2018
	SAĞLIK HİZMETLERİ, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	Rev.No/Tarihi	00/
		Sayfa	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2021/09	18.02.2021 135044169	23.02.2021	UYGUN

Yürütücü/Sorumlu Araştırmacı "Prof.Dr. Gönül DİNÇ HORASAN" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Özge DÜZÖVA EKER tarafından kurulumuza sunulan "**Hasta Düşmelerini Önlemede Hemşirelerin Öz Yeterliliği, İş Yükü ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" isimli araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye

Uz.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye

Uz.Dr. Leyla SÜNDEŞARSLAN

Komisyon Başkanı

Dr. Özge SÖNMEZ



Dr. Öğr. Üyesi M. Burak ÖZTOP
İl Sağlık Müdürü

İsmet Kaptan Mah. Hürriyet Bulvarı No:1 Konak /İZMİR
Tel: (0232) 445 24 95
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi : Uzman Leyla KARLIDAĞ
Dahili :423

EK G- Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma ile hasta düşmelerini önlemede hemşirelerin öz yeterliliği, iş yükü ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı önermekteyiz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği ve sağlıkta kalite standartları gereği hasta düşmelerine yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu araştırmada size öz yeterlilik, iş yükü ve hasta güvenliği ile ilgili sorular sorulacaktır. Size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Özge Düzova Eker tarafından anket soruları size yöneltilcektir.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığınızda aşağıdaki kişiyle irtibat kurabilirsiniz. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler hasta düşmeleri konusunda sunulan sağlık hizmetleri için yardımcı olacaktır. Ankete adınızı yazmanızı istemiyoruz. Anket 10 dakika sürecektir. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankette yanıtlamak istemediğiniz sorular olursa, boş bırakabilirsiniz ya da katılımınızı istediğiniz anda sonlandırabilirsiniz. Yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

Adı Soyadı: ÖZGE DÜZOVA EKER

İş telefonu: 0232433333/2526

Cep telefonu: 05321529086

Adres: Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi /İzmir

KATILIMCININ İMZASI