



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HASTANE ÖNCESİ ACİL AMBULANS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
HASTA GÜVENLİĞİ VE DÜŞMEYE YÖNELİK
BİLGİ VE TUTUMLARI

Hazırlayan

NUĞMAN ALİ ARSLAN

Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi ŞAHİZER ERAYDIN

TOKAT –2022

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Nuğman Ali ARSLAN tarafından hazırlanan “**Hastane Öncesi Acil Ambulans Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği ve Düşmeye Yönelik Bilgi ve Tutumları**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 31.01.2022 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan) : Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

Üye : Doç. Dr. Aygöl KISSAL

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN

ONAY

...../...../.....

Prof. Dr. Mehmet GÜNEŞ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK SÖZLEŞME SAYFASI

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Şahizer Eraydın danışmanlığında hazırlamış olduğum “Hastane Öncesi Acil Ambulans Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği ve Düşmeye Yönelik Bilgi ve Tutumları” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

31/01/2022

Nuğman Ali ARSLAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca değerli tecrübelerini paylaşan, yol gösteren, konumun belirlenmesinde bana yardımcı olan, beni sabır ve anlayışla yönlendiren ve çalışmamda emeği büyük olan saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN'a,

Çalışmamın verilerini toplamamda yardımlarını esirgemeyen değerli dostum Emre DEMİR'e ve katılım sağlamış olan 112 Acil Sağlık çalışanlarına,

Çalışmam boyunca her zaman yanımda olan, moral ve motivasyonu yüksek tutmamı sağlayan eşim Dehanur ARSLAN ve oğlum Alp ARSLAN'a,

Varlıklarıyla her zaman gurur duyduğum ARSLAN ve SAVAŞ ailesine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Nuğman Ali ARSLAN

ÖZET

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ ve DÜŞMELERE YÖNELİK BİLGİ ve TUTUMLARI

Arslan, Nuğman Ali

Yüksek Lisans, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Şahizer Eraydın

Ocak 2022, xii + 150 sayfa

Bu çalışma, hastane öncesi acil ambulans çalışanlarının, hasta transferinde hasta güvenliği ve düşmeye yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın örneklemini Tokat ili ve ilçelerinde Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri'nde görevli olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 201 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından Google-Forms aracılığıyla hazırlanan anket formu online ağlar üzerinden linklerle katılımcılara iletilmiştir. Araştırma verileri SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler frekans, yüzde ve ortalama olarak sunulmuştur. Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grup arasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Araştırmada katılımcıların %46.3'ü kadın, %54.2'si 26-35 yaş aralığında, %18.9'u hemşire, %35.3'ünün çalışma yılı 0-5 yıl arasındadır. Araştırmada Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanı 152 ± 26.04 'tür. Ölçeğin alt boyutlarında iş doyumu puanı 33.52 ± 11.16 , ekip çalışması puanı 44.00 ± 8.9 , güvenlik iklimi puanı 18.63 ± 4.49 , yönetim anlayışı puanı 25.28 ± 6.98 , stresi tanımlama puanı 15.19 ± 5.51 , çalışma koşulları puanı 16.35 ± 5.25 'dir. Katılımcıların %68.7'sinin hasta taşımada sedyeyle ilgili sıkıntı yaşadığı, %33.3'ünün hasta düşmesine şahit olduğu, %18'inin hasta düşürme vakası olduğu, %12.4'ünün düşme raporu yazdığı, ambulansa düşmelerin sık olduğu vaktin %42.8 gece %34.8' gün içinde olduğu saptanmıştır.

Araştırmada hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyde olduğu ve sağlık çalışanlarının eğitim ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastane öncesi sağlık çalışanlarına hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin verilmesi, çalışanların düşme bildiriminde desteklenmesi ve ambulanstaki transfer araçlarının bakımlarının sık aralıklarla yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Ambulans, Düşme, Hasta Güvenliği, Hastane Öncesi Sağlık Çalışanları, Hasta Transferi

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PRE-HOSPITAL EMERGENCY HEALTH WORKERS TOWARDS PATIENT SAFETY AND DROPS

Arslan, Nuğman Ali

M.Sc., Department of Emergency Medicine Nursing

Thesis Advisor: Assist. Prof. Dr. Şahizer Eraydin

January 2022, xii + 150 pages

This study was carried out to determine the knowledge and attitudes of pre-hospital emergency ambulance workers regarding patient safety and drops during patient transfers.

The sample of this descriptive study was constituted by 201 health workers who worked in Pre-Hospital Emergency Health Services in Central town and districts of Tokat province and participated voluntarily in the study. Research data were collected by Personal Information Form and Safety Attitude Questionnaire. The questionnaire prepared by the researchers via Google-Forms was transmitted to the participants through online network links. Research data were analyzed using the SPSS for Windows 25.0 software. The data are presented as frequency, percentage and average. In normally distributed data, two independent groups were compared using independent t-test while one-way analysis of variance was used for comparisons of more than two independent groups. The level of statistical significance was taken as $p < 0.05$.

In the study, 46.3% of the participants were women, 54.2% were 26-35 years old, 18.9% were nurses and 35.3% had work experience between 0 and 5 years. The average total score for the Safety Attitude Scale in the study was 152 ± 26.04 . Subscale scores were 33.52 ± 11.16 for the Job Satisfaction, 44.00 ± 8.9 for the Teamwork Climate, 18.63 ± 4.49 for the Safety Climate, 25.28 ± 6.98 for the Perceptions of Management, 15.19 ± 5.51 for the Stress Recognition, and 16.35 ± 5.25 for Working Conditions. It was found that 68.7% of the participants had trouble carrying patients on stretchers, 33.3% witnessed a patient drop, 18% experienced a patient drop event, 12.4% reported drops, and the time of most drops in the ambulance was 42.8% at nighttime and 34.8% at daytime.

It was concluded in the study that the patient safety attitudes of pre-hospital emergency health workers were moderate and that health workers needed training. It may be recommended to provide pre-hospital health workers with training on patient safety, to support employees in the reporting of drops and to maintain the transfer vehicles in the ambulance at frequent intervals.

Keywords: Ambulance, Drop, Patient Safety, Pre-Hospital Health Workers, Patient Transfer

İÇİNDEKİLER

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
ETİK SÖZLEŞME SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. HASTA GÜVENLİĞİ	5
2.1.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı.....	5
2.1.2. Hasta Güvenliği İle İlgili Kavramlar	6
2.1.3. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	7
2.1.4. Hasta Güvenliğinin Amacı.....	13
2.1.5. Hasta Güvenliği İle İlgili Yapılan Çalışmalar	13
2.2. DÜŞME.....	16
2.3. ACİL SERVİSLERİN 112 KOMUTA KONTROL MERKEZİ İLE KOORDİNASYONU	21
2.4. ACİL SERVİSLERDE HASTA KABUL VE YATIŞ İŞLEMLERİ.....	22

2.5. ACİL SERVİSTEN DİĞER SAĞLIK TESİSLERİNE SEVK VE NAKİL ESASLARI	22
2.6. UYGUNSUZ SEVKLERİN ÖNLENMESİ İÇİN KOMİSYON.....	23
2.7. TÜRKİYE’DE HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ	23
2.8. 112 ÇAĞRI SİSTEMİ.....	25
2.9. ACİL YARDIM ÇAĞRISI	26
2.10. HASTANE ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREVLİ ÇALIŞANLARIN GÖREV TANIMLARI.....	27
2.10.1. Hekimler.....	27
2.10.2. Acil Hemşireliği	27
2.10.3. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri (AABT/Paramedik)	28
2.10.4. Acil Tıp Teknisyenleri (ATT).....	28
2.10.5. Ambulans Sürücüler.....	29
2.11. AMBULANSLAR.....	29
Acil Yardım Ambulansı:.....	30
Hasta Nakil Ambulansı:	31
Özel Donanımlı Ambulans:	31
2.11.2. Uçak Ambulans:.....	31
2.11.3. Helikopter Ambulans	32
2.11.4. Deniz Ambulans.....	32

2.12.	AMBULANSTA BULUNAN TAŞIMA MALZEMELERİ.....	32
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
4.	BULGULAR.....	44
5.	TARTIŞMA.....	87
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	106
7.	KAYNAKLAR	109
8.	EKLER	128
9.	ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4. 1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 4. 2 Katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4. 3 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Dağılımı	47
Tablo 4. 4 Araştırmada Kullanılan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin Güvenirlik Analizi	50
Tablo 4. 5 Araştırmada Kullanılan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin Alt Boyutunun Normallik Analizi Sonuçları	51
Tablo 4. 6 Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	51
Tablo 4. 7 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İş Doyumuna Göre Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4. 8 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Ekip Çalışmasına Göre Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4. 9 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Güvenlik İklimi Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4. 10 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yönetim Anlayışı Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4. 11 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresi Tanımlama Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4. 12 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çalışma Koşulları Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4. 13 Katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Cevaplarının HGTÖ Alt Puanlarının Karşılaştırılması.....	63

Tablo 4. 14 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının İş Doyumu Puanları ile Karşılaştırılması	66
Tablo 4. 15 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Ekip Çalışması Puanları İle Karşılaştırılması	69
Tablo 4. 16 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Güvenlik İklimi Puanları ile Karşılaştırılması	72
Tablo 4. 17 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Yönetim Anlayışı Puanları ile Karşılaştırılması	76
Tablo 4. 18 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Stresi Tanımlama Puanları ile Karşılaştırılması	79
Tablo 4. 19 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Çalışma Koşulları Puanları İle Karşılaştırılması	83

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Acil Sağlık Hizmetlerinin Taşrada Yapılanması	24
Şekil 2: Ambulans Çeşitleri	30
Şekil 3: Deniz Ambulans (Acil Sağlık Hizmetleri, 2021)	32
Şekil 4: Ana Sedye (EMS, 2011).....	33
Şekil 5: Kombinasyon Sedye (EMS, 2011)	34
Şekil 6: Faraş Sedye (EMS, 2011).....	35
Şekil 7: Vakum Sedye (EMS, 2011).....	36
Şekil 8: Sırt Tahtası (EMS, 2011).....	37

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AABT: ACİL AMBULANS BAKIM TEKNİKERİ

ABD: AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ

ASHİ: ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

ASKOM: ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ KOORDİNASYON KOMİSYONU

ASOS: ACİL SAĞLIK OTOMASYON SİSTEMİ

ATT: ACİL TIP TEKNİSYENİ

CPR: CARDİO PULMONER RESUSİTASYON

HAP: HASTANE AFET PLANLARI

HG: HASTA GÜVENLİĞİ

HGTÖ: HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

HÖASHİ: HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

İSM: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

JCI: JOİNT COMİSSİON INTERNATIONAL (ULUSLARARASI BİRLESİK KOMİSYON)

KKM: KOMUTA KONTROL MERKEZİ

SB: SAĞLIK BAKANLIĞI

SML: SAĞLIK MESLEK LİSESİ

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION

1. GİRİŞ

Günümüzde acil tıbbi hastalıklar, trafik kazaları, şiddet olayları ve afetler sık görülmektedir. Hasta veya yaralının yaşam şansını artırmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve iyileştirmeyi kolaylaştırmak için Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri (HÖASHİ) zorunludur. HÖASHİ'nin en önemli unsuru da ambulans hizmeti olarak görülmektedir (Aslan ve Güzel, 2018). HÖASHİ'de birincil amacı hızlı bir şekilde sağlık kurumuna erişim ve etkili bir sağlık bakımını içerir (Swinton ve ark., 2018). HÖASHİ çalışanlarının hasta transferini güvenli bir şekilde gerçekleştirmesi Hasta Güvenliği (HG) açısından oldukça önemlidir (Liu ve ark.,2012). HÖASHİ'de çalışanlar kritik durumda can kurtarıırken, müdahale ettiği hastanın güvenliğini sağlamak zorundadır. Hastalar, HÖASHİ'den yararlanırken müdahalelerden zarar görmesi ve düşmesi söz konusu olabilmektedir (Gül, 2012; Kahya ve ark., 2020). Sağlık bakım hizmeti sunarken temel insan hakları, etik ve ahlaki kurallara göre önem arz eden ilke “ilk önce zarar verme” ilkesidir. Olası yanlış uygulamaları önlemek ve HG sağlamak sağlık bakım siteminde önceliktir (Korkmazer ve ark.,2016; Durgun ve Kaya, 2018).

HÖASHİ'de çalışma şartları hastane içine kıyasla farklı olduğu için HG'ye etki eden faktörlerinde farklı olduğu söylenebilir. HÖASHİ çalışanlarının; kaza zedeye/hastalara ulaşım zorluğu, kaza yerinin güvensizliği, kaza ortamı ve çevre özellikleri, ekipman farklılığı, araç hareket halindeyken prosedürlerinin uygulanması, trafik akışı, agresif insanların varlığı gibi durumlar çalışma koşullarını ağırlaştırmaktadır (Miorin ve ark., 2020). Ek olarak çalışanların bilgisi, güvenlik kültürü, güvenlik algısı ve iletişim ile ilgili faktörler de HG'yi etkilemektedir. HÖASHİ'de güvenli bakımın

sağlanabilmesi için acil değerlendirme ve karar verme önemlidir (Miorin ve ark., 2020, Ekşi, 2021).

Hasta düşmeleri sağlık kurumlarında olabileceği gibi aynı zamanda HÖASHİ’de de görülmektedir. HÖASHİ, hasta transferi acil tıbbi hizmetlere göre düşme oranı en yüksek olduğu ortamlardır (Marcin ve ark., 2019; Wahlin ve ark., 2020). Burada HG açısından dikkat edilmesi gereken husus emniyet kemeri kullanma zorunluluğudur (Marcin ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada HG’yi etkileyen durumlar incelendiğinde HÖASHİ’de ilaç uygulamaları riskte ilk önceliği alırken, ikinci sırada sedyelerin mevcut durumları nedeniyle travma ve düşme riskleri alır (Miorin ve ark., 2020). Ekşi’ye (2021) göre hastane öncesinde görevli sağlık çalışanlarının HG ile ilgili sorumluluğu hizmet vermeye başladığı andan itibaren başlamaktadır. Hastanın olay yerindeki tehlikelerden korunması, acil müdahale uygulanırken kullanılacak olan tıbbi araç ve gereçlerin kontrol bakımı yapılmış olması, transferi sağlarken doğru yöntemle ve sedyenin emniyet kemerinin takılı olmasına özen göstermesi başlıca sorumluluğudur (Ekşi, 2021).

Gül’ün (2012) yaptığı çalışmada belirttiğine göre; Wang ve ark. (2009) araştırmasında HÖASHİ’de görevli çalışanların karşılaşılabileceği HG’yi tehdit eden faktörlerden biriside ambulans sedyesinin kullanımı sırasında meydana gelen yaralanma ve istenmeyen olaylardır. Aynı çalışmada istenmeyen olaylarla ilgili yapılan çalışmada 1995-2005 yılları arasındaki 671 ambulans sedyesini içeren olay incelenmiş ve HG’yi tehlikeye atan; sedyenin çökmesi, kırılması, yanlış ya da fonksiyonsuz parça ve sedyeden düşme olduğu açıklanmıştır. Çalışmanın devamında istenilmeyen durumların çoğunlukla hastanın ambulandan indirilirken meydana geldiği saptanmıştır (Gül, 2012). Düşmelerin sonucunda, sıklıkla kırıklar, yumuşak doku yaralanmaları, kafa travması ve

buna bağı kafaici kanamalar, yeti kaybı ve ölüm görölmektedir. Tüm düşme vakalarının yaklaşık %10'unu büyük travmalar ve %5'ini ise kırıklar oluşturmaktadır. Oluşan kırık türleri; çoğunlukla pelvis, vertebra, ön kol ve diğ er kırıklardır (Atıcılar, 2011; Savcı ve Bilik, 2014; Atalay, 2018). Liu, ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada travma hastasının güvenli bir şekilde transferini sağlamak için ilk yardım sedyesi olarak "Acil Durum Halısı" geliştirmişlerdir. Yapılan bu uygulamayla yaralanma anından taburcu olma tarihine kadar 20 hastanın hiçbirinde nörolojik semptom veya kötüleşme görölmemiştir (Liu ve ark., 2012).

Düşmeler hasta güvenliğinin en önemli parçasını oluşturmaktadır. Düşmelerin önüne geçilmediğinde hasta için birçok probleme yol açmaktadır. Hastanın yaşam kalitesini düşerek, hastanede kalış süresinin uzamasına ve ek tedavi ihtiyacı oluşturarak maliyet artışına sebep olur (TJC, 2015; Katsulis ve ark., 2016). Hastane öncesi acil nakillerde hastayı ambulansa koyarken, ambulans içerisinde ya da hastayı ambulandan indirirken HG'yi tehdit edebilecek düşmeler ile karşı karşıya kalınabilir. HÖASHİ'lerde hastayı nakil ederken sağlık çalışanları hastayı düşmelerden ve yaralanmalardan kaynaklanan mortalite ve morbiditeden korumaktır. Acil tıbbi hizmetlerin temel amaçlarından biri de hastanın güvenli bir şekilde en yakın acil servise taşınmasını garanti etmektir (Marcin ve ark., 2019). Ancak literatür incelendiğinde ölkemizde HÖASHİ'de düşme konusunda bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma sonuçlarının HÖASHİ'de görev yapan çalışanların HG'de düşmeyi önlemeye ilişkin bilgi tutum ve farkındalıklarını saptamak, eğitim gereksinimlerini belirlemek ve bu konuda rehberlik edebilecek öneriler sunabileceği düşünülmektedir.

Amaç: Bu çalışma, hastane öncesi acil ambulans çalışanlarının, hasta transferinde hasta güvenliği ve düşmeye yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- Hastane öncesi acil ambulans çalışanlarının HG konusunda bilgi düzeyi nedir?
- Hastane öncesi acil ambulans çalışanlarının HG konusunda tutumları nedir?
- Hastane öncesi acil ambulans çalışanlarının düşmeler konusunda bilgi düzeyi nedir?
- Hastane öncesi acil ambulans çalışanlarının düşme konusunda tutumları nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HASTA GÜVENLİĞİ

2.1.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı

Tüm ülkeler için kaliteli sağlık hizmeti ilk önceliktir. Sağlık hizmetleri, girdisinde ve çıktısında insanın olduğu ve farklı sağlık profesyonellerinin birlikte ekip olarak çalışması gereken bir hizmet grubudur. Hata ihtimali hem sağlık çalışanları hem de hastalar üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (Özer ve ark., 2019). Hipokrat'ın tıp etiğinde yol gösterici ilkesi olan 'ilk olarak zarar verme', sağlık çalışanının hastalara karşı göstermiş olduğu tutumun temelini oluşturmaktadır. Bu tutum ne kadar sürdürülmek istense de istenilmeyen olaylarla karşı karşıya kalınmaktadır (Abrahamsen ve ark. 2012). Dünya'da her alanda meydana gelen gelişimler ve değişimler sağlık sistemlerini de etkilemiştir. İlerleyen teknolojiler, devletlerin sağlık politikaları, biyomedikal cihazların çeşitliliği vb. sağlık bakım kalitesini yükselten gelişmelerdir. Sağlık alanındaki gelişmeler beraberinde HG kavramını getirmiş ve sağlık hizmetlerinin kalite ölçütleri arasında HG önemli yer tutmasını sağlamıştır (Erdağı ve Özer, 2015). Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan önemli parçalardan biri olan HG ile ilgili çeşitli tanımlamalarda bulunulmuştur. Bu tanımlara bakacak olursak;

- HG, sağlık hizmetine bağlı kusurların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu mortalitenin düşürülmesi olarak belirtilmiştir (Çiçek Korkmaz, 2018).
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) HG'yi 'sağlık bakımıyla ilgisi olan ve sağlık bakım hizmeti alan bireylerin istenilmeyen olayların önlenmesi' olarak açıklamıştır (Aslan, 2020).

- Cuadros KC ve ark. (2017) HG'nin tanımını 'hastalara zarar verebilecek düşmeler, hasta kazaları, tıbbi ekipman ve sağlık bakımıyla ilgili olan enfeksiyonlar' şeklinde tanımlamıştır (Cuadros KC ve ark., 2017).

Sağlık hizmetleri sunum alanında sağlık çalışanı sayısının az, sağlık hizmeti alan bireylerin sayıların fazla olması, ekip arasındaki iletişim bozuklukları, yetersiz malzeme ve ekipman, idarecilerin yeterli destek vermemesi, çalışılan ortamın ve hastanın güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Erdağı ve Özer, 2015). Acil Servislerde çok fazla hasta başvurusunun olması, kontrol edilemeyen iş yükü, ivedi karar verme, süre baskısı, uygulama zorunluluğu ve hasta ile çalışanlar arasında iletişimin az olması gibi nedenler hataların oluşmasını kolaylaştıran faktörlerdir (Cebeci, 2010). Bu sebeplerden dolayı sağlık hizmeti sunarken dikkat edilmesi gereken en önemli husus HG'dir. Sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlar hastalar için güvenilir, verimli-etkin ve ulaşılabilir olmalıdır (Seren İntepeler ve Dursun, 2012).

2.1.2. Hasta Güvenliği İle İlgili Kavramlar

Hasta: Bireyin kendi ve içinde bulunduğu toplumun sağlığını geliştirmek, iyileştirmek için sağlık hizmeti almış kişidir.

Sağlık Bakımı: Bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetinin geliştirilmesi, ya da sürdürülmesidir.

Güvenlik kavramı: Bireylerin korkusuzca yaşayabilmesi için yasal düzenin aksamadan yürütülmesi olayıdır.

Tehlike: Zarar verme potansiyeline sahip olan her türlü eylem ve davranışlardır.

Olay: Sağlık hizmeti alan bireyin zarar görmesine neden olan durumdur.

Hata: Uygulanmak istenilen eylem planının istenildiği gibi yapılmaması ya da yanlış bir şekilde uygulanmasıdır.

Zarar: Bireyin vücudunda yapısal ve işlevsel bozukluğa yol açabilecek etkinin olmasıdır.

Ters olay: Beklenmeyen zararlar sonuçlanan durumlardır.

İhlal: Bir eylemin işleyiş standardı ya da kuralından bilerek sapma durumudur.

Risk: Meydana gelme olasılığı olan eylemlerdir (Kart, 2021).

2.1.3. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

2.1.3.1. Dünyada Hasta Güvenliğinin Gelişimi

HG'nin temeli milattan öncesine dayanmaktadır. Kılıç ve Erdem'in (2015) belirttiğine göre; Babil Devleti'nin hükümdarı Hammurabi (M.Ö. 1793-1750) tarafından 282 maddelik devlet otoritesini etkin kılmak ve toplum hayatını ilgilendiren yasa oluşturmuştur. Bu yasanın içerisinde HG'nin önemi vurgulayan 218. maddesinde doktorun ağır yaralı olan hastanın üzerinde bisturi ile çalışıp onun ölümüne neden olursa ya da hastanın göz çevresi bisturi ile açıp, hastanın gözünü görmez hale getirirse doktorun bileğinin kesileceği belirtilmiştir (Kılıç ve Erdem, 2015).

Korkutan ve Kurt' un (2021) belirttiğine göre; Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) HG ile ilgili birçok çalışmanın yapıldığı ve HG'nin temelinin ABD'de atıldığı görülmektedir. Kronolojik olarak yapılan çalışmalara baktığımızda;

- 1955 yılında ABD'li doktor Ernest Cedman tarafından hasta çıktıları üzerine yapmış olduğu çalışmalar olmuştur.

- 1984 yılında Anestezi HG Vakfı Newyork şehrinde ‘Harvard Tıp Uygulama’ çalışmasının kurulmasıyla oluşmuştur.
- 1992 yılında ‘ Tıbbi Uygulama Çalışması’ Colorado ve Utah’ta düzenlenmiştir.
- 1995 yılında ‘ 1. Annenberg HG konferansı düzenlenmiştir.
- 1996 yılında HG’ye yönelik çalışmalar hız kazanmış ve siyasetçiler düzenlemelerin içerisinde yer almıştır.
- 1997-1998 yıllarında HG ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları rapor olarak topluma duyurulmuştur.
- 2000 yılında hastalara sunulan hizmetin kalitesini yükseltmek için standart geliştirilmiştir.
- 2001 yılında Ulusal HG Gücü kurulmuştur.
- 2003 yılında “Uluslararası Birleşik Komisyon” tarafından yeni araştırma sürecinde “Halkın Sağlığını Arttırma Stratejileri Vizyonu”nun duyurulması, Amerika Tıp Örgütü (IOM) tarafından Ulusal Eylem için Öncelikli alanlar raporunun yayınlanması, FDA’nın ilaç kodlamanın kriterlerini belirlemesi ve sağlık geliştirme enstitüsünce interaktif kalite kaynaklarının geliştirilmesi olmuştur (Korkutan ve Kurt, 2021).

2.1.3.2. Türkiye’de Hasta Güvenliğinin Gelişimi

Ülkemizde HG ile ilgili resmi çalışmalar 2006 yılında HG derneğinin kuruluşuyla başlamıştır. HG ile ilgili dernek sağlık kurum/kuruluşlarının ve hastaların başvurduğu kaynak olarak faaliyet göstermektedir (Dilmen, 2016). 29 Haziran 2009 tarihinde resmi

gazetede Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yayınlanan ‘‘Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’’ adlı yönetmelik çıkarılmış ve bu yönetmeliğin altıncı maddesi Hasta ve çalışan güvenliğı uygulamalarını içermektedir.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğı

Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, sağlık çalışanları arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması, enfeksiyon risklerinin azaltılması, hasta düşmelerinin önlenmesi, temel yaşam desteğı sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması), yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması), hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri (Hasta Çalışan Güvenliğı Tebliğ, 2009).

Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulaması: 7. madde kimlik bilgilerinden kaynaklanacak olan HG’yi tehdit eden durumlar için alınacak önlemlerden bahsetmektedir. Bu maddede sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuru yapan bireylerin HG’yi tehlikeye atacak durumlardan biri kimlik doğrulama işleminden kaynaklanmaktadır. Bunların önüne geçilebilmesi için alınacak tedbirler:

Hastanın kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde bireylerin fiziksel ve duygusal özelliklerini kullanılmayıp, bunun yerine kol bantlarına dikkat edilmelidir. Çünkü kol bantları üzerinde sadece bireye özel bilgiler yer almaktadır. Bu bilgiler: protokol numarası, T.C. kimlik numarası, hasta adı ve soyadı, doğum tarihi (gün-ay-yıl), doktorun adı ve soyadı okunacak şekilde belirtilmiş olmalıdır. Aynı isimli hastanın

bulunduğu durumlarda lacivert bant kullanılmalı ve bu hastaları ayırt etmede T.C. Kimlik numarası, protokol numarası veya doğum tarihi kullanılmalıdır (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

İletişim Güvenliğinin Geliştirilmesi: Sağlık hizmeti sunan çalışanlar arasındaki iletişim konusundaki aksaklık HG'yi tehdit eden diğer bir durumdur. Hastaya uygulanacak olan bakım ve tedavi sürecinde sözlü veya telefonla talimat verilmesi durumunda aşağıdaki tedbirlere dikkat edilmelidir. Sözlü talimatın verilebilmesi için, steril girişimler sırasında doktorun hastanede ya da serviste bulunmadığı durumlar ile acil verilmesi gereken ilacın olduğu zamanların teşkil etmesi gerekir. Kemoterapi ve yüksek riskli ilaçların sözel ya da telefonla verilen talimatları kabul edilmez (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009). Telefon talimatları HÖASHİ çalışanlarının 112 Komuta Kontrol Merkezi'nde doktor tarafından verilen talimatlarda kayıt altında tutulmaktadır.

İlaç Güvenliğinin Sağlanması: İlaç güvenliğinin sağlanması HG'nin sağlanmasında önemli rol oynar. Bu konuda madde 9'da ilaç güvenliğine yönelik alınacak önlemlerin neler olduğu belirtilmiştir. Doktor tarafından istem edilen ilacın uygulandıktan sonra doktor ve hemşire tarafından işlemin olası yan etki gelişmesi durumu gelişmesine yönelik işlemler 23/3/2005 tarihli ve 25763 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, Beşeri, Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğin 12'nci maddesinde tanımlanan Advers Etki Bildirim Formuna uygun olarak yapılır. Benzer adlı ilaçların yanlış kullanımını önlemek amacıyla sağlık kurum ve kuruluşları tarafından benzer adlı ilaçların yılda bir kez güncellenir. Narkotik grubu ilaçlar servis hemşiresi sorumluluğunda kilitli dolapta muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Güvenli Kan Transfüzyonu: HÖASHİ’de hastanın aciliyet durumuna göre kan transfüzyonu uygulanarak transferi sağlanmaktadır. Güvenli kan transfüzyonuna bağlı HG’nin sağlanması için alınacak bir takım önlemler vardır. Madde 10’a bakacak olursak; Kan transfüzyonu uygulamasının yapılacağı ve kan numunesi alınacak hastalara kimlik doğrulama işlemi uygulanır. Kan ve kan ürünleri, kan bankasından geldikten sonra cross-match ve kimlik bilgileri en az iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edildikten sonra hastaya mutlaka Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılıp kayıt altına aldıktan sonra uygulamaya geçilmelidir (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Enfeksiyon Risklerinin Azaltılması: Enfeksiyon oluşumuna neden olabilecek durumları düşürülebilmesi için 25903 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmeliğin kararları gereğince enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturulur ve uygulama yapılır (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi: Hastane içerisinde bulunan düşme riski yüksek olarak değerlendirilen hastalar hemşirelik hizmetleri hasta değerlendirme formunda kayıt altına alınır. Bu hastalar kısıtlama prosedürleri dahilinde hemşire bankosuna yakın bir yere alınır ve sürekli göz önünde bulundurulur. Düşmelere neden olabilecek ortamlarda hastaları uyaraacak ikaz, resim ve tabelalar konulması arz etmektedir. Aynı zamanda hasta nakli sırasında meydana gelebilecek düşmelere karşı çalışanlar eğitilmelidir. Bunların yanı sıra doldurulan formlar aracılığıyla düşmelerin analizi yapıp önleyici faaliyetlerde bulunulmalıdır (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvence Altına Alınması: Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması) için yapılacak işlemler

şunlardır; hayati fonksiyonların (solunum ve dolaşım) tehdit altında olan veya durması durumunda hastalara uygulanması gereken müdahalenin yani cardio pulmoner resusitasyon (CPR)'un başlatılabilmesi için 'mavi kod' uygulamasına ihtiyaç vardır. Mavi kod ekibinde doktor, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik bulunur. Bu ekip, sürekliliği sağlamak amacıyla mesai içi ve mesai dışı olmak üzere hizmet verir. Ekipte bulunan tüm çalışanların CPR eğitimi alması sağlanır (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Yenidoğan ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması: Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır; Yenidoğan, bebek ve çocukların güvenliğinin sağlanması amacıyla 'pembe kod' uygulaması kullanılır. Bu kod yenidoğan, bebek ve çocuk kaybolması veya kaçırılması durumunda başlatılır. Pembe kod uygulamasından hasta müdürünün mesulünde sağlık bakım hizmetleri müdürü veya yardımcısı, servis hemşiresi, teknik servis elemanları, güvenlik amiri ve elemanlarından oluşan bir ekip kurulur. Ailevi problemleri veya anne-babası ayrı olan bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibinin sağlanması amacıyla hemşire bankosuna yakın bir oda ve sadece hemşirelerin anlayacağı bir işaret kullanılmalıdır (Hasta Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Hasta ve Çalışanlar İçin Güvenlik Tedbirleri: Sağlık hizmeti alanlar ve sağlık hizmeti verenlerin bedensel saldırı, cinsel şiddet ve taciz ile karşı karşıya kalmaması için sağlık kurumlarında gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. 27 Haziran 2015 yılında HG'ye yönelik son yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmeliğin amacı: “hasta-çalışan güvenliği ile memnuniyetini esas alan, sağlıkta kalite standartları ile bu standartların

uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir” (Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, 2015).

2.1.4. Hasta Güvenliğinin Amacı

Rızalar ve ark.’na (2016) göre HG’nin amacı sağlık bakım hizmeti alan hasta veya yakını, sağlık çalışanlarını mental ve emosyonel olarak olumlu yönde etkileyebilecek ortam oluşturmak şeklinde tanımlamıştır (Rızalar ve ark., 2016). Ketrez’in (2020) belirttiğine göre sağlık hizmetleri içerisinde birçok yapıyı barındıran kompleks bir yapıya sahiptir. Bu yapı içerisindeki birimler ve çalışanlar birbiriyle bağımlılık ilişkisinin olmasından dolayı sistem insan kaynaklı hataları yer vermeyecek şekilde düzenlenmelidir. Eğer sistemde bir hata oluştuğunda, bu hataya sebep olan kişinin suçlanması yerine, kurumun hataya sebep olan nedenleri saptayıp, sistemin zayıf halkasını güçlendirilmesinin tamamlanarak aynı hatanın tekrarrünün önüne geçmesini sağlamalıdır (Ketrez, 2020).

2.1.5. Hasta Güvenliği İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Uluslararası sağlık hizmetlerinde sorun olan HG, hastaneye başvuran 100 bireyden 10’unun karşı karşıya geldiği, İsveç hastanelerinde 2003-2004 yılları arasında tıbbi kayıt incelemesinde kayıtların %12,3 ‘ünün istenilmeyen olaylar içerdiğini ve istenilmeyen olayların %70’inin önlenabilir olarak kabul edildiğini ortaya çıkarmıştır (Hagiwara ve ark., 2016).

HG’nin önemi ‘To Error is Human’ adlı raporun yayınlanmasıyla dünya kamuoyunda farkındalık oluşturmuştur. 1999 yılının sonlarında Amerikan Tıp Enstitüsünün (IOM) yayınlamış olduğu rapor Amerika’da yatan hastaların bakım

ihmaliyle HG'nin tehlikede olduğu ve önlenabilir hatalardan dolayı yıllık 33.6 milyon hastanın dahil edildiği araştırmada 44.000 ile 98.000 bireyin yaşamı sona erdiği belirtilmiştir. Raporda tıbbi hataların, kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu, trafik kazaları ve meme kanserinden daha fazla ölüme yol açtığı bildirilmiştir (IOM, 2000). ABD bu raporu yayınlamasından sonra dünya sağlık sistemlerinde HG'ye öncelik verilmiştir (Torrente ve Barbosa, 2021). 2010 yılında Norveç'te yapılan çalışmada her yıl 4700 hastanın HG'yi tehdit eden durumlardan dolayı kaybedildiğini belirtmiştir (Abrahamsen, ve ark. 2012). Bu konuda WHO her senenin Eylül ayının 17'sini Dünya Hasta Güvenliği Günü olarak kutlanması kararını almıştır. DSÖ bu kararın ardından 17 Eylül 2019 tarihinde “HG için konuş!” tezahüratıyla dikkatleri HG'ye toplamayı amaçlamıştır (WHO, 2019).

HG'yi tehdit eden hatalar devletlere ekonomik olarak yük getirmektedir. Bu hataların senelik olarak İngiltere'de 6 milyar\$, ABD'de 37.6-50 milyar \$ olduğu varsayılmaktadır. Önlenabilir hataların maliyeti 17-29 milyar \$ tahmin edilmektedir (Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün, 2015). Ertem ve ark., (2009) yaptıkları araştırmada HG'yi tehlikeye atan uygulamaların sonuçları baktığımızda; % 49,4'ü ölüm, %31,4'ü sakatlık, %13,4'ü genel durumun kötüleşmesi, %1,7'si ise bulaşıcı hastalık olduğunu saptamıştır (Ertem ve ark., 2009).

Tüm sağlık hizmetleri sektörünün odak noktasını oluşturan HG, HÖASHİ'de daha az davalara sebep olmakla beraber oranlar giderek artmaktadır (Fisher ve ark., 2015). HÖASHİ'de çalışanlar hasta transferini güvenli bir şekilde gerçekleştirmesi HG açısından oldukça önemlidir (Liu ve ark., 2012). Ekşi'ye (2021) göre hastane öncesinde görevli sağlık çalışanının HG ile ilgili sorumluluğu hizmet vermeye başladığı andan

itibaren başlamaktadır. Hastanın olay yerindeki tehlikelerden korunması, acil müdahale uygulanırken kullanılacak olan tıbbi araç ve gereçlerin kontrol bakımı yapılmış olması, transferi sağlarken doğru yöntemle ve sedyenin emniyet kemerinin takılı olmasına özen göstermelidir (Ekşi, 2021). HÖASHİ’de geçtiğimiz on yıllarda gözle görülen bir değişikliğin olduğu görülmektedir. 1980’li yıllarda sağlık çalışanlarının yaygın bir şekilde tanıtıldığı ve yaşam kurtaran müdahaleler sunma olasılığını gördü. 1990’lı yıllarda ekipman ve ulusal klinik kılavuzların gelişimini gördü. Tedavi yaklaşımları yaşamı tehdit eden koşullara ek olarak birçok hastalığı kapsayacak şekilde genişledi. 2000’li yıllara geldiğimizde sağlık hizmeti alan bireyleri telefonla tavsiyelerde bulanarak ya da yüz yüze görüşmeyle taburcu eden, kesin bakımı üstlenen HÖASHİ konusunda çalışmalar ilerlemiştir. Tüm bu faktörler, daha karmaşık tedaviler ve prosedürler üstlenildiği için ambulans bakımında potansiyel istenilmeyen olay risklerini arttırmıştır (Fisher ve ark., 2015).

HG’de meydana gelen istenilmeyen durumlar sadece hastayı değil, hasta yakınlarını, bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarını ve aynı zamanda sağlık hizmetleri üzerinde negatif etki yaratmaktadır. Sağlık hizmeti alan birey açısından bakıldığında; komplikasyon, tedavinin aksaması, tanı ve tedavinin aksaması, anksiyete, ilaç harcamalarının artmasına neden olur. Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen hatalar ya da tıbbi hatalar, hastaya verilen sağlık hizmetinden kaynaklanan kasıtlı olmayan ve beklenilmeyen sonuçlardır (Sayek, 2011). Sağlık çalışanı tarafından bakıldığında; sağlık çalışanıyla hasta arasındaki güven bağının kopmasına, kurum tarafından incelendiğinde ise tedavi masraflarında artış ve kurum üzerinde olumsuz izlenim oluşturacaktır (Manav ve Karademirler, 2018). Fidancı ve ark. (2014) belirttiğine

göre uzun mesai saatleri, tükenmişlik, rol belirsizliği, mesleki özerkliğin yetersiz olması HG'yi etkileyen faktörler arasında sayılmıştır (Fidancı ve ark., 2014).

HG açısından yüksek riskli olan acil servisler hatayı kolaylaştıran faktörlerin bulunduğu ortam olarak bilinmektedir. HG'yi tehdit edebilecek özelliklerin bilinmesi, hataların önlenmesi ile azaltılması ve alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi acil servis için son derece elzemdir (Robinson, 2002). ABD'de her yıl acil sağlık hizmetlerinde ortalama 22 milyon kişi tedavi görmekte ve bu hastaların bir kısmı hastaneye nakil olması için ambulans hizmeti almaktadır. Ambulans hizmetinin hasta ve çalışanlar için potansiyel riskler oluşturabilir. Acil ambulans hizmetleri sunumunda HG'den taviz veren davranışlar arasında:

- Vardiya öncesi yetersiz dinlenme,
- Vardiya öncesi alkol kullanımı,
- Vardiya öncesi ekipman ve ilaç kontrolünü tamamlamama,
- Rutin sürüş sırasında hız sınırının aşılmasıdır.

Acil Sağlık Hizmetleri literatüründe cinsiyetle HG arasında ilişkiye bakıldığında erkeklerin kadınlara göre daha fazla alkol kullandığı ve emniyet kemeri takmama davranışı sergilediği bulunmuştur (Blau ve ark., 2012).

2.2. DÜŞME

Hastanelerin acil servisleri hastaya verilen bakımın ön cephesi olduğu bu yüzden hastaların tıbbi hatalar karşısında savunması olmaması göz önüne alındığında bu konunun açıklığa kavuşturulması gereken önemli durum olarak belirtilmiştir (Alzahrani ve ark 2018). Sağlık sisteminde gerek maliyet açısından gerekse hastanın yaşam kalitesini

değiştiren düşmenin WHO tarafından yapılan tanımında; bireyin sehven zeminde ya da alt bir konumda durmasıyla neticelenen durum olarak belirtilmiştir (WHO, 2021). Başka bir tanımda; bedensel bir yaralanmaya sebep oluşturacak birden yere doğru eylem değişikliği olarak açıklanmıştır (TJC, 2015). Düşmeler bireylerde düşme korkusu, mekanik fonksiyonlarda, günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya neden olması, hasta yakınları üzerinde yük olabilecek güven kaybına benzer sonuçlar doğurabilmektedir (Blain ve ark., 2021). Yatan hastaların bildirimi yapılan istenilmeyen durumlar içindeki düşmeler; bireyler için artan ölüm, sakatlık yatış süresinin uzaması ve tedavi maliyetlerinin artmasıyla yakından ilişkilidir. Acil servisler içinde barındırdığı hastaları düşme riskine sokabilecek öngörülemezlik ve kaotik olaylara müsait olan ortam sunmaktadır (Cen, 2016).

Ekşi' nin (2020) belirttiğine göre boy uzunluğunun yaklaşık 2-3 katı yüksekten düşmeler ciddi travmalara neden olmakla beraber zemin üzerinde bulunan delici cisimler travmanın önemini artırmışlardır (Ekşi, 2020). Düşme sonucunda ciddi yaralanmalar veya ölüm gerçekleşebilir. Bu tehlikelerden dolayı sağlık kuruluşlarına milyarlarla ifade edilen meblağlarda davalar açılabilir (TJC, 2015; Mitchell ve ark, 2018). Dünya genelinde yaralanmalardan kaynaklı ölümler 5.8 milyondan fazladır. Bu yaralanmalar ölüm ve sekel bırakmaya en çok katkı sağlayan durum olmaktadır (Janeway ve ark., 2019). Wahlin ve ark. (2020) acilde hasta yaralanmalarını inceledikleri çalışmalarında, tedavi gerektiren yaralanmalar %15 oranında ve ölümle sonuçlanan yaralanmalar %2 oranında ve ambulansla transferde meydana gelen yaralanmalar %18 gerçekleştiğini bildirilmiştir (Wahlin ve ark., 2020).

Düşme kaynaklı ölümlerin 5'te 4'ünden (4/5) fazlası düşük ve orta gelire sahip olan ülkelerde görülmekte olup bu ölümlerin 5'te 3'ü (3/5) batı Pasifik ve Güneydoğu Asya ülkelerine aittir. Düşmelere bağlı yaralanmalar ülkelerin karşı karşıya kaldığı ekonomik yüküdür. Bu ülkelerde birisi olan Finlandiya Cumhuriyeti ve Avustralya'da yaralanma başı maliyeti sırasıyla 3.611\$ ve 1.049\$ olduğu açıklanmıştır (WHO, 2021). Bu düşmelere bağlı yaralanmalarda hastanın hastane yatış süresi ortalama 6.3 gün uzadığı belirlenmiştir (TJC, 2015). Degelau ve ark. (2012) yapmış olduğu bir araştırmada düşme oranlarının 1000 hasta günü için 1.3-8.9 arasında değiştiğini ve bu oranlarının yaşlı bakım, nöroloji ve rehabilitasyon merkezlerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Degelau ve ark., 2012).

Barış ve ark. (2016) yapmış oldukları bir çalışmada düşmelerin hastanın hastanede kalış zamanını 14.61 gün arttırdığı ve maliyeti \$3.302.60 olarak hesaplanmıştır (Barış ve ark., 2016). ABD'de vatandaşlarının sağlık masraflarını karşılayan medicare ve medicaid ölümcül olmayan düşmelere bağlı 65 yaş üstü bireylerin sağlık harcamalarına baktığımızda medicare tarafından 29 milyar \$, medicaid tarafından 9 milyar \$ harcamıştır. Ölümcül düşmelerin maliyeti ise 754 milyon \$'dır (CDC, 2020). Avrupa Birliği'nde (AB) düşmelerin neden olduğu tedavi masrafları her yıl 25 milyar € olduğu tahmin edilmektedir (Blain ve ark., 2021). Çapacı'ya (2007) göre hastanın kuruma kabulünde, servisler arası transferinde ve hastanın yaşam bulgularında anormallik oluşması durumunda düşme riskinin değerlendirilmesinin yapılması önerilir. Bundan dolayı hasta için gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemlerin zamanında alınmasını sağlanırken bununla birlikte sağlık hizmeti alan bireylerin zarar görmesinin de önüne geçilebilir (Çapacı, 2007).

HG'yi yükseltmek için, iş süreçlerini standardize etmeyi amaçlayan birkaç yöntem önerilmektedir. Riskleri tespit etmek ve planlamak, hizmet verenler ile alanlar arasında iletişim engellerinin önüne geçmeyi sağlamak bu yöntemlerin en önemli unsurlarıdır. Bu nedenle sağlık çalışanları hataları belirlemek için; gerekli donanımına sahip olmalı, hataları zamanında önüne geçebilmeli, HG'ye yönelik organizasyonlarını gerçekleştirebilmelidir (PNSP, 2013; Bohrer et al., 2016). Ekin'in (2020) belirttiğine göre düşmelerin değişmeyen faktörlerden dolayı sifıra indirilemeyeceği ancak, alınacak önlemlerle en aza düşürülebileceğini belirtmiştir (Ekin, 2020). Düşmelere neden olabilecek birçok faktör vardır. Bu faktörler genel çerçevede bakıldığında bireyin kendisinden kaynaklanan bireysel faktörler ve çevresinden kaynaklanan çevresel faktörlerdir (Akkor ve ark., 2018). Bu nedenlere bakacak olursak:

Hastadan kaynaklı nedenler: Hastanede yatmak, tanımadığınız ortam, akut hastalıklar, ameliyatlar, yatak istirahati, ilaçlar, tedaviler, çeşitli tüp ve kateterlerin varlığı, ileri yaş, demans, görme bozuklukları, baş dönmesi, yürüme ve denge bozuklukları, hipotansiyon, hareketsizlik, nörolojik ve kas güçsüzlükleri gibi nedenlerdir (Ekin, 2020).

Çevreden kaynaklı nedenler: Hastanenin dekorasyonu, ısı, nem, hava akımı, aydınlatma, gürültü gibi fiziksel faktörler, yetersiz temizlik ve kaygan zeminler, banyo-lavabo ve sedye yanında tutunacak destek mekanizmasının olmaması, kusurlu zemin, uygun olmayan ayakkabı kullanımı vb. şeklinde sıralanabilir (Ekin, 2020).

2.2.1. Düşme Sonrası Ne Yapılmalıdır?

Hastanın düşmesi durumunda müdahaleler, tam bir fiziksel değerlendirmeyi ve güvenlik raporlama sistemini içerir. Birey düştükten sonra hastayı hareket ettirmeden Airway (A), Breathing (B), Circulation (C)'u, yaşam bulguları, ağrının varlığı ve görünür yaralanmalar değerlendirilir. Sağlık çalışanı hastanın sağlık geçmişini, laboratuvar sonuçları ve düşme kaynaklı yaralanma riskini artırabilecek ilaçlar (varfarin) hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Kardiyovasküler rahatsızlıkları olan hastalar için ek müdahaleler; EKG çekilmesi, kan şekeri seviyesinin belirlenmesi (diyabetli hastalar için) ve satürasyonu içerir. Antikoagülasyon veya antiplatelet ilaçlar, özellikle beyin kanaması ve diğer iç veya gizli kanama riski nedeniyle kafa travması geçiren hastalar için risklidir (Chu, 2017).

2.2.2. Hasta Düşmelerinin Bildirimi

HÖASHİ çalışanı hasta transferini sağlarken düşme olayının gerçekleşmesinin ardından bunun bildirimi yapılmalıdır. Düşme bildirimi için Acil Sağlık Otomasyon Sistemini (ASOS) kullanılır. Bu sistemde sağlık çalışanı kendine özgü kullanıcı adı ve şifresiyle giriş yapıp, durumu anlatan raporla olayı kayıt altına almalıdır.

HÖASHİ çalışanları hastanın/kazazedenin düşme durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir. Düşmeler konusunda ülkemizde her ne kadar çalışma yapılmış olmasa da, düşmelere bağlı çeşitli vakalar çeşitli haber yayın organlarında yerini almıştır. Bunlarla ilgili haberlere inceleyecek olursak; 30 Ekim 2019 tarihli haberde: Ukrayna' da hızlı ilerleyen ambulansın arka kapısının açılmasından dolayı hasta ambulandan yere düşmüştür. Ambulansta görevli olan sağlık çalışanları durumun kısa sürede farkına

vararak hastaya geri dönmüşlerdir (NTV, 2019). Diğer bir haberde, 7 Mayıs 2020 tarihinde Tayland'ın başkenti Bangkok'ta ambulansın ani hareket etmesi ve arka kapının açılmasından dolayı hasta yere düşmüştür (HABER GLOBAL, 2020).

Ülkemizde olumsuz durumlar yaşayan sağlık çalışanları da olmuştur. İzmir'de evinde rahatsızlanan hastanın hastaneye transferi sırasında sağlık çalışanının dikkatsizliği nedeniyle acil girişinde sedyenin devrilmesi sonucu hasta yere düşmüştür (Sabah, 2012). Üniversite hastanesine getirilen hasta, sağlık çalışanlarının sedyeyi kapıya çarpması sonucunda hasta yere düşmüştür (Hürriyet, 2011). İzmir'in Bornova ilçesinde bir fabrikanın öğle yemeğinde fenalaşan birey ambulansa alınması sırasında sedyeden düşürülmüştür. Düşme sonucunda hastada kafa travması gelişmiş ve kosta kemikleri akciğere batmıştır. Bu durum üzerine hasta yakınları ambulans görevlileri hakkında İzmir Adliyesinde Cumhuriyet Savcılığı'na suç duyurusunda bulunmuştur(112acilfm, 2021).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların meydana gelmesiyle birlikte, bakım sürecinde olası istenilmeyen durumların oluşumunu azaltmak için bu alanda güvenli bakımı destekleyecek protokollerin uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Gomes ve ark., 2017).

2.3. ACİL SERVİSLERİN 112 KOMUTA KONTROL MERKEZİ İLE KOORDİNASYONU

Kamu ve özel sağlık kurumlarının Acil Sağlık Hizmetleri (ASHİ)'nin etkin ve koordineli yürütülebilmesi için ortak kayıt sistemi kurulmalı ve bu sistemi müdürlüğün denetim ve kontrolünde bakanlık bilgi sistemine dahil olacak şekilde Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) tarafından organize edilir.

2.4. ACİL SERVİSLERDE HASTA KABUL VE YATIŞ İŞLEMLERİ

Sağlık hizmeti sunan kamu ya da özel kurum ve kuruluşları kendilerine başvuru yapan tüm acil vakaları sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın kabul etme zorunluluğu vardır. 112'nin acil ambulanslarınca getirilen hastalar için Komuta Kontrol Merkezi'nin (KKM) talimatlarına göre acil servisi hazırlayıp, birincil değerlendirme sonrasında gerekli müdahaleyle stabilizasyonu sağlanmalıdır. Hastanın tıbbi durumunun şartlarına göre ileri tetkik ve tedavi için başka sağlık tesisine nakil olacak hastanın nakil işlemleri 112 Komuta Kontrol Merkezinin (KKM) talimatlarına uygun olarak yapılması zorunludur (Acil Servis Hizmetleri Esasları, 2009).

2.5. ACİL SERVİSTEN DİĞER SAĞLIK TESİSLERİNE SEVK VE NAKİL ESASLARI

Sağlık tesislerinin acil birimlerine yapılan başvuruların birincil değerlendirmesi yapılması akabinde hastanın tedavisi için gerekli olan uzman doktor, tıbbi araç-gereç, boş yatak ve hastanın bakımını tedavisini sağlayacak imkânların sağlık tesisinde bulunması halinde hastanın başka bir sağlık tesisine sevkı uygun değildir. Transfer edilecek hastanın hemodinamik şartları stabil olmadığı sürece sevk edilemez. Lakin hasta bireyin tedavisinin aciliyet durumunu sağlık tesisi karşılayamıyorsa ilgili başka bir sağlık tesisine transferi sağlanmalıdır. Hastanın başka bir sağlık tesisine transferi endikasyonu durumunun oluşması durumunda, hastanın hangi sağlık tesisine gideceğinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki sevk ve koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 KKM sorumludur. Hastanın diğer sağlık tesisine naklini sağlayıncaya kadar tedavisiyle ilgili

işlemler sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır (Acil Servis Hizmetleri Esasları, 2009).

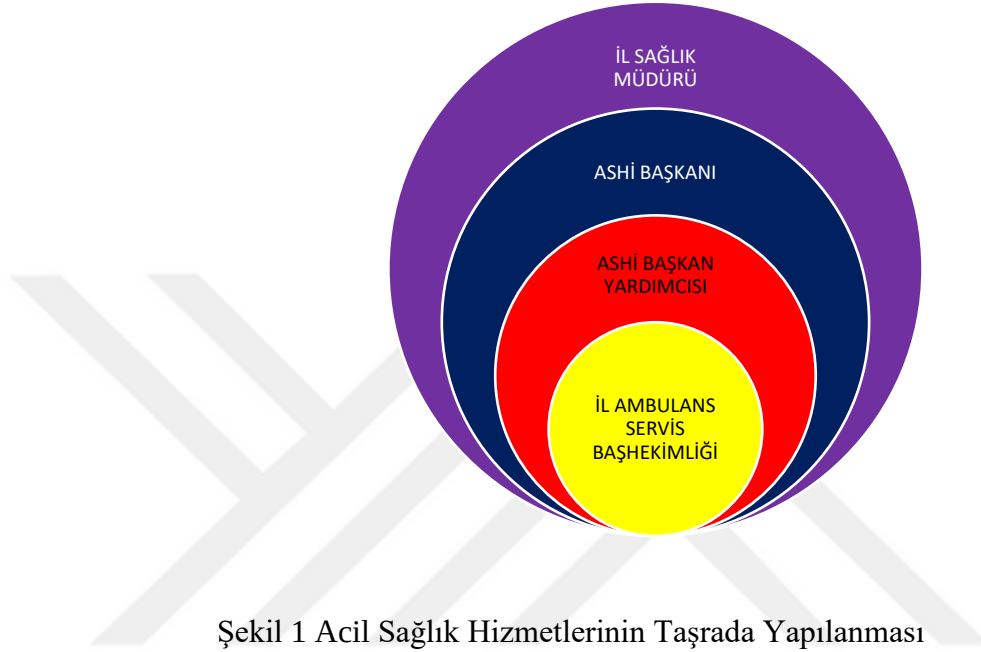
2.6. UYGUNSUZ SEVKLERİN ÖNLENMESİ İÇİN KOMİSYON

Bu komisyonun çalışması, ilde bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti veren tesislere diğer illerden ve il içinden gerekli koordinasyon ve şartlar sağlanmadan gelen sevklerin, acil vakayı kabul etmeyip ambulansla bekleten sağlık tesislerini, endikasyonu olduğu halde kabul edilmeyen vakaları tespit eder, sorgular ve çözüme ulaştırır. Alınan kararlar tutanak altına alınıp ilgili sağlık tesisinin başhekimine yazılı olarak bildirilerek gerekli tedbirlerin alınması istenir şeklinde belirtilmiştir (Acil Servis Hizmetleri Esasları, 2009).

2.7. TÜRKİYE’DE HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de ilk kez 1985 yılında bazı bölgelerde (turistik, nüfusun yoğun olduğu bölgeler vb.) herhangi bir merkeze bağlı olmayan araç telefonlarıyla ulaşılabilen gezici ambulanslar görev yapmıştır. Takvimler 1986 yılını gösterdiğinde 077 numarasıyla Hızır Acil Servis olarak Ankara, İzmir ve İstanbul Büyükşehir Belediyelerinin teknik alt yapı ve ekonomik destekleri ve SB doktor ve tıbbi araç ve gereç yardımıyla ASHİ’nin başlangıcı oluşmuştur (Paksoy, 2016).

Türkiye’de HÖASHİ yapılanmasına baktığımızda SB’nin taşra teşkilatı içerisinde il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak hizmet verilmektedir. Hiyerarşik sıralama aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (Ekşi, 2021).



Şekil 1 Acil Sağlık Hizmetlerinin Taşrada Yapılanması

- ✓ 1993 yılında Acil Tıp artık uzmanlık alanı olmuş ve Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitelerinde İlk ve Acil Yardım Ana Bilim Dalları kurularak uzmanlık eğitimi vermeye başlanmıştır. Acil Tıp Teknikeri (ATT) eğitim programı açılmıştır.
- ✓ 1994 senesinde HÖASHİ olarak ulaşım sağlanan 077 Hızır Acil ulaşım numarası “ 112 Acil Yardım ve Kurtarma” olarak değiştirilmiştir.
- ✓ 1994-1995 senesinde üç büyükşehir belediyesi olan İstanbul, Ankara ve İzmir’de 112 ekipleri oluşturulmuş ve ekip çalışanları içerisinde sağlık memurları, ebeler, hemşireler, doktorlar görev almıştır.
- ✓ 1996 senesinde SB’ye bağlı eğitim kurumlarında ilk yardım ve acil bakım teknisyenliği bölümü açılmıştır.

- ✓ 2000 senesinde “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” çıkarılmıştır.
- ✓ 2004 senesinde ilk kez 112 istasyonları ve sağlık kurumlarının acil servislerine paramedik ile ATT atamaları olmuştur.
- ✓ 2007 senesinde “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” değişiklik yapılmış ve yirmi sekizinci maddeye paramedik ve ATT görev tanımlamaları eklenmiştir.
- ✓ 2009 senesinde “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği” hazırlanmış Paramedik ve ATT’ nin görev, yetki ve sorumlulukları algoritma haline getirilmiştir (Paksoy, 2016).

2.8. 112 ÇAĞRI SİSTEMİ

T.C. İç İşleri Bakanlığı Acil Çağrı Merkezi internet sayfasında yeni nesil 112 hakkında verilen bilgilere baktığımızda aşağıdaki açıklamalar yapılmıştır:

Devletimizde vatandaşlar acil durumlarda ulaşması gereken kurumlara birden fazla numara (112, 110, 155, 156, 158, 177) ile hizmet almaktaydı. Batılı ülkelere baktığımızda sağlık, yangın ve emniyet gibi acil yardım hizmetleri tek merkezden idare edilmektedir. AB’ye üye ülkeler 112, ABD ise 911 acil yardım çağrı numarasını kullanmaktadır. 1991 senesinin 29 Temmuz günü AB’nin almış olduğu karara göre tek acil çağrı numarası kullanımı açıklanmıştır. Devletimizin AB’ye uyum sürecinde ‘Tek Acil Çağrı Numarası’ oluşturma çalışmalarına 2003 yılında Hollanda hükümetiyle T.C. İçişleri Bakanlığı’nın işbirliğiyle Matra projeleri kapsamında başlamıştır.

112 Acil Çağrı Merkezleri Projesi sayesinde;

- Birden fazla acil yardım numarası ezberlemenin önüne geçilmiştir.

- Ortak çalışma alanına giren kurumların koordinasyon ve işbirliği sağlanmıştır.
- Vaka yerinin tespiti kolaylaşmıştır.
- Maliyetlerin azalması ve etkin hizmet sunumu sağlanmıştır.
- Araç ve sevk idaresi verimli duruma gelmiştir (112 Çağrı Merkezi Projesi, 2019).

2.9. ACİL YARDIM ÇAĞRISI

HÖASHİ'nin ilk aşamasında acil yardımı oluşturacak durumun ortaya çıkmasıyla bireylerin 112 KKM' ye yaptığı çağrıyla başlar. 112 numarası ücretsiz hizmet veren çağrı numarasıdır. Çağrının değerlendirilip planlanması için olay yeri ve niteliğinin yanı sıra hasta ya da yaralı sayısı gibi bilgileri de içerir. Merkez, yönlendirilen ekibe müdahale sırasında talep edilen tıbbi danışmanlık için 24 saat süre ile danışman ya da uzman hekime yönlendirmekle yükümlüdür.

Vaka yerine gelen ekibin yönlendirme sırasında ve vaka yerinde edindiği bilgiler doğrultusunda acil sağlık yardımını uygular. Müdahaleyi yapan ekiplerce yapılan değerlendirme sonucunda, ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan bireyin ambulansla transferine karar verilir. Hastanın ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı yoksa ekip sunduğu hizmet ile ilgili bilgileri KKM'ye aktarır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2007).

2.10. HASTANE ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREVLİ ÇALIŞANLARIN GÖREV TANIMLARI

2.10.1. Hekimler

Hekimler yerinde müdahale yetkisine sahip sağlık çalışanıdır. Ambulansta görevli hekim, hasta ya da yaralıya yapılan her türlü müdahaleden ve bu müdahalenin kayıt altına alınmasından sorumludur (Güneş, 2019).

2.10.2. Acil Hemşireliği

Acil hemşireliği, temel hemşirelik yetki ve sorumluluklarının yanı sıra aşağıda belirtilmiş olan bazı görevleri yerine getirmekle yükümlüdür.

- Sağlık hizmeti alan bireylerin acil servise kabulünü sağlar.
- Hastayı monitörize edip, hayati bulgularını izler, sonuçlarını değerlendirir ve bu değerlerden sapma olduğunda doktora bildirimini sağlar.
- Acil serviste vakaların öncelik sırasını belirler.
- Yatışı yapılacak olan hastaların kurumun talimatlarına uygun olarak transferini sağlar.
- Kalp pili olan hastaların takibini yapıp ve gerekli bakımı uygular.
- Acil durumlarda doktorla dayanışma içerisinde bulunur. Acil durum ortamı oluştuğunda mavi kod çağrısını başlatır. Kurumun prosedürlerine bağlı kalarak temel ve ileri yaşam desteğine katılır.
- Hayati fonksiyonları sona eren hastaların kurumun prosedürler doğrultusunda hazırlayıp morga transferini sağlar (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

2.10.3. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri (AABT/Paramedik)

Paramedik, üniversitelerin 2 yıllık Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunun Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümünü başarıyla tamamlayıp mezun olmuş bireylere verilen ünvandır (Acil Sağlık Hizmetleri, 2007).

Görevleri: Damar yolu açmak, sağlık kurumuna nakil olana kadar acil ilaçları ve sıvıları kullanmak, endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak, CPR ve defibrilasyon yapmak, travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak, uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak, monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak, kırık, ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak, yara kapatma doğum eylemine yardımcı olmak (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2007).

2.10.4. Acil Tıp Teknisyenleri (ATT)

Acil Tıp Teknisyenliği, Sağlık Meslek Lisesinin (SML) Acil Tıp Teknisyenliği Bölümünü başarıyla tamamlayıp mezun olmuş bireylere verilen ünvandır (Acil Sağlık Hizmetleri, 2007)

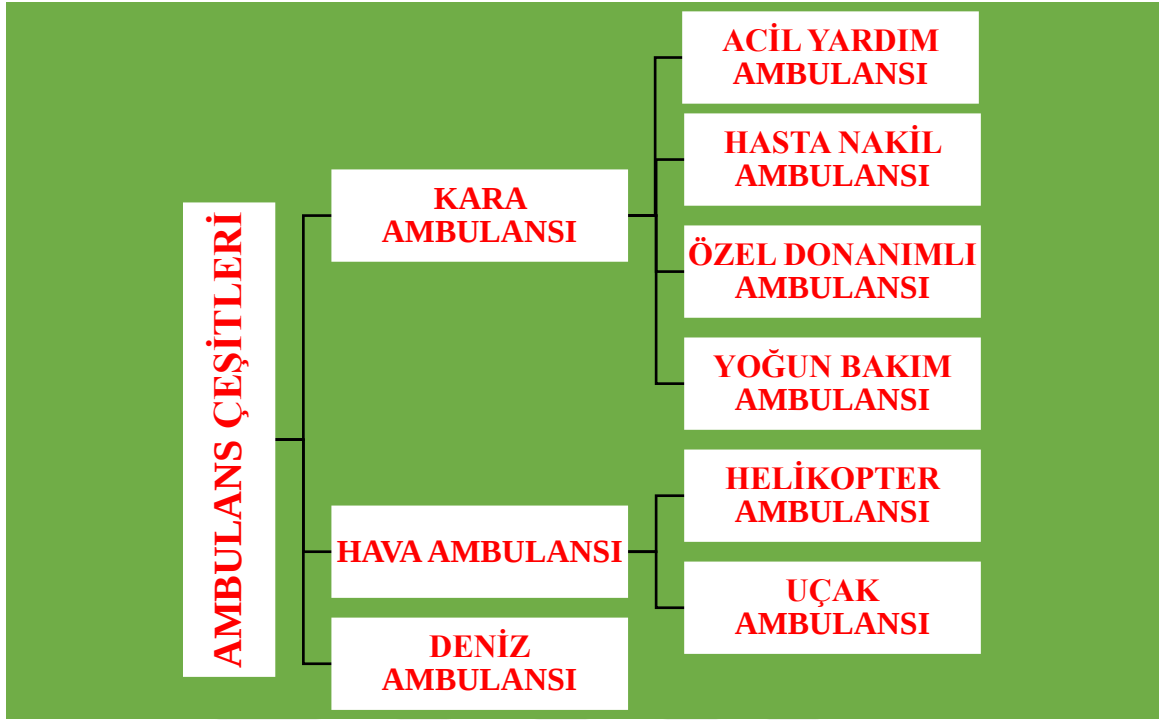
Görevleri: Damar yolu açmak, oksijen inhalasyonu uygulamak, endotrakeal entübasyon yapmak, hasta taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak, temel yaşam desteği uygulamak, yarı ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak, travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakile hazır hale gelmesini sağlamak (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2007).

2.10.5. Ambulans Sürücüleri

AABT ve ATT için 2004 yılında yapılan mevzuat değişikliğiyle sürücü görevini üstlenmeye başlamıştır. Bu değişikliğin çoklu yaralanmaların olduğu vakalarda üç sağlık çalışanının müdahale etmesinde yararlı olduğu sonucu gözlemlenmiştir. Bunun dışında B,C,D,E sınıfı ehliyetine ve 2 yıllık sürücü deneyimine sahip, lise mezunu çalışanlardan de sürücü alımı yapılmaktadır (Güneş, 2019).

2.11. AMBULANSLAR

Ülkemizde ambulans hizmeti kara, hava ve deniz olmak üzere 3 alanda hizmet vermektedir. Kara ambulansı kendi içerisinde; acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı, özel donanımlı nakil ambulansı, yoğun bakım ambulansı olmak üzere 4'e ayrılır. Hava ambulansı kendi içerisinde helikopter ve uçak ambulans olmak üzere 2'ye ayrılır.



Şekil 2: Ambulans Çeşitleri

2.11.1. Kara Ambulans Çeşitleri

Acil Yardım Ambulansı: Acil durum oluşturan koşullarda olayın gerçekleştiği yer ve ambulanda hasta ve yaralılara gereken acil tıbbi müdahaleyi uygulayacak ekip ve içerisinde teknik ve tıbbi donanım bulunduran araçlardır. Acil yardım ambulanslarında en az bir doktor veya paramedik ya da SB tarafından belirlenen modül eğitimlerini tamamlamış ATT diğer bir sağlık çalışanı ve şoför olmak üzere üç kişilik ekip bulunur. Acil yardım ambulanslarında arka kabinde hastaya müdahale etmesi için görev yapan çalışanlardan birinin paramedik olmalıdır. Hasta transferi sırasında arka kabinde en az bir sağlık çalışanı bulunması zorunludur (Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

Hasta Nakil Ambulansı: İçerisinde en az bir sağlık çalışanı bulunan acil müdahale gerektirmeyen hasta ya da yaralı transferi sağlayan, tıbbi ve teknik donanıma sahip olan araçlardır (Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

Yoğun Bakım Ambulansı: İleri seviye olarak hastaların izlenmesine ve tedavisine yönelik tasarımlanan, gereken tıbbi ve teknik donanıma sahip araçlardır. Yoğun bakım ambulansında çalışacak olan hekim ya da sağlık çalışanının; bakanlıkça onaylanmış temel modül, erişkin ileri yaşam desteği ve travma resüsitasyon kurslarını, yenidoğan hastaların nakli amacıyla kullanılan ambulanstaki çalışanların bakanlıkça onaylanmış temel modül ve ileri yaşam desteği ve/veya NRP kurslarını başarıyla tamamlamış ve sertifika almış olmaları zorunludur (Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

Özel Donanımlı Ambulans: Vaka yerinde acil hasta ve yaralılara, vaka yerinde acil tıbbi yardımı sağlamak ya da görev yapılan yerin coğrafi özelliği ile taşıdığı hasta ve yaralının tıbbi durumu, yaşı gibi özelliklerine göre özel tasarlanmış ve buna göre çalışan ve ekipmanla donatılmış araçlardır. Özel donanımlı ambulanslarda bir doktor veya bir paramedik ile sağlık çalışanı olmak üzere en iki çalışan görev yapar (Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

2.11.2. Uçak Ambulans:

Uçak ambulanslarda acil durumlarda kullanılacak ventilatör, infüzyon pompası gibi ileri yoğun bakım şartlarında bulunması gereken malzemeler ve ekipmanlar bulunmakta olup yenidoğan küvözleri ve ventilatörleri de bu malzemelere dahildir (Acil Sağlık Hizmetleri, 2021).

2.11.3. Helikopter Ambulans:

Helikopter ambulansın konuşlanmasında aşağıdaki durumlar göz önünde tutulmuştur: Şehrin coğrafi yapısı, ulaşım koşulları, nüfus yoğunluğu, hakim meteorolojik şartlar, stratejik bölgeye göre helikopter ambulans kullanılır. Ambulans helikopterde bir doktor, bir yardımcı sağlık çalışanı, sivil havacılık mevzuatına uygun bir pilot ve ikinci pilot olmak üzere dört çalışan görev yapmaktadır. Helikopterin görevlendirilmesini Sağlık Bakanlığı Hava Operasyon Merkezi tarafından yapılmaktadır.

2.11.4. Deniz Ambulans



Şekil 3: Deniz Ambulans (Acil Sağlık Hizmetleri, 2021)

Deniz araçları ve adalardan gelebilecek acil yardım çağrılarının karşılanıp vakayı en kısa sürede denizden tahliye edilmesi sonrasında sağlık kurumlarına naklinin sağlanması amacıyla hizmet vermektedir (Acil Sağlık Hizmetleri, 2021).

2.12. AMBULANSTA BULUNAN TAŞIMA MALZEMELERİ

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'nde ambulansın tipine göre bulunması gereken tıbbi cihaz, araç-gereç ve malzemeler

belirtilmiştir. Acil yardım ambulanslarında bulunması gereken malzemeler 7 grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar: Hasta/yaralı taşıma malzemeleri, sabitleyici malzemeler, tıbbi cihaz ve malzemeler, diagnostik malzemeler, kişisel güvenlik ve hijyenik malzemeler, yardımcı cihaz ve diğer malzemeler, ambulansların iletişim cihazları, kaz sistemleri ve diğer teknik ekipmanlarıdır (Sağlık Çalışanları Temel Eğitim Kitabı Katılımcı Rehberi, 2015).

Taşıma Malzemeleri

- ❖ **Sedyeler**
- **Ana Sedyenin Özellikleri**



Şekil 4: Ana Sedye (EMS, 2011)

Ana sedye tek bir sağlık çalışanı tarafından üzerinde hasta taşınmasına uygundur. Sedyenin taşıma kapasitesi 160 kg'dır. Sedyenin baş ve ayak kısmı kademeli olarak kaldırılıp indirilebilmektedir. Yan korkuluklar katlanabilir ve arka tekerlekler kilitlenebilir özelliği vardır. Ana sedyenin uzunluğu: 1970mm., yüksekliği: 385 mm.

(kapalı), yükseklik: 960 mm. (açık), Genişlik 570 mm., Ağırlık: 41.6 kg (Sağlık Çalışanları Temel Eğitim Kitabı Katılımcı Rehberi, 2015).

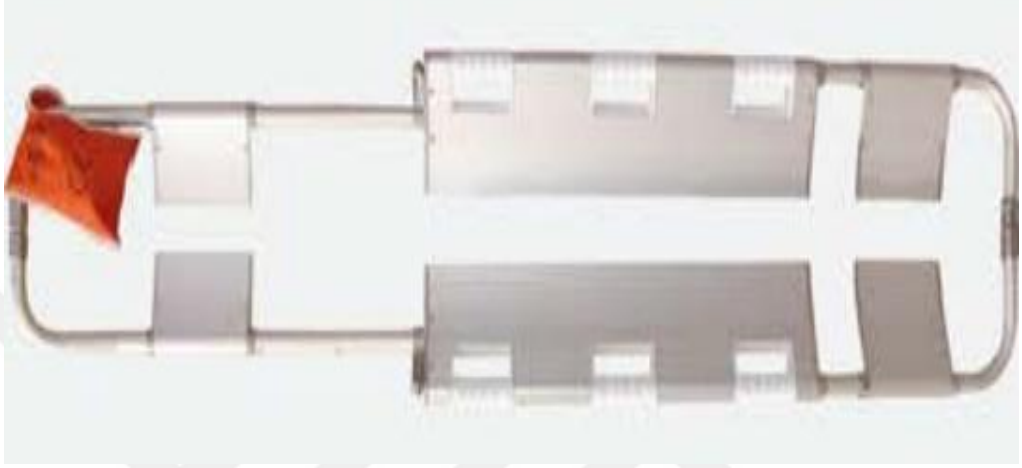
Kombinasyon Sedye'nin Özellikleri: Kombinasyon sedye yatan veya oturan hastanın taşınması için uygundur. Maksimum 160 kg taşıma kapasitesine sahiptir. Hastayı sabitleyen 3 adet kemer bulunan ve kolay temizlenme özelliği olan sedyenin oturma ve yaslanma şilteleri vardır (Sağlık Çalışanları Temel Eğitim Kitabı Katılımcı Rehberi, 2015).



Şekil 5: Kombinasyon Sedye (EMS, 2011)

Faraş (Scoop, Kepçe, Kaşık, Kürek) Sedye Özellikleri: Hastanın hareket ettirilmeden ana sedyeye alınması için kullanılır. Hasta boy uzunluğuna göre

ayarlanabilen sedyede üç tane sabitleyici kemer bulunmaktadır (Sağlık Çalışanları Temel Eğitim Kitabı Katılımcı Rehberi, 2015).



Şekil 6: Faraş Sedy (EMS, 2011)

Vakum Sedy Özellikleri: Bireyin vücuduna destek sağlayarak tüm vücudu sabitler. Çok sayıda kişiyle taşıma kulpları sayesinde taşımaya olanak sağlar. Tıbbi görüntüleme için uygundur (Sağlık Çalışanları Temel Eğitim Kitabı Katılımcı Rehberi, 2015).



Şekil 7: Vakum Sedye (EMS, 2011)

Sırt Tahtası (Travma Tahtası, Omurga Tahtası, Spine Board) Sırt Tahtası

Özellikleri: Her türlü spinal travması olan hastaların sabit olarak transfer edilmesi için kullanılır. Hastayı örümcek kemerle ya da en az 3 adet kemerle sabitlenebilen sırt tahtası tıbbi görüntüleme için uygundur. Taşıma kapasitesi 250 kg'dır. Yanlarındaki taşıma kulpları sayesinde nakil kolaylığı sağlamaktadır (Sağlık Çalışanları Temel Eğitim Kitabı Katılımcı Rehberi, 2015).



Şekil 8: Sirt Tahtası (EMS, 2011)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın türü: Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Zamanı: Araştırma 22 Ocak 2021- 31 Ocak 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikler

Tokat 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Tokat İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı haftanın 7 günü 24 saat hizmet veren devlet kurumudur. Tokat ili ve ilçeleri dahil olmak üzere toplam 28 Acil Sağlık Hizmeti veren Ambulans birimi bulunmaktadır. Ambulans istasyonları çalışan ve entegre olduğu birime göre A1, A2, B1, B2 ve C olmak üzere 5'e ayrılır.

A1 Tipi Acil Yardım İstasyonu: Müstakil istasyonlar başka bir sağlık kurumunun içinde olsalar da İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak ilgili mevzuata göre hizmet veren doktorlu ekiplerdir. Görev yapan çalışan, araç ve malzemeleri 112 hizmetleri dışında kullanılamaz. Çalışana içinde bulundukları kurum yöneticileri tarafından başka bir görev verilemez(Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

A2 Tipi Acil Yardım İstasyonu: A1 tipi acil yardım istasyonlarının çalışma koşullarında görev yapan AABT' li (Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri) ekiplerdir (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

B1 Tipi Acil Yardım İstasyonu: Hastane acil servislerine entegre çalışan istihdamı ilgili hastane tarafından yapılan doktorlu acil yardım istasyonlarıdır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

B2 tipi Acil Yardım İstasyonu: Sağlık Grup Başkanlıklarına entegre, çalışan istihdamı il Ambulans Servisi Başhekimliğince sağlanan Acil Yardım istasyonlarıdır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

C tipi Acil Yardım İstasyonu: Gereksinimler doğrultusunda günün belirlenen saatlerinde, sadece ambulans hizmeti veren istasyonlardır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

Tokat 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği: Tokat ili ve ilçeleri dahil ASHİ veren 27 tane ambulans istasyonu bulunmaktadır. En fazla istasyon sayısı 6 ile Tokat Merkezde bulunmaktadır. Yeşilyurt, Başçiftlik, Pazar, Sulusaray, Almus ve Artova ilçelerinde 1 adet diğer ilçelerde ise Erbaa’da 4, Turhal’da 3, Niksar’da 3 ve Zile’de 3 adet ambulans istasyonu bulunmaktadır. 2019 verilerine göre, günlük vaka ortalaması 9.3 ile en fazla Tokat Merkez 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonudur. Günlük vaka ortalaması en düşük olan Erbaa 4 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonudur (İl Ambulans Servisi, 2020)

Araştırmanın Evreni: Araştırmamızın evrenini Tokat ilinde HÖASHİ’de görev yapan 250 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırmamıza 201 HÖASHİ katılmıştır. Bunlar Paramedik, ATT, Hemşire, Sağlık Memurudur. Çalışmamıza Erbaa 63 kişi, Niksar 22 kişi, Pazar 9 kişi, Reşadiye 10 kişi, Başçiftlik 10, Almus 12 kişi, Turhal 9 kişi, Zile 9 kişi, Sulusaray 3 kişi, Artova 4 kişi, Yeşilyurt 4 kişi, Tokat Merkez 46 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %80,4’tür.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Sağlık profesyoneli olmak,
- Hastane öncesi acil sağlık biriminde en az bir yıl süreyle çalışıyor olmak

Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri:

- 1 yıldan daha az çalışma süresine sahip olanlar,
- Soruların tamamına cevap vermeyenler,
- Çalışmaya katılmak istemeyenler.

Araştırmada Bağımsız Değişken: HÖASHİ’de çalışanlara ait tanıtıcı özellikler ve düşme hakkındaki bilgi ve tutumları.

Araştırmada Bağımlı Değişken: HÖASHİ çalışanlarının hasta güvenliği tutum ölçeği puanları.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu, kişisel bilgi formu ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ) olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından Google-Forms aracılığıyla hazırlanan anket formu online ağlar üzerinden linklerle katılımcılara iletilmiştir.

a) Kişisel Bilgi Formu: Literatüre dayalı olarak (Liu ve ark., 2012; Barış ve ark., 2016; Marcin ve ark., 2019; Miorin ve ark., 2020; Wahlin ve ark., 2020) hazırlanan formda; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik (cinsiyet, yaş,

çalışma yılı) 10 adet soru, hasta güvenliğine yönelik (HG'ye yönelik eğitim aldınız mı? Hg'ye yönelik raporlanan olayınız var mı?) 5 adet soru ve düşmelere yönelik (hasta düşme vakanız oldu mu? Hasta düşmeleri önlenabilir mi?) 23 adet soru içermektedir (Ek 6)

b) Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ): HG Tutum Ölçeği Sexton ve ark. (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin Baykal ve ark. (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmış geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte 46 madde bulunmaktadır ve beşli Likert tipinde olan ölçek “5- tamamen katılıyorum”, “4-katılıyorum”, “3- kısmen katılıyorum”, “2- katılmıyorum”, “1- kesinlikle katılmıyorum” şeklinde puanlanmakta olup, ölçeğin bazı maddeleri negatif puanlanmaktadır. Ölçek alt boyutları ise, ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş memnuniyeti, yönetim anlayışı, çalışma koşulları ve stresi tanımlama olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek; alt boyut madde puan ortalamalarından alınan puanlara göre hesaplanmaktadır. Ölçeğe göre iş doyumunu 30 puan olarak, ekip çalışması 66 puan olarak, güvenlik iklimi 25 puan olarak, yönetim anlayışı 35 puan olarak, stresi tanımlama 25 puan olarak, çalışma koşulları 30 puan olarak değerlendirilmektedir. Altı alt boyuttan alınan toplam puan HG ölçeği toplam puanını vermektedir. Ölçekten en az 46, en fazla 230 puan alınabilir. Ölçeğin puanlarının artması, HG algısının arttığını ifade etmektedir. Ölçek toplam Cronbach Alfa değerinin .93'dür (Baykal ve Şahin, 2010). Araştırmamızda ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0.918'dir (Ek 7).

Ön Uygulama: Çalışmamızda HÖASHİ'de görevli 5 sağlık çalışanına anket sorularının anlaşılabilirliğini incelemek için anket formu whatsapp üzerinden iletildi. Katılımcıların verdikleri yanıtlardan anket sorularının anlaşılır olduğunu saptanmıştır.

Araştırma Verilerinin Toplanması: Araştırmanın amacı HÖASHİ’de görevli çalışana açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmak isteyen çalışanlara veri toplama araçları internet ortamından, telefon (whatsapp, telegram ve mesaj) ve mail adreslerine gönderildi. Google formlar üzerinden oluşturulan anketi cevaplamak isteyen katılımcı, kendisine iletilen internet uzantılı linke basarak ankete katılım sağladı. Katılımcılar cevaplama süresi yaklaşık 10-15 dakika süren anketi tamamlandıktan sonra araştırmacıya 1 kez geri göndermiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, 2’den fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü Varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Araştırma Etiği: Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulup, 04.03.2021 tarihli 21-KAEK-07 kayıt numaralı etik komisyon onayı (Ek 1) alınmıştır. Araştırmanın uygulanacağı Tokat içerisinde HÖASHİ’de görevli çalışanlar için Tokat İl Sağlık Müdürlüğü’nden uygulama izinleri alındı. HÖASHİ çalışanlarında araştırmaya katılmak

için formu doldurmadan önce onam alındı. Araştırmada Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uyulmuştur.

Çalışmanın Sınırlılıkları:

- Araştırmaya Tokat ili ve ilçelerinin dahil olması
- Katılımcıların whatsapp, telegram ve e posta adresi kullanmaması
- Katılımcıların internet bağlantısı olmayan cihaz kullanması



4. BULGULAR

Tablo 4. 1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Değişkenler	n	%
Çalışılan Birim	A1	58	28.9
	A2	58	28.9
	B1	65	32.2
	B2	17	8.5
	C	3	1.5
Cinsiyet	Kadın	93	46.3
	Erkek	108	53.7
Yaş	18-25	42	20.9
	26-35	109	54.2
	36 yaş ve üzeri	50	24.9
Medeni Durum	Bekar	76	37.8
	Evli	125	62.2
Eğitim Durumu	Lise	8	4.0
	Sağlık Meslek Lisesi	33	16.4
	Ön lisans	87	43.3
	Lisans	68	33.8
	Yüksek lisans	5	2.5
Kurumdaki Görev	Hemşire	38	18.9
	Sağlık memuru	9	4.5
	ATT	85	42.2
	Paramedik	49	24.4
	Diğer (şoför, Görevlendirmeyeyle çalışan personel, hizmetli)	20	10.0
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 yıl	71	35.3
	6-10 yıl	59	29.4
	11 yıl ve üzeri	71	35.3
Birimde Çalışma Süresi	0-5 yıl	115	57.2
	6-10 yıl	48	23.9
	11 yıl ve üzeri	38	18.9
Çalışma Şekli	Gündüz	3	1.5
	Gece	9	4.5
	Vardiyalı	189	94.0
Haftada Çalışma Saati	40 saat	16	8.0
	40-50 saat	131	65.2
	50 saat ve üstü	54	26.8
Toplam		201	100.0

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarının sonuçları Tablo 4.1’de verilmiştir. Katılımcıların %28.9’u A1, %28.9’u A2, %32.2’si B1, %8.5’i B2 ve %1.5’i C tipi istasyonlarda çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların %46.3’ünün kadın, %53.7’sinin erkek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Katılımcıların %20.9’unun 18-25, %54.2’sinin 26-35 ve %24.9’unun 36 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. Katılımcıların %37.8’inin bekar, %62.2’sinin evli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %4’ünün lise, %16.4’ünün SML, %43.3’ünün ön lisans, %33.8’inin lisans ve %2.5’inin yüksek lisans olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Katılımcıların %18.9’unun hemşire, %4.5’inin sağlık memuru, %42.2’sinin ATT, %24.4’ünün paramedik ve %10’unun diğer (şoför, görevlendirmeye çalışan personel, hizmetli) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %35.3’ünün 0-5 yıl, %29.4’ünün 6-10 yıl ve %35.3’ünün 11 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Katılımcıların %57.2’sinin 0-5 yıl, %23.9’unun 6-10 yıl ve %18.9’unun 11 yıl ve üzeri çalışma süresi olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %1.5’inin gündüz, %4.5’inin gece ve %94’ünün vardiyalı çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların %8’inin haftada 40 saat, %65.2’sinin haftada 40-50 saat arasında ve %26.8’inin haftada 50 saat ve üstü çalıştığı görülmüştür (Tablo 4.1).

Tablo 4. 2 Katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		n	%	
Hasta güvenliğine yönelik bilgi varlığı	Evet	188	93.5	
	Hayır	13	6.5	
Hasta güvenliğine yönelik eğitim alma durumu	Evet	173	86.1	
	Hayır	28	13.9	
Toplam		201	100.0	
Eğitim alan katılımcıların eğitim aldığı yer	Mezun olduğum okuldan,	Evet	81	46.8
		Hayır	92	53.2
	Konferans, kongre vb.	Evet	37	21.4
		Hayır	136	78.6
	Çalışmakta olduğum kurum	Evet	140	80.9
		Hayır	33	19.1
	Diğer (şoför, Görevlendirmeyele çalışan personel, hizmetli)	Evet	2	1.2
		Hayır	171	98.8
Toplam		173	100.0	
Hasta güvenliğine ilişkin raporlanan olayı varlığı	Evet	25	12.4	
	Hayır	176	87.6	
Toplam		201	100.0	

Katılımcıların HG ile ilgili sorulara verdiği cevapların dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların %93.5’inin HG’ye yönelik bilgisinin olduğu, %6.5’inin ise olmadığı görülmüştür. Katılımcıların HG’ye yönelik %86.1’inin eğitim aldığı, %13.9’unun eğitim almadığı saptanmıştır. Katılımcıların %46.8’inin mezun olduğu okuldan, %21.4’ünün konferans kongre, %80.9’unun çalışmakta olduğu kurum ve %1.2’sinin diğer yerlerden eğitim aldığı saptanmıştır. (Tablo 4.2). Katılımcıların %12.4’ünün HG’ye ilişkin raporlanan olayının olduğunu, %87.6’sının olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4. 3 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Dağılımı

Değişkenler		n	%	
Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu	Evet	105	52.2	
	Hayır	96	47.8	
Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu	Evet	196	97.5	
	Hayır	5	2.5	
Bugüne kadarki meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olma durumu	Evet	67	33.3	
	Hayır	134	66.7	
Hasta düşme vakası olma durumu	Evet	18	9.0	
	Hayır	183	91.0	
Hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı	2	8	4.0	
	3	150	74.6	
	4	43	21.4	
Hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşama durumu	Evet	138	68.7	
	Hayır	63	31.3	
Toplam		201	100.0	
Yaşanılan sıkıntı	Kemer sayısı eksik	Evet	28	20.3
		Hayır	110	79.7
	Sedyenin ayaklarının açılmaması	Evet	111	80.4
		Hayır	27	19.6
	Sedyenin taşıyacağı kapasitesinin üzerinde ağırlıklı hastanın alınması	Evet	58	42.0
		Hayır	80	58.0
	Diğer (Sedyenin yan tutma yerlerinde arıza olması, sedyenin bakımının yapılmamış olması)	Evet	11	8.0
		Hayır	127	92.0
Toplam		138	100.0	
Hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu	Evet	10	5.0	
	Hayır	191	95.0	
Faraş sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	7	3.5	
	Hayır	194	96.5	
Kombinasyon sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	7	3.5	
	Hayır	194	96.5	
Hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu	Evet	7	3.5	
	Hayır	194	96.5	
Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu	Evet	170	84.6	
	Hayır	31	15.4	
Hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu	Evet	192	95.5	
	Hayır	9	4.5	
Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu	Evet	115	57.2	
	Hayır	86	42.8	

Değişkenler	n	%
Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit	Sabah	33 16.4
	Gün içinde	70 34.8
	Akşam	12 6.0
	Gece	86 42.8
Ambulansla transfer edilen hastada yaştan düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu	Evet	149 74.1
	Hayır	52 25.9
Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu	Evet	151 75.1
	Hayır	50 24.9
Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünme durumu	Evet	152 75.6
	Hayır	49 24.4
Ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu	Evet	174 86.6
	Hayır	27 13.4
Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu	Evet	83 41.3
	Hayır	118 58.7
Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet	158 78.6
	Hayır	43 21.4
Hasta taşıma tekniklerini bilme durumu	Evet	196 97.5
	Hayır	5 2.5
Hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu	Evet	193 96.0
	Hayır	8 4.0
Toplam		201 100.0

Çalışmaya katılan katılımcıların düşme ile ilgili sorulara verdiği cevapların dağılımının sonuçları Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %52.2'sinin hasta yakınından düşme riskine yönelik bilgi aldığı, %47.8'inin bilgi almadığı saptanmıştır. Katılımcıların %97.5'inin düşmeye yönelik hasta ile işbirliği yaptığı, %2.5'inin iş birliği yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların %33.3'ünün mesleki yaşamında hasta düşmesine şahit olduğunu, %66.7'sinin şahit olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %9'unun hasta düşme vakası olmuş, %91'inin ise olmamıştır. Katılımcılardan %4'ünün 2, %74.6'sının 3 ve %21.4'ünün 4 olarak sedyede bulunması gereken kemer sayısını belirtmiştir.

Katılımcıların hasta transferinde %68.7'sinin sedyeyle ilgili sıkıntı yaşadığını, %31.3'ünün sıkıntı yaşamadığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Katılımcıların hasta transferinde sedye ile ilgili yaşadıkları sıkıntıların %20.3'ünün kemer sayısının eksik olması, %80.4'ünün sedyenin ayaklarının açılmaması, %42'sinin sedyenin taşıyacağı kapasitesinin üzerinde ağırlıklı hastanın alınması ve %8'inin diğer (Sedyenin yan tutma yerlerinde arıza olması, sedyenin bakımının yapılmamış olması) cevabını verdiği bulunmuştur (Tablo 4.3).

Hastayı sedyeye alırken düşürme durumu incelendiğinde, katılımcıların %5'inin hastayı ana sedyeye alırken düşürdüğünü, katılımcıların %3.5'inin faraş sedye, kombinasyon sedye ve hastayı sırt tahtasına alırken düşürdüğü saptanmıştır. Katılımcıların %84.6'sının hasta düşmelerinin önlenmesinde rolü olduğunu, %15.4'ünün rolü olmadığını cevabını verdiği görülmüştür (Tablo 4.3).

Katılımcıların %95.5'inin hasta düşmelerinin önlenebileceği, %4.5'inin önlenemeyeceği olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %57.2'sinin hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu, %42.8'inin eğitime ihtiyaç duymadığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakti katılımcılar %16.4'ü sabah vakitlerinde %34.8'i gün içinde, %6'sı akşam ve %42.8'inin gece olarak belirtmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların %74.1'i ambulansla transfer edilen hastanın yaşının düşme riskinde etkili olduğunu, %25.9'u etkili olmadığını düşündüğü saptanmıştır. Katılımcıların %75.1'i ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini, %24.9'u etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.3).

Katılımcıların %75.6'sının ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını, %24.4'ünün yeterli önlemler alınmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %86.6'sı ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanıldığını, %13.4'ü fiziksel tespit kullanılmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %41.3'ü hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanıldığını, %58.7'si belirteç kullanılmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %78.6'sı ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini, %21.4'ü olumsuz etkilemediğini belirtmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların %97.5'inin hasta taşıma tekniklerini bildiği, %2.5'inin ise bilmediği saptanmıştır. Katılımcıların %96'sı hasta taşıma tekniklerini kullandığı, %4'ü hasta taşıma tekniğini kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4. 4 Araştırmada Kullanılan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin Güvenirlik Analizi

Ölçek Boyutları	Cronbach's Alpha
İş Doyumu	0.933
Ekip Çalışması	0.880
Güvenlik İklimi	0.901
Yönetim Anlayışı	0.929
Stresi Tanımlama	0.868
Çalışma Koşulları	0.758
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam puanı	0.918

Araştırmada kullanılan ölçeğin boyutlarının güvenirlik analizi sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir. İş doyumu boyutu için 0.933, ekip çalışması boyutu için 0.880, güvenlik iklimi boyutu için 0.901, yönetim anlayışı boyutu için 0.929, stresi tanımlama boyutu için 0.868 ve çalışma koşulları boyutu için 0.758, ölçeğin tümü için Cronbach Alfa değeri 0.918 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4. 5 Araştırmada Kullanılan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin Alt Boyutunun Normallik Analizi Sonuçları

Ölçek Boyutları	Çarpıklık	Basıklık	Durum
İş Doyumu	0.047	-0.844	Normal
Ekip Çalışması	-0.607	0.405	Normal
Güvenlik İklimi	-0.517	0.050	Normal
Yönetim Anlayışı	-0.573	-0.002	Normal
Stresi Tanımlama	-0.233	-0.848	Normal
Çalışma Koşulları	-0.173	-0.556	Normal

Araştırmada kullanılan HGTÖ'nün alt boyutlarının normallik analizinin sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4. 6 Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Ölçek Boyutları	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
İş Doyumu	11.00	55.00	33.52	11.16
Ekip Çalışması	12.00	60.00	44.00	8.97
Güvenlik İklimi	5.00	25.00	18.63	4.49
Yönetim Anlayışı	7.00	35.00	25.28	6.98
Stresi Tanımlama	5.00	25.00	15.19	5.51
Çalışma Koşulları	6.00	30.00	16.35	5.25
Toplam	46.00	230.00	152.97	42.36

Araştırmada kullanılan ölçeğin boyutlarının tanımlayıcı istatistiklerinin sonuçları Tablo 4.6'da verilmiştir. Buna göre katılımcıların iş doyumu puanı 33.52 ± 11.16 , ekip çalışması puanı 44.00 ± 8.97 , güvenlik iklimi puanı 18.63 ± 4.49 , yönetim anlayışı puanı 25.28 ± 6.98 , stresi tanımlama puanı 15.19 ± 5.51 , çalışma koşulları puanı 16.35 ± 5.25 'dir. Araştırmamızda HGTÖ toplam puanı 152 ± 26.04 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4. 7 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İş Doyumuna Göre Puanlarının Karşılaştırılması

	Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferroni
Çalışılan Birim	A1	3.17	0.79	1.667****	0.159	
	A2	2.79	0.95			
	B1	3.20	1.14			
	B2	2.91	1.25			
	C	3.21	1.36			
Cinsiyet	Kadın	2.84	0.91	-2.670**	0.008*	
	Erkek	3.22	1.07			
Yaş	18-25	3.05	0.84	1.284****	0.279	
	26-35	2.96	1.02			
	36 yaş ve üzeri	3.24	1.12			
Medeni Durum	Bekar	3.03	0.99	-0.139**	0.890	
	Evli	3.06	1.03			
Eğitim Durumu	Lise	3.40	1.06	2.128****	0.079	
	Sağlık Meslek Lisesi	3.33	1.13			
	Ön lisans	3.09	0.97			
	Lisans	2.87	0.96			
	Yüksek lisans	2.29	1.28			
Kurumdaki Görev	Hemşire (1)	2.76	1.01	5.183****	0.001*	2>1, 5>1, 5>3
	Sağlık memuru (2)	3.87	0.86			
	ATT (3)	2.92	1.02			
	Paramedik (4)	3.07	0.89			
	Diğer(şoför, Görevlendirmeye çalışan personel, hizmetli) (5)	3.72	0.96			
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.17	0.87	2.948****	0.055	
	6-10 yıl	2.78	1.03			
	11 yıl ve üzeri	3.14	1.10			
Birimde Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.18	0.99	2.905****	0.057	
	6-10 yıl	2.77	0.95			
	11 yıl ve üzeri	2.99	1.12			
Çalışma Şekli	Gündüz (1)	2.73	0.72	3.303****	0.039*	3>1
	Gece (2)	2.23	0.62			
	Vardiyalı (3)	3.09	1.02			
Haftada Çalışma Saati	40 saat (1)	2.93	1.02	3.296****	0.039*	2>3
	40-50 saat (2)	3.18	1.03			
	50 saat ve üstü (3)	2.77	0.92			

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin HGTÖ'nün alt boyutu iş doyumuna göre puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.7'de gösterilmiştir. Katılımcıların cinsiyetine göre kadınların iş doyumunu 2.84 ± 0.91 ve erkeklerin iş doyum puanı 3.22 ± 1.07 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.008$). Katılımcıların kurumdaki görevlerine göre iş doyumunu puanları Hemşire 2.76 ± 1.01 , Sağlık Memuru 3.87 ± 0.86 , ATT 2.92 ± 1.02 , Paramedik 3.07 ± 0.89 , Diğer (şoför, görevlendirmeye çalışan personel, hizmetli) 3.72 ± 0.96 'dır ve puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.001$) (Tablo 4.7).

Katılımcıların çalışma şekillerine göre vardiyalı olanların iş doyum puanı 3.09 ± 1.02 , gündüz olanların iş doyum puanı 2.73 ± 0.72 ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p=0.039$). Katılımcıların haftada çalışma saatlerine göre; 40 saat çalışanların iş doyumunu puanı 2.93 ± 1.02 , 40-50 saat arasında olanların iş doyum puanı 3.18 ± 1.03 ve 50 saat üstü olanların iş doyum puanı 2.77 ± 0.92 olduğu saptanmıştır ($p=0.039$) (Tablo 4.7).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre; çalışılan birim, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi ile iş doyumunu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4. 8 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Ekip Çalışmasına Göre Puanlarının Karşılaştırılması

	Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferroni
Çalışılan Birim	A1	3.73	0.62	1.788***	0.133	
	A2	3.47	0.79			
	B1	3.81	0.80			
	B2	3.61	0.70			
	C	3.56	0.48			
Cinsiyet	Kadın	3.56	0.72	-1.878**	0.062	
	Erkek	3.76	0.76			
Yaş	18-25	3.80	0.62	0.891***	0.412	
	26-35	3.65	0.76			
	36 yaş ve üzeri	3.59	0.82			
Medeni Durum	Bekar	3.75	0.76	1.231**	0.220	
	Evli	3.62	0.74			
Eğitim Durumu	Lise (1)	3.61	1.15	2.617***	0.036*	2>4
	Sağlık Meslek Lisesi (2)	3.98	0.62			
	Ön lisans (3)	3.71	0.68			
	Lisans (4)	3.49	0.80			
	Yüksek lisans (5)	3.43	0.82			
Kurumdaki Görev	Hemşire	3.63	0.71	0.635***	0.638	
	Sağlık memuru	3.84	0.82			
	ATT	3.65	0.69			
	Paramedik	3.61	0.82			
	Diğer(Şoför, Görevlendirmeyle çalışan personel, hizmetli)	3.88	0.86			
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.77	0.68	1.219***	0.298	
	6-10 yıl	3.58	0.78			
	11 yıl ve üzeri	3.64	0.78			
Birimde Çalışma Süresi	0-5 yıl (1)	3.78	0.67	3.704***	0.026*	1>3
	6-10 yıl (2)	3.60	0.82			
	11 yıl ve üzeri (3)	3.42	0.81			
Çalışma Şekli	Gündüz	3.67	0.51	2.224***	0.111	
	Gece	3.16	0.79			
	Vardiyalı	3.69	0.74			
Haftada Çalışma Saati	40 saat	3.43	0.85	0.862***	0.424	
	40-50 saat	3.69	0.76			
	50 saat ve üstü	3.69	0.67			

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin HGTÖ'nün alt boyutu ekip çalışmasına göre puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.8'de verilmiştir. Katılımcılardan eğitim durumu SML olanların ekip çalışması puanı 3.98 ± 0.62 , lisans olanların ekip çalışması puanı 3.49 ± 0.80 ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.036$) (Tablo 4.8). Katılımcıların birimde çalışma sürelerine göre 0-5 yıl olanların ekip çalışması puanı 3.78 ± 0.67 , 11 yıl ve üzeri olanların ekip çalışması puanı 3.42 ± 0.81 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.026$). Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre; çalışılan birim, cinsiyet, yaş, medeni durum, kurumdaki görev, meslekte çalışma süresi, çalışma şekli ve haftada çalışma saatinin iş doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4. 9 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Güvenlik İklimi Puanlarının Karşılaştırılması

	Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferroni
Çalışılan Birim	A1	3.83	0.75	1.303***	0.270	
	A2	3.55	0.95			
	B1	3.85	0.94			
	B2	3.51	1.02			
	C	3.67	0.58			
Cinsiyet	Kadın	3.65	0.86	-1.177**	0.241	
	Erkek	3.79	0.92			
Yaş	18-25	3.75	0.70	0.027***	0.973	
	26-35	3.73	0.94			
	36 yaş ve üzeri	3.70	0.96			
Medeni Durum	Bekar	3.83	0.87	1.311**	0.192	
	Evli	3.66	0.91			
Eğitim Durumu	Lise (1)	3.70	1.24	5.097***	0.001*	2>4, 2>5
	Sağlık Meslek Lisesi (2)	4.16	0.76			
	Ön lisans (3)	3.81	0.83			
	Lisans (4)	3.48	0.89			
	Yüksek lisans (5)	2.80	1.02			

	Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferroni
Kurumdaki Görev	Hemşire	3.59	0.88	1.443***	0.221	
	Sağlık memuru	4.16	0.86			
	ATT	3.76	0.84			
	Paramedik	3.59	0.95			
	Diğer (şoför, Görevlendirmeye çalışan personel, hizmetli)	3.97	0.99			
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.74	0.77	0.182***	0.834	
	6-10 yıl	3.67	1.02			
	11 yıl ve üzeri	3.76	0.91			
Birimde Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.79	0.81	1.090***	0.338	
	6-10 yıl	3.72	1.03			
	11 yıl ve üzeri	3.54	0.96			
Çalışma Şekli	Gündüz	3.40	0.53	0.425***	0.655	
	Gece	3.53	1.14			
	Vardiyalı	3.74	0.89			
Haftada Çalışma Saati	40 saat	3.73	0.97	0.183***	0.833	
	40-50 saat	3.75	0.90			
	50 saat ve üstü	3.66	0.88			
*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi						

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre güvenlik iklimi puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre SML’den mezun olanların güvenlik iklimi puanı 4.16 ± 0.76 , lisans olanların güvenlik iklimi puanı 3.48 ± 0.89 ’dur ve yüksek lisans olanların güvenlik iklimi puanı 2.80 ± 1.02 ’dir. Buna göre puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.001$) (Tablo 4.9).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre güvenlik iklimi puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulguları şunlardır; çalışılan birim, cinsiyet, yaş, medeni durum, kurumdaki görev, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi, çalışma şekli ve haftada çalışma saati olarak saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4. 10 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yönetim Anlayışı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	p	Bonferroni
Çalışılan Birim	A1	3.72	0.80	1.793***	0.132	
	A2	3.38	1.02			
	B1	3.80	1.07			
	B2	3.38	1.20			
	C	3.48	0.16			
Cinsiyet	Kadın	3.54	0.95	-0.940**	0.349	
	Erkek	3.67	1.04			
Yaş	18-25	3.61	0.87	0.117***	0.890	
	26-35	3.59	1.02			
	36 yaş ve üzeri	3.67	1.07			
Medeni Durum	Bekar	3.67	0.99	0.675**	0.500	
	Evli	3.57	1.01			
Eğitim Durumu	Lise (1)	3.77	1.27	3.355***	0.011*	2>4
	Sağlık Meslek Lisesi (2)	4.03	0.87			
	Ön lisans (3)	3.68	0.87			
	Lisans (4)	3.33	1.09			
	Yüksek lisans (5)	3.23	1.09			
Kurumdaki Görev	Hemşire (1)	3.36	1.05	2.601***	0.037*	2>1
	Sağlık memuru (2)	4.14	0.93			
	ATT (3)	3.67	0.94			
	Paramedik (4)	3.44	1.01			
	Diğer (şoför, Görevlendirmeyeyle çalışan personel, hizmetli) (5)	4.02	0.98			
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.59	0.93	0.231***	0.794	
	6-10 yıl	3.57	1.09			
	11 yıl ve üzeri	3.68	0.99			
Birimde Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.68	0.92	1.049***	0.352	
	6-10 yıl	3.62	1.12			
	11 yıl ve üzeri	3.41	1.05			
Çalışma Şekli	Gündüz	3.05	0.79	2.345***	0.099	
	Gece	3.00	0.99			
	Vardiyalı	3.65	0.99			

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	p	Bonferroni
Haftada	40 saat	3.29	1.00	0.983***	0.376	
Çalışma	40-50 saat	3.62	0.99			
Saati	50 saat ve üstü	3.68	1.02			
*p<0.05,	**Bağımsız t testi,		***Tek yönlü varyans analizi			

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre HGTÖ'nün alt boyutu yönetim anlayışı puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir. Katılımcıların eğitim durumu SML olanların yönetim anlayışı puanı 4.03 ± 0.87 , Lisans olanların 3.33 ± 1.09 'dur ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.011$). Katılımcıların kurumdaki görevine göre sağlık memuru olanların yönetim anlayışı puanı 4.14 ± 0.93 , hemşire olanların yönetim anlayışı puanı 3.36 ± 1.05 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.037$) (Tablo 4.10).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre; çalışılan birim, cinsiyet, yaş, medeni durum, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi, çalışma şekli ve haftada çalışma saatinin yönetim anlayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4. 11 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresi Tanımlama Puanlarının Karşılaştırılması

	Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Test değeri	p	Bonferroni
Çalışılan Birim	A1	3.08	1.06	0.256***	0.905	
	A2	3.05	1.12			
	B1	3.01	1.14			
	B2	2.89	1.19			
	C	3.53	0.12			
Cinsiyet	Kadın	2.89	1.11	-1.731**	0.085	
	Erkek	3.16	1.08			
Yaş	18-25	2.99	1.21	0.244***	0.784	
	26-35	3.01	1.07			
	36 yaş ve üzeri	3.13	1.09			
Medeni Durum	Bekar	3.02	1.18	-0.230**	0.818	
	Evli	3.05	1.05			
Eğitim Durumu	Lise (1)	1.90	0.99	2.765***	0.029*	3>1, 4>1
	Sağlık Meslek Lisesi (2)	2.95	1.31			
	Ön lisans (3)	3.10	1.02			
	Lisans (4)	3.09	1.02			
	Yüksek lisans (5)	3.64	1.48			
Kurumdaki Görev	Hemşire (1)	3.04	1.00	2.494***	0.044*	4>5
	Sağlık memuru (2)	3.00	1.17			
	ATT (3)	3.10	1.20			
	Paramedik (4)	3.22	0.96			
	Diğer (şoför, Görevlendirmeye çalışan personel, hizmetli) (5)	2.34	0.96			
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.10	1.07	1.329***	0.267	
	6-10 yıl	2.84	1.14			
	11 yıl ve üzeri	3.14	1.10			
Birimde Çalışma Süresi	0-5 yıl	3.01	1.04	0.090***	0.914	
	6-10 yıl	3.05	1.24			
	11 yıl ve üzeri	3.10	1.14			
Çalışma Şekli	Gündüz (1)	1.80	1.06	3.055***	0.049*	3>1
	Gece (2)	2.53	1.06			
	Vardiyalı (3)	3.08	1.09			
Haftada Çalışma Saati	40 saat	2.71	1.38	1.456***	0.236	
	40-50 saat	3.01	1.08			
	50 saat ve üstü	3.21	1.07			

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre HGTÖ'nün alt boyutu stresi tanımlama puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de verilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre stresi tanımlama puanları; lise olanların 1.90 ± 0.99 , ön lisans olanların 3.10 ± 1.02 ve lisans olanların 3.09 ± 1.02 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.029$) (Tablo 4.11).

Katılımcıların kurumdaki görevi paramedik olanların stresi tanımlama puanı 3.22 ± 0.96 , görevi diğer olanların stresi tanımlama puanı 2.34 ± 0.96 'dır ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.044$). Katılımcıların çalışma şekli vardiyalı olanların stresi tanımlama puanı 3.08 ± 1.09 , gündüz olanların stresi tanımlama puanı 1.80 ± 1.06 'dır ve puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.049$).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulgular şunlardır; çalışılan birim, cinsiyet, yaş, medeni durum, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi ve haftada çalışma saati olarak saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4. 12 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çalışma Koşulları Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferroni
Çalışılan Birim	A1	2.74	0.77	1.276***	0.281
	A2	2.77	0.83		
	B1	2.58	0.95		
	B2	2.93	0.97		
	C	3.43	0.00		
Cinsiyet	Kadın	2.80	0.80	1.180**	0.239
	Erkek	2.66	0.91		
Yaş	18-25	2.66	0.80	0.285***	0.752
	26-35	2.76	0.86		
	36 yaş ve üzeri	2.69	0.94		
Medeni Durum	Bekar	2.73	0.88	0.131**	0.896
	Evli	2.72	0.86		
Eğitim Durumu	Lise (1)	2.02	0.75	4.183***	0.003*
	Sağlık Meslek Lisesi (2)	2.36	0.84		
	Ön lisans (3)	2.75	0.84		
	Lisans (4)	2.92	0.84		
	Yüksek lisans (5)	3.11	0.87		
Kurumdaki Görev	Hemşire (1)	2.78	0.84	4.413***	0.002*
	Sağlık memuru (2)	2.17	1.01		
	ATT (3)	2.83	0.86		
	Paramedik (4)	2.86	0.82		
	Diğer (şoför, görevlendirmeyeyle çalışan personel, hizmetli) (5)	2.10	0.66		
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 yıl	2.73	0.83	0.054***	0.947
	6-10 yıl	2.74	0.84		
	11 yıl ve üzeri	2.70	0.93		
Birimde Çalışma Süresi	0-5 yıl	2.67	0.85	0.534***	0.587
	6-10 yıl	2.76	0.87		
	11 yıl ve üzeri	2.83	0.89		
Çalışma Şekli	Gündüz	2.76	0.22	0.291***	0.748
	Gece	2.94	0.67		
	Vardiyalı	2.71	0.88		
Haftada Çalışma Saati	40 saat	2.99	0.69	2.502***	0.085
	40-50 saat	2.63	0.89		
	50 saat ve üstü	2.88	0.83		

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre HGTÖ'nün alt boyutu çalışma koşulları puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.12'de verilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre çalışma koşulları puanları sırasıyla lisans: 2.92 ± 0.84 , ön lisans: 2.75 ± 0.84 , lise: 2.02 ± 0.75 'tir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.003$). Katılımcıların kurumdaki görevine göre çalışma koşulları puanları sırasıyla Hemşire: 2.78 ± 0.84 , ATT: 2.83 ± 0.86 , Paramedik: 2.86 ± 0.82 ve Diğer (şoför, görevlendirmeyeyle çalışan personel, hizmetli): 2.10 ± 0.66 'dır ve puanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.002$) (Tablo 4.12).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre; çalışılan birim, cinsiyet, yaş, medeni durum, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi, çalışma şekli ve haftada çalışma saati ile çalışma koşulları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4. 13 Katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Cevaplarının HGTÖ Alt Puanlarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		İş Doyumu $\bar{X} \pm SS$	Ekip Çalışması $\bar{X} \pm SS$	Güvenlik İklimi $\bar{X} \pm SS$	Yönetim Anlayışı $\bar{X} \pm SS$	Stres Tanımlama $\bar{X} \pm SS$	Çalışma Koşulları $\bar{X} \pm SS$
Hasta güvenliğine yönelik bilgi varlığı	Evet	3.10±0.99	3.72±0.70	3.80±0.84	3.69±0.94	3.01±1.11	2.68±0.86
	Hayır	2.22±0.91	2.84±0.88	2.53±0.89	2.45±0.99	3.23±0.87	3.27±0.66
	Test	3.090	4.269	5.248	4.552	-0.962	-2.408
	P	0.002*	0.000*	0.000*	0.000*	0.337	0.017*
Hasta güvenliğine yönelik eğitim alma durumu	Evet	3.10±1.02	3.71±0.73	3.80±0.87	3.69±0.98	3.02±1.12	2.66±0.87
	Hayır	2.70±0.86	3.34±0.74	3.22±0.87	3.09±0.94	3.13±0.98	3.09±0.66
	Test	1.959	2.469	3.231	3.036	-0.501	-2.465
	P	0.051	0.014*	0.001*	0.003*	0.617	0.015*
Hasta güvenliğine ilişkin raporlanan olayı varlığı	Evet	3.18±1.00	3.52±0.80	3.59±0.90	3.48±1.12	3.32±1.01	3.03±0.74
	Hayır	3.02±1.01	3.68±0.74	3.74±0.89	3.63±0.98	2.99±1.11	2.67±0.87
	Test	0.725	-1.009	-0.793	-0.706	1.367	1.938
	P	0.469	0.314	0.429	0.481	0.173	0.054

Katılımcıların hasta güvenliğine yönelik cevaplarının HGTÖ'nün alt puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.13'te açıklanmıştır. HG'ye yönelik bilgisi olanların iş doyum puanı 3.10 ± 0.99 , bilgisi olmayanların iş doyum puanı 2.22 ± 0.91 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$). Katılımcıların HG'ye yönelik bilgisi olanların ekip çalışması puanı 3.72 ± 0.70 , bilgisi olmayanların ekip çalışması puanı 2.84 ± 0.88 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$) (Tablo 4.13).

Katılımcıların HG'ye yönelik eğitim alanların ekip çalışması puanı 3.71 ± 0.73 , eğitim almayanların ekip puanı 3.34 ± 0.74 'dür ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.014$). Katılımcıların HG'ye yönelik bilgisi olanların güvenlik iklimi puanı 3.80 ± 0.87 , bilgisi olmayanların güvenlik iklimi puanı 2.53 ± 0.89 'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.000$). Katılımcıların HG'ye yönelik eğitim alanların güvenlik iklimi puanı 3.80 ± 0.87 ve eğitim almayanların güvenlik iklimi puanı 3.22 ± 0.87 olup ve puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Katılımcıların HG'ye yönelik bilgisi olanların yönetim anlayışı puanı 3.69 ± 0.94 , bilgisi olmayanların 2.45 ± 0.99 'dur ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.000$) (Tablo 4.13).

Katılımcıların HG'ye yönelik eğitim alanların yönetim anlayışı puanı 3.69 ± 0.98 ve eğitim almayanların yönetim anlayışı puanı 3.09 ± 0.94 'dur ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu bulunmuştur ($p=0.003$). Katılımcıların HG'ye ilişkin raporlanan olayın varlığına verilen cevap ile yönetim anlayışı puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Katılımcıların HG ile ilgili sorulara verdiği

cevaplara göre stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Katılımcıların HG'ye yönelik bilgisi olanların çalışma koşulları puanı 2.68 ± 0.86 , bilgisi olmayanların çalışma koşulları puanı 3.27 ± 0.66 'dır ve puanlar fark olduğu görülmüştür ($p=0.017$). Katılımcıların HG'ye yönelik eğitim alanların çalışma koşulları puanı 2.66 ± 0.87 , eğitim almayanların çalışma koşulları puanı 3.09 ± 0.66 'dır ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.015$) (Tablo 4.13).

Katılımcıların HG'ye yönelik bilgi varlığına göre stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Katılımcıların HG'ye yönelik eğitim alma durumuna göre, iş doyumu ve stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Katılımcıların HG'ye ilişkin raporlanan olayın varlığına göre, iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4. 14 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının İş Doyumu Puanları ile Karşılaştırılması

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	P
Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu	Evet	3.18	0.98	2.016**	0.045*
	Hayır	2.89	1.03		
Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu	Evet	3.04	1.01	-0.542**	0.588
	Hayır	3.29	1.27		
Bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olma durumu	Evet	2.64	0.96	-4.123**	0.000*
	Hayır	3.24	0.98		
Hasta düşme vakanız olma durumu	Evet	2.77	1.03	-1.183**	0.238
	Hayır	3.07	1.01		
Hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı	2	2.75	1.36	1.153***	0.318
	3	3.10	1.00		
	4	2.88	0.96		
Hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşama durumu	Evet	3.83	0.95	-4.682**	0.000*
	Hayır	3.51	0.98		
Hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu	Evet	3.36	0.58	1.011**	0.313
	Hayır	3.03	1.03		
Faraş sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.41	0.28	0.977**	0.330
	Hayır	3.03	1.02		
Kombinasyon sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.53	0.70	1.289**	0.199
	Hayır	3.03	1.02		
Hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu	Evet	3.55	0.48	2.666**	0.028*
	Hayır	3.02	1.02		
Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu	Evet	3.05	1.02	0.143**	0.886
	Hayır	3.02	0.97		
Hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu	Evet	3.05	1.01	0.265**	0.791
	Hayır	2.95	1.08		
Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu	Evet	3.16	1.02	1.967**	0.051
	Hayır	2.88	0.98		
Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit	Sabah	3.05	0.89	0.254***	0.858
	Gün içinde	2.96	0.98		
	Akşam	3.12	1.06		
	Gece	3.10	1.08		
Ambulansla transfer edilen hastada yaştan düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu	Evet	3.02	0.96	-0.588**	0.557
	Hayır	3.11	1.14		
Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.05	1.00	0.104**	0.917
	Hayır	3.03	1.04		

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	p
Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünme durumu	Evet	3.17	0.98	3.279**	0.001*
	Hayır	2.64	1.01		
Ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu	Evet	3.07	1.00	1.058**	0.291
	Hayır	2.85	1.10		
Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu	Evet	3.07	1.01	0.264**	0.792
	Hayır	3.03	1.01		
Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.09	1.01	1.366**	0.174
	Hayır	2.86	1.01		
Hasta taşıma tekniklerini bilme durumu	Evet	3.07	1.01	2.070**	0.040*
	Hayır	2.12	0.82		
Hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu	Evet	3.06	1.01	0.943**	0.347
	Hayır	2.71	0.97		

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların düşme ile ilgili sorulara verdiği cevapların HGTÖ'nün alt boyutuna göre iş doyumu puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.14'te verilmiştir. Katılımcıların hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alanların iş doyum puanı 3.18 ± 0.98 , bilgi almayanların iş doyum puanı 2.89 ± 1.03 'dür ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.045$) (Tablo 4.14).

Katılımcıların meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların iş doyumu puanı 2.64 ± 0.96 , şahit olmayanların iş doyumu puanı 3.24 ± 0.98 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Katılımcıların hasta transferinde sedyyle ilgili sıkıntı yaşayanların iş doyumu puanı 3.83 ± 0.95 , sıkıntı yaşamayanların iş doyumu puanı 3.51 ± 0.98 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 4.14).

Katılımcıların hastayı sırt tahtasına alırken düşürenlerin iş doyumu puanı 3.55 ± 0.48 , düşürmeyenlerin iş doyumu puanı 3.02 ± 1.02 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.028$). Katılımcılardan ambulans içerisinde düşmeye yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin iş doyumu puanı 3.17 ± 0.98 , önlem alındığını düşünmeyenlerin 2.64 ± 1.01 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Katılımcılardan hasta taşıma tekniklerini bilenlerin iş doyumu puanı 3.07 ± 1.01 , bilmeyenlerin iş doyumu puanı 2.12 ± 0.82 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.040$) (Tablo 4.14).

Katılımcıların düşmeye yönelik sorulara verilen yanıtlarla iş doyumu puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulgular: hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu, hasta düşme vakasının olma durumu, hasta transferinde kullanılan sedyedeki kemer sayısı, hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu, faras sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu, kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu, hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünün olduğunu düşünme durumu, hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu, hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu, ambulansda düşmelerin sık olduğu vakit, ambulansla transfer edilen hastada yaştan düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu, ambulansda çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu, ambulansda düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu, transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu, ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme

durumu ve hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4. 15 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Ekip Çalışması Puanları İle Karşılaştırılması

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	P
Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu	Evet	3.74	0.71	1.522**	0.129
	Hayır	3.58	0.77		
Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu	Evet	3.66	0.73	-0.198**	0.844
	Hayır	3.73	1.14		
Bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olma durumu	Evet	3.48	0.79	-2.535**	0.012*
	Hayır	3.76	0.70		
Hasta düşme vakanız olma durumu	Evet	3.49	1.04	-1.026**	0.306
	Hayır	3.68	0.71		
Hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı	2	3.68	0.94	0.111***	0.895
	3	3.68	0.71		
	4	3.62	0.82		
Hasta transferinde sedyeye ilgili sıkıntı yaşama durumu	Evet	3.51	0.73	-4.527**	0.000*
	Hayır	4.00	0.65		
Hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu	Evet	3.59	0.49	-0.330**	0.742
	Hayır	3.67	0.75		
Faraş sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.54	0.33	-0.432**	0.666
	Hayır	3.67	0.75		
Kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.63	0.42	-0.133**	0.895
	Hayır	3.66	0.75		
Hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu	Evet	3.45	0.42	-0.775**	0.439
	Hayır	3.67	0.75		
Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu	Evet	3.64	0.73	-0.904**	0.367
	Hayır	3.77	0.82		
Hasta düşmeleri önlenabilir olma durumu	Evet	3.66	0.74	-0.640**	0.523
	Hayır	3.82	0.92		
Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu	Evet	3.70	0.75	0.894**	0.373
	Hayır	3.61	0.73		
Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit	Sabah	3.62	0.63	0.336***	0.800
	Gün içinde	3.61	0.78		
	Akşam	3.70	0.90		
	Gece	3.72	0.74		

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	p
Ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu	Evet	3.62	0.70	-1.317**	0.189
	Hayır	3.78	0.85		
Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.67	0.74	0.267**	0.789
	Hayır	3.64	0.76		
Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünme durumu	Evet	3.76	0.68	3.474**	0.001*
	Hayır	3.35	0.83		
Ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu	Evet	3.70	0.70	1.747**	0.082
	Hayır	3.43	0.98		
Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu	Evet	3.75	0.67	1.340**	0.182
	Hayır	3.60	0.79		
Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.73	0.71	2.358**	0.019*
	Hayır	3.43	0.82		
Hasta taşıma tekniklerini bilme durumu	Evet	3.67	0.74	0.760**	0.448
	Hayır	3.41	0.71		
Hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu	Evet	3.67	0.74	0.406**	0.685
	Hayır	3.56	0.80		
*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi					

Katılımcıların düşme ile ilgili sorulara verdiği cevapların ekip çalışması puanlarına göre karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.15'te verilmiştir. Katılımcıların bugüne kadarki meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların ekip çalışması puanı 3.48 ± 0.79 , şahit olmayanların ekip çalışması puanı 3.76 ± 0.70 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir ($p=0.012$) (Tablo 4.15).

Katılımcılardan hasta transferinde sedyyle ilgili sıkıntı yaşayanların ekip çalışması puanı 3.51 ± 0.73 , sıkıntı yaşamayanların ekip çalışması puanı 4.00 ± 0.65 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Katılımcılardan ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını

düşünenler 3.76 ± 0.68 , yeterli önlemler alındığını düşünmeyenlerin ekip çalışması puanı 3.35 ± 0.83 'dür ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). Katılımcılardan ambulans hızının hasta düşmesini olumsuz yönde etkilediğini düşünenlerin ekip çalışması puanı 3.73 ± 0.71 , olumsuz yönde etkilediğini düşünmeyenlerin ekip çalışması puanı 3.43 ± 0.82 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.019$) (Tablo 4.15).

Katılımcıların düşmelere yönelik sorulara verilen yanıtlarla ekip çalışması puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulgular şunlardır; hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu, hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu, hasta düşme vakanız olma durumu, hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı, hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu, faras sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu, kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu, hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu, hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünün olduğunu düşünme durumu, hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu, hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu, ambulansla düşmelerin sık olduğu vakit, ambulansla transfer edilen hastada yaştan düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu, ambulansla çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu, ambulansla düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu, transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu, hasta taşıma tekniklerini bilme durumu ve hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4. 16 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Güvenlik İklimi Puanları ile Karşılaştırılması

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	P
Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu	Evet	3.84	0.85	2.068**	0.040*
	Hayır	3.58	0.93		
Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu	Evet	3.72	0.90	-0.289**	0.773
	Hayır	3.84	0.85		
Bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olma durumu	Evet	3.50	0.98	-2.500**	0.013*
	Hayır	3.83	0.83		
Hasta düşme vakanız olma durumu	Evet	3.32	1.02	-2.013**	0.046*
	Hayır	3.76	0.87		
Hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı	2	3.32	0.97	1.278***	0.281
	3	3.70	0.89		
	4	3.85	0.89		
Hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşama durumu	Evet	3.59	0.90	-3.134**	0.002*
	Hayır	4.01	0.82		
Hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu	Evet	3.58	0.43	-0.525**	0.600
	Hayır	3.73	0.91		
Faraş sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.54	0.52	-0.547**	0.585
	Hayır	3.73	0.90		
Kombinasyon sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.77	0.46	0.138**	0.890
	Hayır	3.72	0.90		
Hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu	Evet	3.71	0.38	-0.033**	0.974
	Hayır	3.72	0.91		
Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu	Evet	3.72	0.88	0.106**	0.916
	Hayır	3.70	0.96		
Hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu	Evet	3.73	0.89	0.352**	0.725
	Hayır	3.62	0.91		
Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu	Evet	3.78	0.90	1.046**	0.297
	Hayır	3.64	0.88		
Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit	Sabah	3.66	0.76	0.265***	0.850
	Gün içinde	3.71	0.95		
	Akşam	3.56	0.91		
	Gece	3.77	0.90		
Ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu	Evet	3.72	0.84	-0.122**	0.903
	Hayır	3.73	1.05		
Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.68	0.87	-1.115**	0.266
	Hayır	3.84	0.94		

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	P
Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünme durumu	Evet	3.85	0.87	3.648**	0.000*
	Hayır	3.33	0.97		
Ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu	Evet	3.76	0.85	1.476**	0.142
	Hayır	3.48	1.13		
Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu	Evet	3.83	0.85	1.407**	0.161
	Hayır	3.65	0.92		
Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.78	0.89	1.810**	0.072
	Hayır	3.50	0.89		
Hasta taşıma tekniklerini bilme durumu	Evet	3.74	0.89	1.841**	0.067
	Hayır	3.00	0.92		
Hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu	Evet	3.73	0.89	1.128**	0.261
	Hayır	3.37	0.98		

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların düşme ile ilgili sorulara verdiği cevaplarının güvenlik iklimi puanlarıyla karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.16'da belirtilmiştir. Katılımcılardan hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alanların güvenlik iklimi puanı 3.84 ± 0.85 , düşme riskine yönelik bilgi almayanların güvenlik iklimi puanı 3.58 ± 0.93 'dür ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.040$) (Tablo 4.16).

Katılımcılardan meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların güvenlik iklimi puanı 3.50 ± 0.98 , hasta düşmesine şahit olmayanların güvenlik iklimi puanı 3.83 ± 0.83 'dür ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.013$). Katılımcılardan hasta düşmesi vakası olanların güvenlik iklimi puanı 3.32 ± 1.02 , hasta düşmesi vakası olmayanların güvenlik iklimi puanı 3.76 ± 0.87 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirtilmiştir ($p=0.046$). Katılımcılardan hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayanların güvenlik iklimi puanı 3.59 ± 0.90 ,

sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanların güvenlik iklimi puanı 4.01 ± 0.82 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.002$) (Tablo 4.16).

Katılımcılardan ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin güvenlik iklimi puanı 3.85 ± 0.87 , yeterli önlemler alındığını düşünmeyenlerin güvenlik iklimi puanı 3.33 ± 0.97 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). Katılımcılardan hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alanların güvenlik iklimi puanı 3.84 ± 0.85 , düşme riskine yönelik bilgi almayanların güvenlik iklimi puanı 3.58 ± 0.93 'dür ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.040$). Katılımcılardan bugüne kadarki meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların güvenlik iklimi puanı 3.50 ± 0.98 , hasta düşmesine şahit olmayanların güvenlik iklimi puanı 3.83 ± 0.83 'dür ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.013$) (Tablo 4.16).

Katılımcılardan hasta düşmesi vakası olanların güvenlik iklimi puanı 3.32 ± 1.02 , hasta düşmesi vakası olmayanların güvenlik iklimi puanı 3.76 ± 0.87 'dir ve puanları arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p=0.046$). Katılımcılardan hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayanların güvenlik iklimi puanı 3.59 ± 0.90 , sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanların güvenlik iklimi puanı 4.01 ± 0.82 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.002$). Katılımcılardan ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin güvenlik iklimi puanı 3.85 ± 0.87 , yeterli önlemler alındığını düşünmeyenlerin güvenlik iklimi puanı 3.33 ± 0.97 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$) (Tablo 4.16).

Katılımcıların düşmeye yönelik sorulara verilen yanıtlara göre güvenlik iklimi puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulgular şunlardır; hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu, hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı, hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu, faraş sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu, kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu, hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu, hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünün olduğunu düşünme durumu, hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu, hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu, ambulansda düşmelerin sık olduğu vakitler, ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu, ambulansda çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu, ambulansda düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu, transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu, ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu, hasta taşıma tekniklerini bilme durumu ve hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4. 17 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Yönetim Anlayışı Puanları ile Karşılaştırılması

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	P
Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu	Evet	3.78	0.92	2.548**	0.012*
	Hayır	3.42	1.04		
Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu	Evet	3.59	0.99	-1.273**	0.205
	Hayır	4.17	0.91		
Bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olma durumu	Evet	3.25	1.13	-3.715**	0.000*
	Hayır	3.79	0.87		
Hasta düşme vakanız olma durumu	Evet	3.13	1.27	-2.146**	0.033*
	Hayır	3.65	0.95		
Hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı	2	2.96	1.13	1.775**	0.172
	3	3.64	0.97		
	4	3.62	1.04		
Hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşama durumu	Evet	3.43	0.99	-3.879**	0.000*
	Hayır	4.00	0.88		
Hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu	Evet	3.52	0.26	-0.271**	0.787
	Hayır	3.61	1.02		
Faraş sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.73	0.19	0.331**	0.741
	Hayır	3.60	1.01		
Kombinasyon sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.51	0.34	-0.274**	0.784
	Hayır	3.61	1.01		
Hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu	Evet	3.67	0.24	0.166**	0.868
	Hayır	3.60	1.01		
Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu	Evet	3.59	0.99	-0.592**	0.554
	Hayır	3.70	1.01		
Hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu	Evet	3.59	0.99	-0.803**	0.423
	Hayır	3.87	0.95		
Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu	Evet	3.66	1.04	0.865**	0.388
	Hayır	3.54	0.92		
Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit	Sabah	3.74	0.90	0.774***	0.510
	Gün içinde	3.52	1.06		
	Akşam	3.34	0.84		
	Gece	3.66	0.99		
Ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu	Evet	3.58	0.96	-0.697**	0.486
	Hayır	3.69	1.09		
Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.57	1.00	-0.907**	0.365
	Hayır	3.72	0.98		

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test değeri	p
Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünme durumu	Evet	3.78	0.87	4.590**	0.000*
	Hayır	3.07	1.15		
Ambulanssta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu	Evet	3.64	0.95	1.296**	0.196
	Hayır	3.38	1.22		
Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu	Evet	3.72	0.90	1.305**	0.193
	Hayır	3.53	1.05		
Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.70	0.99	2.450**	0.015*
	Hayır	3.28	0.93		
Hasta taşıma tekniklerini bilme durumu	Evet	3.63	0.99	1.988**	0.048*
	Hayır	2.74	0.84		
Hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu	Evet	3.62	0.99	0.737**	0.462
	Hayır	3.35	1.03		

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların düşme ile ilgili sorulara verdiği cevapların HGTÖ'nün alt boyutuna göre yönetim anlayışı puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.17'de belirtilmiştir. Katılımcıların hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alanların yönetim anlayışı puanı 3.78 ± 0.92 , düşme riskine yönelik bilgi almayanların yönetim anlayışı puanı 3.42 ± 1.04 'tür ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.012$) (Tablo 4.17).

Katılımcılardan bugüne kadarki meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların yönetim anlayışı puanı 3.25 ± 1.13 , hasta düşmesine şahit olmayanların yönetim anlayışı puanı 3.79 ± 0.87 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.000$). Katılımcıların hasta düşme vakası olanların yönetim anlayışı puanı 3.13 ± 1.27 ve hasta düşme vakası olmayanların yönetim anlayışı puanı 3.65 ± 0.95 'tir. Bunun sonucunda puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.033$). Katılımcıların hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı

yaşayanların yönetim anlayışı puanı 3.43 ± 0.99 , sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanların yönetim anlayışı puanı 4.00 ± 0.88 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$) (Tablo 4.17).

Katılımcıların ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin yönetim anlayışı puanı 3.78 ± 0.87 , yeterli önlemler alındığını düşünmeyenlerin yönetim anlayışı puanı 3.07 ± 1.15 'tir ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Katılımcılardan ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtenlerin yönetim anlayışı puanı 3.70 ± 0.99 , olumsuz yönde etkilediğini düşünmeyenlerin yönetim anlayışı puanı 3.28 ± 0.93 'tür ve puanlar arasında istatistiksel bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.015$). Katılımcılardan hasta taşıma tekniklerini bilenlerin yönetim anlayışı puanı 3.63 ± 0.99 , hasta taşıma tekniklerini bilmeyenlerin yönetim anlayışı puanı 2.74 ± 0.84 'tür ve puanlar arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p=0.048$) (Tablo 4.17).

Katılımcıların düşmeye verilen yanıtlar ile yönetim anlayışı puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulgular şunlardır; hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu, hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı, hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu, faraş sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu, kombinasyon sedyeyle hasta alırken hastayı düşürme durumu, hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu, hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünün olduğunu düşünme durumu, hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu, hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu, ambulansda düşmelerin sık olduğu vakit, ambulansla transfer edilen hastada yaştan düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu, ambulansda çocuğun yanında ebeveyn

olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu, ambulansda düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu, transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu ve hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu olarak saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4. 18 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Stresi Tanımlama Puanları ile Karşılaştırılması

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferoni
Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu	Evet	2.91	1.06	-1.684**	0.094	
	Hayır	3.17	1.12			
Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu	Evet	3.03	1.11	-0.659**	0.510	
	Hayır	3.36	1.24			
Bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olma durumu	Evet	3.52	0.95	4.619**	0.000*	
	Hayır	2.79	1.09			
Hasta düşme vakanız olma durumu	Evet	3.31	1.06	1.100**	0.273	
	Hayır	3.01	1.10			
Hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı	2	3.32	0.87	1.040***	0.355	
	3	2.97	1.09			
	4	3.20	1.15			
Hasta transferinde sedyeye ilgili sıkıntı yaşama durumu	Evet	3.18	1.06	2.843**	0.005*	
	Hayır	2.71	1.11			
Hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu	Evet	3.82	0.59	2.326**	0.021*	
	Hayır	2.99	1.10			
Faraş sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.60	0.51	1.375**	0.171	
	Hayır	3.01	1.11			
Kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.54	0.44	2.815**	0.020*	
	Hayır	3.02	1.11			
Hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu	Evet	3.57	0.21	4.849**	0.000*	
	Hayır	3.01	1.11			

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferoni
Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu	Evet	3.03	1.08	-0.141**	0.888	
	Hayır	3.06	1.23			
Hasta düşmeleri önlenebilir olma durumu	Evet	2.99	1.09	-2.656**	0.009*	
	Hayır	3.97	0.82			
Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu	Evet	2.96	1.11	-1.174**	0.242	
	Hayır	3.14	1.08			
Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit	Sabah (1)	2.75	0.90	3.298***	0.022*	3>1
	Gün içinde (2)	2.94	1.09			
	Akşam (3)	3.85	0.82			
	Gece (4)	3.11	1.16			
Ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu	Evet	3.05	1.05	0.353**	0.725	
	Hayır	2.99	1.23			
Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.08	1.08	0.939**	0.349	
	Hayır	2.91	1.16			
Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünme durumu	Evet	2.92	1.10	-2.253**	0.012*	
	Hayır	3.37	1.02			
Ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu	Evet	2.94	1.09	-3.017**	0.003*	
	Hayır	3.62	0.99			
Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu	Evet	3.13	1.13	1.012**	0.313	
	Hayır	2.97	1.07			
Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet	3.07	1.09	0.791**	0.430	
	Hayır	2.92	1.12			

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test	p	Bonferoni
Hasta taşıma tekniklerini bilme durumu	Evet	3.01	1.10	-1.570**	0.118	
	Hayır	3.80	0.63			
Hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu	Evet	3.01	1.10	-1.675**	0.096	
	Hayır	3.67	0.68			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların düşme ile ilgili sorulara verdiği cevapların stresi tanımlama puanlarına göre karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.18’de verilmiştir. Katılımcıların meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların stresi tanımlama puanı 3.52 ± 0.95 , hasta düşmesine şahit olmayanların stresi tanımlama puanı 2.79 ± 1.09 ’dur ve puanlar arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayanların stresi tanımlama puanı 3.18 ± 1.06 , sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanların stresi tanımlama puanı 2.71 ± 1.11 ’dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.005$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların hastayı ana sedyeye alırken düşürenlerin stresi tanımlama puanı 3.82 ± 0.59 , ana sedyeye alırken düşürmeyenlerin stresi tanımlama puanı 2.99 ± 1.10 ’dur ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.021$). Katılımcıların kombinasyon sedyeyle hasta alırken hastayı düşürenlerin stresi tanımlama puanı 3.54 ± 0.44 , hastayı düşürmeyenlerin stresi tanımlama puanı 3.02 ± 1.11 ’dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.020$). Katılımcılardan hastayı sırt tahtasına alırken düşürenlerin stresi tanımlama puanı 3.57 ± 0.21 , hastayı düşürmeyenlerin stresi tanımlama puanı 3.01 ± 1.11 ’dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların hasta düşmeleri önlenebilir olduğunu düşünenlerin stresi tanımlama puanı 2.99 ± 1.09 , önlenebilir olduğunu düşünmeyenlerin stresi tanımlama puanı 3.97 ± 0.82 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.009$). Katılımcılardan ambulansa düşmelerin sık olduğu vakti akşam olarak belirtenlerin stresi tanımlama puanı 3.85 ± 0.82 , sabah olduğunu düşünenlerin stresi tanımlama puanı 2.75 ± 0.90 'dır ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.022$). Katılımcıların ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin stresi tanımlama puanı 2.92 ± 1.10 , yeterli önlemler alındığını düşünmeyenlerin stresi tanımlama puanı 3.37 ± 1.02 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.012$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların ambulansa düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullananların stresi tanımlama puanı 2.94 ± 1.09 , fiziksel tespit kullanmayanların stresi tanımlama puanı 3.62 ± 0.99 'dur ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.003$) (Tablo 4.18).

Katılımcıların düşmelerle ilgili sorulara verilen yanıtlarla stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulgular şunlardır; hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu, hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu, hasta düşme vakası olma durumu, hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı, faraş sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu, hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu, hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu, ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu, ambulansa çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini

düşünme durumu, transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu, ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu, hasta taşıma tekniklerini bilme durumu ve hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu olarak bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4. 19 Katılımcıların Düşme İle İlgili Cevaplarının Çalışma Koşulları Puanları İle Karşılaştırılması

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test	p
Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu	Evet	2.62	0.83	-1.646**	0.101
	Hayır	2.82	0.88		
Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu	Evet	2.72	0.86	-0.202**	0.840
	Hayır	2.80	0.95		
Bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olma durumu	Evet	3.10	0.76	4.705**	0.000*
	Hayır	2.52	0.85		
Hasta düşme vakanız olma durumu	Evet	3.23	0.66	2.648**	0.009*
	Hayır	2.67	0.86		
Hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı	2	3.19	0.90	2.358**	0.097
	3	2.65	0.87		
	4	2.87	0.79		
Hasta transferinde sedyeye ilgili sıkıntı yaşama durumu	Evet	2.90	0.78	4.694**	0.000*
	Hayır	2.31	0.90		
Hastayı ana sedyeye alırken düşürme durumu	Evet	3.20	0.33	4.100**	0.001*
	Hayır	2.69	0.87		
Faraş sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.16	0.32	3.317**	0.008*
	Hayır	2.70	0.87		
Kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürme durumu	Evet	3.14	0.32	3.117**	0.012*
	Hayır	2.70	0.87		
Hastayı sırt tahtasına alırken düşürme durumu	Evet	3.32	0.30	4.764**	0.001*
	Hayır	2.70	0.87		
Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünme durumu	Evet	2.68	0.85	-1.461**	0.146
	Hayır	2.93	0.90		
Hasta düşmeleri önlenabilir olma durumu	Evet	2.69	0.86	-1.898**	0.059
	Hayır	3.25	0.63		
Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu	Evet	2.65	0.91	-1.199**	0.232
	Hayır	2.80	0.79		

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test	p
Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit	Sabah	2.71	0.70	0.892***	0.446
	Gün içinde	2.64	0.88		
	Akşam	3.08	0.80		
	Gece	2.73	0.91		
Ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu	Evet	2.67	0.83	-1.223**	0.223
	Hayır	2.84	0.94		
Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu	Evet	2.72	0.84	0.080**	0.936
	Hayır	2.71	0.94		
Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünme durumu	Evet	2.56	0.85	-4.775**	0.000*
	Hayır	3.20	0.70		
Ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılma durumu	Evet	2.66	0.83	-2.435**	0.016*
	Hayır	3.09	0.99		
Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu	Evet	2.74	0.78	0.355**	0.723
	Hayır	2.70	0.92		
Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu	Evet	2.67	0.89	-1.495**	0.137
	Hayır	2.89	0.71		
Hasta taşıma tekniklerini bilme durumu	Evet	2.70	0.86	-1.327**	0.186
	Hayır	3.22	0.77		
Hasta taşıma tekniklerini kullanma durumu	Evet	2.70	0.86	-1.526**	0.128
	Hayır	3.17	0.65		

*p<0.05,

**Bağımsız t testi,

***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların düşme ile ilgili sorulara verdiği cevaplara göre çalışma koşulları puanlarının karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir. Katılımcıların bugüne kadarki meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların çalışma koşulları puanı 3.10 ± 0.76 , hasta düşmesine şahit olmayanların çalışma koşulları puanı 2.52 ± 0.85 ’dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.000$) (Tablo 4.19).

Katılımcıların hasta düşme vakası olanların çalışma koşulları puanı 3.23 ± 0.66 , hasta düşme vakası olmayanların çalışma koşulları puanı 2.67 ± 0.86 'dır ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.009$). Katılımcıların hasta transferinde sedyeye ilgili sıkıntı yaşayanların çalışma koşulları puanı 2.90 ± 0.78 , sedyeye ilgili sıkıntı yaşamayanların çalışma koşulları puanı 2.31 ± 0.90 'dır ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir ($p=0.000$). Katılımcıların hastayı ana sedyeye alırken düşürenlerin çalışma koşulları puanı 3.20 ± 0.33 , ana sedyeye alırken düşürmeyenlerin çalışma koşulları puanı 2.69 ± 0.87 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.001$) (Tablo 4.19).

Katılımcıların faraş sedyeye hasta alırken hastayı düşürenlerin çalışma koşulları puanı 3.16 ± 0.32 , faraş sedyeden düşürmeyenlerin çalışma koşulları puanı 2.70 ± 0.87 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.008$). Katılımcıların kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürenlerin çalışma koşulları puanı 3.14 ± 0.32 , hastayı düşürmeyenlerin çalışma koşulları puanı 2.70 ± 0.87 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.012$). Katılımcıların hastayı sırt tahtasına alırken düşürenlerin çalışma koşulları puanı 3.32 ± 0.30 , hastayı düşürmeyenlerin çalışma koşulları puanı 2.70 ± 0.87 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Katılımcıların ambulansa düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullananların çalışma koşulları puanı 2.66 ± 0.83 , fiziksel tespit kullanmayanların çalışma koşulları puanı 3.09 ± 0.99 'dur ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.016$). Katılımcıların ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin çalışma koşulları puanı 2.56 ± 0.85 ve yeterli önlemler alındığını

düşünmeyenlerin çalışma koşulları puanı 3.20 ± 0.70 'dir ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 4.19).

Katılımcıların düşme ile ilgili yanıtlarla çalışma koşulları puanları arasında istatistiksel olarak fark olmayan bulguları şunlardır; hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alma durumu, hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapma durumu, hasta transferinde kullanılan sedyede kemer sayısı, hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünün olduğunu düşünme durumu, hasta düşmeleri önlenabilir olma durumu, hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma durumu, ambulansa düşmelerin sık olduğu vakit, ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünme durumu, ambulansa çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünme durumu, transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılma durumu, ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünme durumu, hasta taşıma tekniklerini bilme durumu ve hasta taşıma tekniklerini kullanma durumunun olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.19).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, hastane öncesi acil ambulans çalışanlarının, hasta transferinde HG ve düşmeye yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamıza katılan 201 katılımcının verilerine göre HGTÖ'nün alt ölçek puanları çalışma koşulları hariç orta düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlara göre katılımcıların hasta güvenliği algısı orta düzeydedir. Katılımcıların iş doyumu puanı 33.52 ± 11.16 , ekip çalışması puanı 44.00 ± 8.9 , güvenlik iklimi puanı 18.63 ± 4.49 , yönetim anlayışı puanı 25.28 ± 6.98 , stresi tanımlama puanı 15.19 ± 5.51 , çalışma koşulları puanı 16.35 ± 5.25 ve ölçeğin toplam puanı 152 ± 26.04 'tür. Literatürde HÖASHİ çalışanları üzerinde HG'de düşmelere yönelik bir araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan diğer araştırmalarda Aydemir (2015) acil hemşirelerinde, Türk (2015) ameliyathane hemşirelerinde, Arslan (2021) ameliyathane çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarda HGTÖ puanlarını orta düzeyde bulmuştur (Aydemir, 2015; Türk, 2015; Arslan, 2021). Ölçek puanının yüksek olması hasta güvenliği algısının arttığını ifade etmektedir. Çalışmamızda hasta güvenliği algısının orta düzeyde olması HÖASHİ'de farklı branşlarda ve farklı eğitim seviyelerinde çalışanların bulunması ve hasta güvenliği kültürünün farklı algılanıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %54'ünün 26-35 yaş aralığında olup eğitim durumlarına baktığımızda %43'ü ön lisans %34'ü lisans mezunu, %42'si ATT, %24.4'ü paramedik, %19'unun hemşire olduğu görülmüştür. Literatürde yapılan araştırmalara baktığımızda; Doğan ve Şenol (2017) katılımcıların sayısını %20'sinin doktor, %3'ünün hemşire, %18'inin paramedik, %46'sının ATT ve %13'ünün şoför olduğunu açıklamıştır (Doğan ve Şenol, 2017). Bir başka araştırmada Çolak ve ark. (2020) araştırmasında

katılımcıların (n=131) %6.9'u doktor, %3.1 hemşire, %55.7'sinin ATT, %26'sının paramedik, %8.4'ünün sağlık memuru olduğunu belirtmiştir (Çolak ve ark., 2020). Daggenvoorde ve ark. (2021) araştırmasında katılımcıların (n=14) tamamı ambulans hemşirelerini kapsadığını belirtmiştir (Daggenvoorde ve ark., 2021). Savoy ve ark. (2020) araştırmasında (n=273) katılımcıların %57.5'inin sağlık görevlisi, %28.2'sinin ambulans teknisyeni, %2.9'unun sağlık görevlisi öğrenci %11.4'ünün doktor olduğunu tespit etmiştir (Savoy ve ark., 2020). Literatürle yaptığımız çalışma arasında benzerlik bulunmaktadır. HÖASHİ çalışan hemşire ve doktor sayısının azalmakta olduğu paramedik ve ATT meslek sayılarının artmakta olduğu görülmektedir. Bunun sağlık sisteminin yapısında yapılan_Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği 26369 sayılı değişiklikten kaynaklandığı söylenebilir (Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

Çalışmamızda katılımcıların %57.2'si 0-5 yıl çalışma süresine, %94'ünün çalışma şeklinin vardiyalı olduğu ve %65.2'sinin 40-50 saat arası haftalık çalışma süresi bulunmaktadır. Yapılan diğer araştırmalara baktığımızda; Gül'ün (2012) HÖASHİ araştırmasında katılımcıların %41.5'inin 1-5 yıl arası çalışanlar olup haftalık çalışma saati 48 saat ve altı olanlar %70.1'lik dilimi oluşturmaktadır (Gül, 2012). Alper Ay'ın (2021) HÖASHİ araştırmasında katılımcıların (n=297) kurumda çalışma süresi 0-5 yıl olan %69.7, 6-10 yıl olanlar %21.9, 11 yıl ve üzeri olanlar %8.4 olduğunu belirtmiştir (Alper Ay, 2021). HÖASHİ çalışanlarının yeni mezunlardan genelde oluştuğu ve genç çalışanların tercih edildiği söylenebilir. HÖASHİ'de stresli bir çalışma ortamında yoğun fiziksel aktivite gerektirmesinin genç çalışanları tercih etmelerinin sebebi olarak; ilerleyen yaşla beraber reflekslerin zayıflaması, çeşitli sağlık problemlerinin baş

göstermesi ve yeni mezun atamalarının olması bu alanda genç yaşta çalışanlar için saha deneyiminin ilk basamağı olduğu düşünülmektedir.

5.1.Hasta Güvenliğine Yönelik Bulguların Tartışması

Bizim çalışmamızda katılımcıların %94'ünün HG'ye yönelik bilgisinin olduğu, görülmektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara baktığımızda; Dönmez'in (2017) katılımcıların (n=280) %87,5'i HG konusunda eğitim aldığını belirtmiştir (Dönmez, 2017). Arslan ve Karaca'nın (2014) yapmış olduğu araştırmaya katılan hemşirelerin (n=151) %60.9'unun HG'ye yönelik eğitime ihtiyaç duymadığını belirtmiştir (Arslan ve Karaca, 2014). Demir'in (2021) belirttiğine göre HG'ye yönelik eğitim almış olan hemşirelerin (n=60) %38.9'u yeterli görmemektedir (Demir, 2021). Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun HG'ye yönelik bilgisinin olduğu bulunmuştur. HG'yi tehlikeye atacak sağlık hizmeti alan bireyler için maddi ve manevi olarak yük getireceği için sağlık çalışanlarının tamamının bu konuda bilgi ihtiyacının giderilmesi gerekir. Diğer çalışmalarda katılımcıların tamamının bilgisinin olmadığı görülmektedir. Bundan dolayı HG'ye yönelik bilginin tam olmasını sağlamak için çalışma hayatına başlamadan önce eğitim kurumlarında ders müfredatlarına HG'ye yönelik konuların entegre edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcıların HG'ye yönelik eğitim alma durumları incelendiğinde, %86'sının eğitim aldığı ve bunların %81'inin çalışmakta olduğu kurumdan eğitim aldığı ve %47'sinin mezun olunan okuldan eğitim alındığını tespit edilmiştir. Yapılan diğer araştırmalarda HG'ye yönelik sağlık çalışanlarının eğitim alma durumlarını Dönmez (2017) %87.5, Karaca ve Arslan (2014) %76.2, Webair ve ark. (2015) %15 olarak

bulmuştur (Dönmez, 2017; Karaca ve Arslan, 2014; Webair ve ark., 2015). Akçay'ın (2019) yapmış olduğu araştırmada sağlık çalışanlarının (n=143) HG ile ilgili eğitimlerini %67.8'nin mezun olunan okuldan, %95.8'i ise görev yaptığı zamanlarda hizmet içi eğitimle aldıklarını belirtmiştir (Akçay, 2019). Demir'in (2021) araştırmasında hemşirelerin (n=60) %60'ı HG ile ilgili eğitim aldığını saptamıştır (Demir, 2021). Çalışmamızda HG ile ilgili eğitimlerin okuldan alınma durumu %50'nin altında kalmıştır. HG ile farkındalık yaratmak için sağlıkla ilgili eğitim veren kurum ve kuruluşlarda HG ile ilgili derslerin müfredata entegre edilmesi gereklidir. Kurum içinde yönetimin HG ile ilgili hizmet içi eğitim ve çalışmalara destek verilmesi ve güvenlik raporlama sistemine yapılan bildirimleri dikkate alarak HG'ye yönelik prosedürler geliştirilmesine destek vermeleri olası tehlikeleri en aza indireceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda HG'ye ilişkin olarak katılımcıların sadece %12.4'ünün raporlanan olayının olduğu, %87.6'sının olmadığı bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalara baktığımızda; Atan ve ark. (2012) bir üniversite hastanesinde çalışan (n=148) hemşirenin %83'ünün herhangi bir olay raporlamadığını ve %8'inin olay raporlamadan korktuğunu ifade etmiştir (Atan ve ark., 2012). Karayurt ve ark. (2017) ameliyathanede yapmış olduğu araştırmaya katılanların (doktor, hemşire, anestezi ve ameliyathane teknikeri) (n=96) %71,9'u hiç olay raporlamadığını ve %22,9'nun da 1-2 olay raporladığını belirtirken, Dursun ve ark. (2010) hemşire ve yardımcı sağlık çalışanları (n=181) ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %71'inin olayları raporlamadığını ifade etmiştir (Karayurt ve ark., 2017; Dursun ve ark., 2010). Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda raporlama konusu bulgularımız ile uyumlu olduğu ve sağlık ekibinin hata bildirimini yapmadıkları görülmektedir. Koohestani ve Baghcheghi (2009) yaptığı bir araştırmada,

(n=240) hemşirelerden %80'inin tıbbi hata bildirimini yapmış olduğunu açıklamıştır (Koohestani ve Baghcheghi, 2009). Somyürek ve Uğur'un (2016) yapmış olduğu araştırmada son bir yıl içerisinde katılımcıların (n=98) %80'8'inin hiç olay raporu yazmadıklarını saptamıştır (Somyürek ve Uğur, 2016). Behlül ve Bayraktar'ın (2017) araştırmasında katılımcıların (n=152) %84.9'unun hiç rapor yazılmadığını, %10.5'inin 1-2 olay yazıldığını, %2.6'sının 3-5 olay ve %2'sinin 21 olay raporu yazıldığını belirtmiştir (Behlül ve Bayraktar, 2017). Akar ve ark.'nın (2019) 'Güvenlik raporlama sistem bildirimlerinin yıllara göre değerlendirilmesi (2016-2017-2018)' adlı araştırmasında; 2016 yılında 31 olay, 2017 yılında 50 olay ve 2018 yılında 83 olayın rapor edildiğini belirtmiştir (Akar ve ark., 2019).

Yetersiz hata bildirimini nedenleri ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda ise Çakır ve Tütüncü (2009), çalışanların ceza almaktan korktukları için hataları rapor etme etmediklerini, Lawton ve ark. (2002) sağlık çalışanlarının birçok hatayı raporlamadığı ve hatayı raporlayan sağlık çalışanlarının kendisine tepki duyulacağından korktukları saptamıştır (Çakır ve Tütüncü, 2009; Lawton ve ark., 2002). Hisar ve ark.'nın (2015) araştırmasında katılımcıların (n=30) tıbbi hatayı rapor etmesini engelleyen durumları %30'unun ilişkilerin bozulmasının istenmemesi, %23.3'ünün ceza alma korkusu, %16.6'sının eğitimsizlik, %10'unun hataları kendi içinde düzeltme inancı, %19.8'inin diğer olduğunu saptamıştır (Hisar ve ark., 2015). Alarfj'ın (2020) araştırmasında HG'yi tehdit eden ilaç hatalarının bildirilmemesinin sebebini katılımcıların (n=241) ilk olarak (%32.37) korku faktörü, ikinci olarak (%15.7) bilgi eksikliği olduğunu belirtmiştir (Alarfj, 2020). Rahsepar ve ark.'nın (2020) araştırmasında hemşirelerin (n=206) hata raporlaması önünde engel olarak %90'dan fazlası eğitim (hataların bildirimindeki bilgi

eksikliği), tutum (hatayı bildirdikten sonraki hemşireye duyulan tepkiler), süreçlerin (tıbbi hata bildirimindeki karmaşık zaman aralığı) değerlendirmişler ve %70'inden fazlası yapısal (uygun hata bildirim sisteminin olmayışı), yönetsel (idarenin raporlamaya teşvik etmemesi) faktörleri önemli ve çok önemli olarak değerlendirdiğini belirtmiştir (Rahsepar ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda hataların raporlanması düşük olduğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak cezalandırılma korkusu, hata yapmış olduğunun duyulması ile mesleki beceriye sahip olamama düşüncesi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda mesai şekli vardiyalı olan katılımcıların iş doyumu puanlarının, çalışma şekli gündüz olan katılımcılara göre, haftalık çalışma saati 40-50 saat arasında olan katılımcıların, haftalık çalışma saati 50 saat üstü olan katılımcılara göre, iş doyumu puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamız yapılan diğer araştırmalarla paralellik gösteriyor. Arıkan'ın (2004) yaptığı araştırmaya göre haftalık çalışma süresi 40-48 saat olan hemşirelerin iş doyumu, haftalık çalışma süresi 49-56 saat olan saat olan hemşirelerden daha fazla olduğunu belirtmiştir (Arıkan 2004). Diğer araştırmalara baktığımızda haftalık çalışma saati artıka iş doyumunun azaldığı tespit edilmiştir (Aksoy ve Polat, 2013; Durmuş ve Günay, 2007). Gökdoğan'ın (2010) belirttiğine göre devamlı ve uzun çalışma saatleri, nöbetler, iş yükünün fazla olması sağlık bakım hizmetlerini engellediğini aynı zamanda tıbbi hataya yol açtığını açıklamıştır (Gökdoğan, 2010). Bu çalışmayı destekleyen bir başka çalışmada Filiz'e (2009) göre uzun çalışma saatlerine bağlı olarak yorgunluğun tıbbi hata yapma olasılığını artırdığını saptamıştır (Filiz, 2009). Uzun çalışma saatleri sağlık çalışanlarının dikkat eksikliği, ekip içinde koordine olamama ve yorgunluk gibi bedensel ve psikolojik olarak etkileyeceğinden dolayı yapılan görevden doyum alamayacağına sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların mesleğine göre iş doyum puanları incelendiğinde görevi ATT olan katılımcıların, görevi hemşire olan katılımcılara göre iş doyum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak görevi diğer olan katılımcıların iş doyum puanları, görevi hemşire ve ATT olan katılımcılara göre daha fazladır. Kart'ın (2021) araştırmasına katılan hemşirelerin (n=204) eğitim düzeyleri arttıkça iş doyum puan ortalamalarında anlamlı bir düşüş olduğu gözlenmiştir. Akçay'ın (2019) çalışmasında eğitim durumu lisans olanların, yüksek lisans/doktora olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu belirtmiştir (Akçay, 2019). Arslan'ın (2021) araştırmasında SML ile ön lisans eğitim grubunun, lisans grubuna göre iş doyum puanları daha yüksek olduğu saptamıştır (Arslan, 2021). Bu araştırmaların aksine Derin'in (2007) çalışmasında sağlık çalışanlarının (n=368) eğitim düzeyi arttıkça iş doyumunun arttığını bildirmiştir (Derin, 2007). Eğitim durumunun artmasına bağlı olarak sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesi, fazla olan iş yükü ve stres ortamının daha azaltılması gibi beklentilerin karşılanmadığı için yapılan işten yeterli doyum alamadıkları düşünülmektedir.

Eğitim durumu SML olan katılımcıların ekip çalışması puanlarının, eğitim durumu lisans olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak Kart'ın (2021) araştırmasına katılan hemşirelerin (n=204) eğitim düzeyleri arttıkça ekip çalışması puan ortalamalarında anlamlı bir düşüş olduğu gözlenmiştir (Kart, 2021). Çalışmamızın aksine Türk'ün (2015) araştırmasında hemşirelerin (n=56) eğitim durumuyla ekip iş birliği arasında anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir (Türk, 2015). Çevik'in (2018) araştırması da aynı paralellikte olmakla beraber katılımcıların (n=200) eğitim durumunun ekip çalışması puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur (Çevik, 2018). Çalışmamızda eğitim durumları ATT ve paramedik mezunu olmayan lisans veya

lisansüstü eğitime sahip çalışanların (ambulanslarda görevlendirmeyle çalışanlar) HÖASHİ'ye yabancı olduğu ve hastane içi ortamından farklı bir ortamda çalışıldığı için ekip içerisinde uyumlu hareket edemediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda birimde çalışma süresi 0-5 yıl arası olan katılımcıların ekip çalışması puanlarının, birimde çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. HG'ye yönelik eğitim alan katılımcıların ekip çalışması puanlarının, almayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamızı destekleyen araştırmayı incelediğimizde; Özer ve ark. (2019) yapmış olduğu araştırmaya göre hemşireler (n=153) yaşı 25 ve altında olanlar ekip çalışmasının varlığını daha fazla hissetmektedirler (Özer ve ark., 2019). Kart'ın (2021) yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin (n=204) çalışma yılının artmasıyla ekip çalışması doğru orantılı olarak arttığını belirtmiştir (Kart, 2021). Akçay'ın (2019) araştırmasında meslekte çalışma süresine göre ekip çalışmasındaki puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur (Akçay, 2019). Balık (2014) ve Önler (2010) yaptıkları araştırmada HG'ye yönelik eğitim alanlarla ile almayanlar arasında HGTÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Balık, 2014; Önler, 2010). Görevinin ilk zamanlarında genç olan yeterli deneyim ve tecrübeye sahip olmayan sağlık çalışanlarının HG'yi tehlikeye atacak durumlara karşı ekip içerisinde yardım ve dayanışma ortamı oluşturmuş olabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu SML olan katılımcıların güvenlik iklimi puanlarının, eğitim durumu lisans ve yüksek lisans olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Kart'ın (2021) yapmış olduğu çalışmaya katılan hemşirelerin (n=204) eğitim düzeyleri arttıkça güvenlik iklimi puanında anlamlı bir düşüş olduğu

gözlenmiştir (Kart, 2021). Ömerosman'ın (2019) araştırmasında katılımcıların (n=151) eğitim durumuna göre yüksek lisans mezunu olanların güvenlik iklimi puanı eğitim durumu lisans, ön lisans ve ortaokul mezunlarından daha düşük olduğunu belirtmiştir (Ömerosman, 2019). Kizir'in (2016) araştırmasında katılımcıların (n=288) eğitim durumunun güvenlik iklimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (Kizir, 2016). Çevik'in (2018) araştırmasında katılımcıların (n=200) eğitim durumunun güvenlik iklimi puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur (Çevik, 2018). Lise mezunu sağlık çalışanları, lisans ve lisansüstü çalışanlardan daha önce göreve başladığından dolayı iş deneyim ve tecrübelerinin yüksek olması güvenlik iklimini arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu SML olan katılımcıların yönetim anlayışı puanlarının, eğitim durumu lisans olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalarda eğitim durumları yönetim anlayışı puanlarına etki etmediği görülmüştür. Çevik'in (2018) araştırmasındaki katılımcıların (n=200) , Ömerosman'ın (2019) araştırmasındaki katılımcıların (n=151), Kizir'in (2016) araştırmasında katılımcıların (n=288) eğitim durumunun yönetim anlayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (Çevik, 2018; Ömerosman 2019; Kizir, 2016). Eğitim durumu SML olan katılımcıların göreve atılan ilk adımın genç yaşlarda olması ve buna bağlı olarak moral, motivasyon ve mesleki arzusunun yüksek olması, yapılan işte monotonlaşmanın olmamasına bağlı olarak yönetim anlayışı yüksek olduğu düşünülmektedir

Çalışmamızda kurumdaki görevi sağlık memuru olan katılımcıların yönetim anlayışı puanlarının, kurumdaki görevi hemşire olan katılımcılara göre daha fazla olduğu

fark edilmektedir. Bizim çalışmamızın aksine Akçay (2019) araştırmasında hemşirelerin yönetim anlayışı puanı diğerlerinden (ATT, Paramedik ve Sağlık Memuru) yüksek bulmuştur (Akçay, 2019). Ömerosman'ın (2019) araştırmasında görevlerin yönetim anlayışı puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığını belirtmiştir (Ömerosman, 2019). Özer ve ark. (2019) araştırmasında hemşirelerin (n=153) yönetim anlayışı puanları eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirtmiştir (Özer ve ark., 2019). HÖASHİ'de sağlık memurları kurum idarecilerinin HG konusunda yeterli önlemleri aldıkları ve personelleri desteklediği düşüncesinin hakim olduğundan dolayı yönetim anlayışı puanı yüksek olduğu varsayılmaktadır.

Çalışmamızda eğitim durumu ön lisans ve lisans olan katılımcıların stresi tanımlama puanlarının, eğitim durumu lise olan katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Özer ve ark. (2019) çalışmasında hemşirelerin (n=153) hasta güvenliğinin tüm alt boyutlarına ilişkin puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermediğini belirtmiştir (Özer ve ark., 2019). Çevik (2018) araştırmasında katılımcıların (n=200) eğitim durumunun stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığını tespit etmiştir (Çevik, 2018). Eğitim durumunun daha az olması HÖASHİ için bir dezavantaj oluşturmaktadır. Eğitim düzeyinin düşük olması hastada meydana gelebilecek fizyolojik değişiklikleri zamanında fark etmesini engelliyor olabilir. Fark etmediği için HG açısından stres düzeyini etkilemiyor olabilir.

Çalışmamızda HG'ne yönelik eğitim alan katılımcıların yönetim anlayışı puanlarının, almayan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmamızı destekleyen araştırmaya baktığımızda Aydemir'in (2015) araştırmasında HG'ye yönelik eğitim alanların yönetim anlayışı ortanca puanı eğitim almayana göre yüksektir

(Aydemir, 2015). Balık (2014) ve Önler (2010) yaptıkları çalışmada HG yönelik eğitim alanlarla ile almayanlar arasında yönetim anlayışı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Balık, 2014; Önler, 2010). Akçay'ın (2019) araştırmasında HG'ye yönelik eğitim alanların yönetim anlayışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (Akçay, 2019). HG'ye yönelik alınan eğitimler neticesinde çalışılan ortamda hastayı mortalite ve morbiditeye neden olabilecek tehlikelere karşı farkındalık oluşmasına ve kurumun önem ve itibar kaybına uğramamasına neden olacaktır. Bundan dolayı yöneticilerin çalışanlara yönelik HG eğitimleri destekleyeceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çalışma şekli vardiyalı olan katılımcıların stresi tanımlama puanlarının, çalışma şekli gündüz olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Akçay'ın (2019) belirttiğine göre çalışma süresi 40 saat olan bireylerin stresi tanımlama puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Akçay, 2019). Çevik'in (2018) araştırmasında katılımcıların (n=200) çalışma şekline göre stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığını tespit etmiştir (Çevik, 2018). Kizir'in (2016) araştırmasında katılımcıların (n=288) haftalık nöbet ve ortalama nöbet sayısına (5 nöbet ve altı ya da 6 nöbet ve üstü) göre stresi tanımlama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (Kizir, 2016). Vardiyalı çalışma şeklinin, ekip üyesi sayısının azalması ve vardiya süresinin uzun olması çalışanın yaptığı işe kendisini odaklayamama, dikkat eksikliği ve hata yapma olasılığını artırıyor olabilir. Vardiyalı çalışma normal günlük fizyolojik döngüyü bozduğu için çalışanlarda stres oluşturuyor olabilir. Akçay (2019) stres puanlarının artmasının stresle başedebilme becerisini kazandıracağını belirtmiştir (Akçay, 2019). Aynı zamanda vardiyalı çalışma

alışan üzerinde hata yapma endişesi ve kaygısına yol açabileceği için stresi tetikliyor olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumu lisans olan katılımcıların çalışma koşulları puanlarının, eğitim durumu lise ve sağlık meslek lisesi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan araştırmalara göre zer ve ark. (2019), Akçay (2019) ve Aydemir (2015) eğitim durumu ile çalışma koşulları arasında fark tespit etmemişlerdir (Akçay, 2019; Aydemir, 2015; zer ve ark., 2019). Eğitim durumun yüksek olması katılımcıların HÖASHİ görevini yerine getirirken edinmiş oldukları bilgiler neticesinde çalışılan ortamın şartlarının iyileştirilmesi, ambulans içerisinde kullanılan tıbbi araç ve gereçlerinin bakımının yapılması, HG için tehdit oluşturabilecek düşmelere neden olabilecek durumları saptayabileceği düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmamızda katılımcıların ekip çalışması puanları yüksek olan sonuçlar şunlardır; bugüne kadar meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olmayanların, hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanlarının, ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin ve ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünenlerin ekip puanları yüksektir. Hasta düşmelerinin önlenmesi ve hasta transferinde HG tehdit eden durumların önüne geçilmesi iyi bir ekip işbirliğinin ve dayanışmasının göstergesi olduğu söylenebilir. Yüksek hızlarda nakil sağlayan ambulansların içerisinde HÖASHİ'nin hastaya etkin müdahale etmesi zor olacağından ekibin birlikte çalışması ve koordine olması ve başedebilmesi bu açıdan çok önemlidir.

Çalışmamızda iş doyumunu puanlarının yüksek olduğu durumları incelediğimizde; bugüne kadar ki meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olmayanlar, hasta transferinde

sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayanlar, hastayı sırt tahtasına alırken düşürenler, ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenler ve hasta taşıma tekniklerini bilen katılımcıların iş doyumu puanı bu yargıların aksini düşünen katılımcılardan yüksektir. Erkek sağlık çalışanlarının kadın çalışanlarına göre iş doyumu puanı yüksektir. Ambulans içerisinde hastanın düşmesine yönelik tedbirlerin alınması, hasta taşıma tekniklerinin bilinmesi ve hasta düşme durumuyla karşı karşıya kalınmaması HG'nin sağlanmasında önemli rol oynar. Bu tedbirlerin uygulanarak hastanın güvenli şekilde transferinin sağlanıp teslim edilmesi HÖASHİ'de çalışanların temel hedefidir. Bu hedefin sağlanması çalışanın yaptığı işe motive olması ve işini severek yapmasına neden olacağı düşünülmektedir. HÖASHİ'de çalışılan ortamlardaki fiziksel beden gücü gerektiren durumların çok olması kadınların fiziksel olarak güçsüzlüğünün bulunması ve bundan dolayı kadınların iş doyumunun düşük olmasına neden olduğu tahmin edilmektedir. Hastayı sırt tahtasına alırken düşürenler ile sedye ile sıkıntı yaşayan çalışanların iş doyumunun yüksek olması eğitim ihtiyacının karşılanması sonucunda aynı hatalara karşı farkındalığının oluşacağı düşüncesinden dolayı iş doyumu puanı yüksek olduğu varsayılmaktadır.

Çalışmamızda HGTÖ alt boyutlarından stresi tanımlama puanlarının yüksek olduğu durumları incelediğimizde; hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayanlar, hastayı ana sedye, kombinasyon sedye, sırt tahtasına alırken düşürenler ve ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünmeyen katılımcıların stresi tanımlama puanı yüksektir. Ambulans içerisinde düşmeye yönelik yeterli önlem alınmadığını düşünme, daha önce hastayı düşürme tekrar düşürme korkusu, hastanın

genel durumunun bozulması ve cezai müeyyidelerle karşı karşıya kalınacağı düşüncesi katılımcılar üzerinde stres oluşturduğu söylenebilir.

Çalışmamızda HGTÖ alt boyutlarından birisi olan çalışma koşulları puanlarının yüksek olduğu durumlar; hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayanlar, hastayı ana sedye, kombinasyon sedye, sırt tahtasına alırken düşürenler ve ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünmeyen katılımcıların çalışma koşulları puanı yüksektir. Bu çalışanlar çalışma ortamının HG açısından yeterince güvenli olmadığını düşünmektedir. Hastane öncesinde görev yapılan çalışma ortamında HG'yi önlemeye yönelik gerekli güvenlik önlemlerinin alınmaması, kullanılan tıbbi araç ile gereçlerin bakımlarının yapılmaması ve yöneticilerin güven ortamını oluşturmaması gibi nedenlerle çalışılan ortamın çalışmaya elverişli olmaması durumlarında hizmet alan bireylerin çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalacağı düşünülmektedir.

5.2. Düşmeye Yönelik Bulguların Tartışması

Çalışmamızda katılımcıların %33.3'ünün meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olduğunu, %66.7'sinin şahit olmadığı görülmektedir. Bulut ve ark. (2013) araştırmasında hemşirelerin %42,5'inin en az bir kez hasta düşmesi ile karşılaştığını saptamıştır (Bulut ve ark., 2013). Duman ve Kitiş (2013) hemşirelerin (n=100) %37'sinin daha önce hasta düşmesi ile karşılaştığını tespit etmiştir (Duman ve Kitiş, 2013). Diğer araştırmalarda 1000 hasta günü başına düşen hasta sayısı ile yapılan araştırmalarda; Anderson ve ark. (2014) tarafından 2.4, Stags ve ark. (2014) tarafından 3,44, Fields ve ark. (2015) tarafından 2.3 olduğu ifade edilmiştir (Anderson ve ark., 2014; Stags ve ark., 2014; Fields ve ark., 2015). Schwendimann'ın (2006) araştırmasında hastaların (n=34.972) en sık %35'i transfer olurken düşmüştür (Schwendimann, 2006). HG'ye

yönelik alınan önlemler tehlikeleri tamamen ortamdan kaldırmaz ama bu tehlikelere karşı farkındalık oluşturabilir. Bu farkındalıklar zamanla hataların öngörülebilirliğini arttırabileceğinden düşmelerin sayısının minimuma inmesine neden olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda düşmelerin sık olduğu vaktin %43 oranında gece olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak düşme sıklığını belirten diğer araştırmalarda; Mülayim ve İntepeler (2011) tarafından gece 12 ile sabah 8 saatleri arasında, Eker (2020) tarafından gece 12'den sabah 6'ya kadar olan saatlerinde olduğu tespit etmiştir (Mülayim ve İntepeler, 2011; Eker, 2020). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Chu (2017) tarafından yapılan araştırmada düşme sıklığı en yüksek sabah saatlerinde olduğunu belirtmiştir (Chu, 2017). Atalay (2018) araştırmasında hemşirelerin (n=60) düşmelerin gerçekleştiği vakti %36.7 ile gece olduğunu saptamıştır (Atalay, 2018). Şen'in (2019) araştırmasında hemşirelerin (n=80) hasta düşmelerine yönelik alınacak önlemlerden birisinin gece ortamın aydınlatılması gerekliliği olduğunu tespit etmiştir (Şen, 2019). Çalışmamızda gece düşmelerinin yoğun olmasının nedeni olarak yoğun iş gücünden kaynaklanan dikkat eksikliği, hızlı ve fazla çalışma, çalışılan ortamda gece yeterli aydınlatmanın olmaması, çevresel koşullar, kalabalık ortam, sedyenin ayaklarının açılmaması, sedyedeki kemer sayısının eksik olması ya da kemerlerin tam takılmaması ve sedyenin taşıyabileceği ağırlığın üzerinde hasta taşınması olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %95.5'i hasta düşmelerinin önlenebileceğini ifade etmiştir. Gökdoğan ve Yorgun (2010) araştırmasında hemşirelerin %87.5'i istenmeyen ya da hatalı olayları önleyebileceğini belirtmiştir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010). Atalay'ın

(2018) araştırmasında hemşireler (n=60) çocukların düşmesini önlenmede %90 kendilerinin sorumlu olduklarını belirtmişlerdir (Atalay, 2018). Duman ve Kitiş'in (2013) araştırmasında hemşireler (n=100) hasta düşmesinin önlenmesinde birinci sırada kendilerini, ikinci sırada ise hasta bakıcılarının sorumlu olduğunu belirtmiştir (Duman ve Kitiş, 2013). Başka bir araştırmada Şen (2019) hemşirelerin (n=80) %87.5'inin düşmelerin önlenmesinde rolü olduğunu tespit etmiştir (Şen, 2019). Yapılan araştırmalarla çalışmamız paralellik göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun düşmelerin önlenebilir olduğunu ve sorumluluğun sağlık çalışanlarında olduğunu açıklamışlardır. HÖASHİ'de görevli sağlık çalışanlarının hastanın düşmesine sebep olabilecek nedenleri ön görerek HG açısından hastanın güvenli naklini sağlaması gerektiği söylenebilir.

Katılımcıların % 68.7'sinin hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşadığı görülmüştür. Gül'ün (2012) yaptığı araştırmaya göre sağlık çalışanların (n=171) son 1 yıl içinde emniyet kemerinin bozulması nedeniyle hasta güvenliğini tehdit eden sorun yaşayıp yaşamadıkları incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun (%64) sorun yaşamadığı saptamıştır (Gül, 2012). Kajti'nin (2017) belirttiğine göre Canbolat ve Ayaz'ın (2016) araştırmasında sedyede kenarlık, emniyet kilidi ya da kenarlıkların olmaması gibi durumlar hasta düşmesine neden olacağını açıklamıştır (Katji, 2017). Taşıma esnasında HÖASHİ çalışanlarının hastayı sedyede tespit etmesi önem arz etmektedir. HÖASHİ gerek trafik yoğunluğu gerekse yolun fiziki şartları nedeniyle hastanın transferini sağlarken düşmelere yol açabileceğinin farkında olması gerekir. Çalışmamızda katılımcıların (n=201) %80.4'ünün sedyenin ayaklarının açılmaması problemi üzerinde durmuşlardır. Uzun süre kullanılan sedyelerin zamanla yıpranması,

bakımlarının zamanında yapılmaması ve sedyeyle ilgili özelliklerin (taşıma kapasitesi, kemer sayısı vb.) bilinmemesi HG'yi tehdit edebilecek önemli husus olarak görülmektedir. Hastayı sedye ile daha güvenli bir şekilde transferini sağlamak için kemerle sabitlemek önemli husustur. Emniyet kemeri hastanın düşmesini önlemek için en az üç noktasından geçmesi gereklidir. Bunlar (1) boyun ve omuz bölgesi (2)göğüs ve bel bölgesi (3)ayaklardır. Hastaya 3 bölgeden en az bir kemeri takılmış olması gerekir (Hasta Taşıma Teknikleri, 2011). Çalışmamızda sedyede bulunması gereken kemer sayısını katılımcıların %75'i doğru bilmiştir. Sedyede kemer sayısının eksik olması ya da sağlık elemanı tarafından tam bağlanmaması halinde hastanın güvenliğini tehdit edecek birçok faktörle karşı karşıya kalınacağı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanının %52'sinin hasta yakınından düşme riskine yönelik bilgi aldığı, görülmektedir. Sağlık çalışanı hasta ile karşılaştığında kendi mesleki bilgisi ile hastayı değerlendirecektir. Bununla beraber hastanın düşme öyküsünü sorgulaması ve kendi mesleki bilgisini ile birleştirmesi sonucu düşme riskinin ne kadar yüksek veya düşük olduğunu daha net ortaya koyacaktır. Böylece hastaya yapılacak müdahalede ya da transferi sağlarken daha dikkatli ve güvenlik önlemlerinin en üst seviyede tutarak düşmelerin minimize edeceği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %97.5'inin düşmeye yönelik işbirliği yaptığı, görülmektedir. Hastane öncesi çalışma koşullarında yokuşta, merdivende ve arazi şartlarında, afet durumlarında, tehlike durumlarında taşıma yapma özellikle hasta ile işbirliği yapmayı gerekli kılmaktadır. Özellikle çocukların ambulansla nakilleri sırasında yanında velisinin bulunması düşmelerin önlenmesinde rol oynamaktadır (Atalay, 2018). Ambulans içerisine yabancı olan çocuklar yanlarında velisinin olmasıyla korkularının

azalmasına neden olarak hareket etme isteğini azaltacağı söylenebilir. Hasta ve yakınlarıyla işbirliği yapmak HG'nin sağlanması açısından önemli yer tutmaktadır (Rızalar ve ark., 2016).

Çalışmamızda katılımcıların %57.2'sinin hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda Şen (2019) hemşirelerin (n=80) %57.5' i hasta düşmeleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitim almaya ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Şen, 2019). Atalay'ın (2018) araştırmasında hemşirelerin (n=60) %51.7'sinin düşmeye yönelik eğitim aldığını saptamıştır (Atalay, 2018). Yapılan araştırmaların sonuçlarıyla çalışmamız uyumlu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası düşmelere yönelik eğitim ihtiyacı olduğu belirtmiştir. Verilecek eğitimlerle hastanın düşmesini engelleyecek önlemler hakkında farkındalık oluşmasına ve düşmelerin en aza indirmesine yol açacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %75.6'sının ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünüyor. Atalay'ın (2018) araştırmasında hemşirelerin (n=60) %78.3'ü çocuk hastaların transferi sırasında düşmeye yönelik önlem aldığını belirtmiştir (Atalay, 2018). Yapılan araştırmayla çalışmamızın sonuçları benzerdir. Çalışmamızda alınan önlemlerin katılımcıların dörtte üçü tarafından yeterli olduğu belirtilmiştir. Bu oranın beklenen değerde olmadığı ve alınan önlemlerin tam anlamıyla yeterli olmadığı söylenebilir. Düşmelere yönelik alınan önlemlerin protokolleri gözden geçirilip ve yeniden revize edilmesi düşmelerin önüne geçilmesinde sağlık çalışanına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %86.6'sının ambulansa düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanıldığını ifade etmiştir. Literatürdeki araştırmalara baktığımızda Köksal (2020) hemşirelerin (n=132) %97,7 oranında fiziksel tespit uyguladığını belirtmiştir (Köksal, 2020). Bayraktar (2021) araştırmasında hemşirelerin (n=386) yoğun bakımda hasta düşmelerini önlemek için %40.3 hasta kısıtlama uyguladığını saptamıştır. Araştırmasının devamında 18-25 yaş aralığı ile 41 yaş ve üstünde olan hemşirelerin diğer yaş gruplarındaki hemşirelere göre daha fazla fiziksel tespit kullandığı belirlemiştir (Bayraktar, 2021). Çelik ve ark.'nın (2012) belirttiğine göre fiziksel tespit düşme riskinin fazla olduğu yoğun bakım ünitelerinde %24-40 arasında kullanılmaktadır (Çelik ve ark., 2012). Karagözoğlu ve Özden'in (2013) yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin (n=160) %75.6'sı fiziksel tespiti hastanın yataktan düşmesini engellemek amacıyla kullandığını belirtmiştir (Karagözoğlu ve Özden, 2013). Sağlık çalışanlarının hastalara karşı uygulamış oldukları fiziksel tespitlerin düşmeleri önleyeceği düşüncesi ile kullandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %41.3'ünün hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanıldığını ifade etmiştir. Bulut ve ark. (2013) düşme riski olan hastalar için belirteç kullanmayan hemşirelerin oranını (n=181) %51.8 olarak belirtmiştir (Bulut ve ark., 2013). Çalışmamızın yarıya yakını belirteç (yeşil yonca yaprağı) kullanmadığı belirtmiştir. HÖASHİ çalışanlarının hasta nakil formunda düşme riskinin varlığı ile ilgili madde konulması ve düşmelere karşı hastayı teslim alan sağlık çalışanının sözlü olarak uyarılması ile düşmelerinin önüne geçilmesinde önemli yer alacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

HÖASHİ çalışan sağlık çalışanının hasta transferinde hasta güvenliği ve düşmeye yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmamızın sonuçları aşağıda belirtilmiştir:

- Katılımcıların %93.5'inin HG'ye yönelik bilgisinin olduğunu ve %86.1'inin eğitim aldığı, Katılımcıların hasta ile transfer sırasında %97.5'inin düşmeye yönelik işbirliği yaptığı ve %68.7'sinin sedyeyle ilgili sıkıntı yaşadığını, %33.3'ünün meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olduğunu, %9'unun hasta düşme vakasının olduğu ve %12.4'ünün raporlanan olayının olduğu bulunmuştur.
- Hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayan katılımcıların %20.3'ünün kemer sayısı eksik, %80.4'ünün sedyenin ayaklarının açılmaması ve %42'sinin sedyenin taşıyacağı kapasitesinin üzerinde ağırlıklı hastanın alınması nedeniyle olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların %3.5'inin hastayı sedyeye alırken düşürdüğünü ve %5'inin hastayı ana sedyeye alırken düşürdüğü tespit edilmiştir.
- Katılımcıların %84.6'sının hasta düşmelerinin önlenmesinde rolü olduğunu, %95.5'inin hasta düşmelerinin önlenebileceği ve %57.2'sinin hasta düşmelerine yönelik eğitime ihtiyaç duyduğunu saptanmıştır. Ambulansta düşmelerin sık olduğu vakit %42.8'i gece %34.8'i gün içinde, %16.4'ü sabahdır.
- Çalışma şekli vardiyalı olan katılımcıların iş doyumu puanlarının, çalışma şekli gündüz olan katılımcılara göre daha fazla olduğu, haftada çalışma saati 40-50 saat arasında olan katılımcıların iş doyumunun, haftada çalışma saati 50 saat üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu,

- Eğitim durumu SML olanların, HG'ye yönelik eğitim alanların, bugüne kadar meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olmayanların, hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanların ve ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünenlerin ekip çalışması puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur.
- HG'ye yönelik eğitim alanların, hasta düşme vakası olmayanların, hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanların, ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin ve bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olmayanların daha fazla olduğu belirtilmektedir.
- HG'ye yönelik eğitim alanların, hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi alanların, bugüne kadar meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olmayanların, hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşamayanların, ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünenlerin, ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünenlerin ve hasta taşıma tekniklerini bilen katılımcıların yönetim anlayışı puanlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir.
- Eğitim durumu ön lisans ve lisans olanların, bugüne kadar meslek yaşamında hasta düşmesine şahit olanların, hasta transferinde sedyeyle ilgili sıkıntı yaşayanların, hastayı ana sedye ve sırt tahtasına alırken düşürenlerin, hasta düşmeleri önlenemez olmadığını düşünenlerin, düşmelerin sık yaşandığı zamanı akşam olarak belirtenlerin, ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünmeyenlerin, ambulansda düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanmayanların stresi tanımlama puanları yüksektir.
- HG'ye yönelik bilgisi olmayanların, bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit olanların, hasta düşme vakası olanların, hasta transferinde sedyeyle ilgili

sıkıntı yaşayanların, hastayı ana sedyeye, kombinasyon sedyeye ve sırt tahtasına alırken düşürenlerin, ambulansda düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanmayanların, ambulans içerisinde hasta düşmelerine yönelik yeterli önlemler alındığını düşünmeyenlerin çalışma koşulları puanı daha yüksektir.

ÖNERİLER

- Sağlık çalışanı eğitim aldıkları lise ve üniversitelerde HG'ye yönelik konuların ders müfredatlarına eklenmelidir. Görev başladıktan sonra yıllık belirli aralıklarla hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir. Kurum içerisinde afiş, poster, bildiri vb. argümanlarla sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturulmalıdır.
- Sağlık çalışanları HG'ye yönelik tehdit oluşturabilecek durumları önceden kestirebilmeli ve HG hakkında bilgi sahibi olmak için bilimsel çalışmalar, dergiler ve gazetelerde yayımlanan haberler takip edilmelidir.
- Nöbet teslim alırken ya da teslim verirken kullanılan malzemelerin tam ve çalışır durumda olmasına dikkat edilmelidir. Hastaların transferini sağlayacak olan taşıma malzemelerinde meydana gelebilecek olan aşınma, kırılma ve harabiyete karşı gereken önlemler alınıp bakımlarının zamanında yapılmasına dikkat edilmelidir. Sedyeye hasta alınıp veya indirilirken görevli olan tüm sağlık çalışanlarının sedyenin yanında olmalı ve sedyenin ayaklarının açılıp açılmadığını kontrol etmelidir. Hastanın sedyeye kemerlerle sabitlenmesinin ardından ambulans hareket etmelidir.
- HG'yi tehdit eden olay meydana geldiğinde, sağlık çalışanı olay korku ve stres altında kalmadan durumu bildirmelidir. Bunun için kurum amirleri sağlık çalışanlarını desteklemelidir.

7. KAYNAKLAR

- Abrahamsen, H. B., Abrahamsen, E. B., & Lossius, H. M., 2012. Safety culture in the air ambulance services. Tidsskrift for Den norske legeforening. DOI: 10.4045/tidsskr.12.0147
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, (2000, 11 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı:24046). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2007, 15 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 26463). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.htm>
- Akar, Y., Erduran, S., Uğurlu, D., Özyurt, E., Aydın, İ., Ve Aykutluğ, M., 2019. Güvenlik Raporlama Sistem Bildirimlerinin Yıllara Göre Değerlendirilmesi (2016-2017-2018). Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6(2), 81-86.
- Akçay, G., 2019. Acil Servislerde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları Ve Hasta Güvenliğinde Etkili Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı. Tekirdağ.
- Akkor, A., Sağlık, M., Moy, E. B., Aydın, Ö., Çelik, N., Sızanlı, İ., Can Mamur, S. (2018). Düşme Riskini Doğru Değerlendiriyor Muyuz? VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi (s. 95-101). Antalya: Miki Matbaacılık.

- Aksoy, N ve Polat, C., 2013. Akdeniz Bölgesindeki Bir İlde Üç Farklı Hastanenin Cerrahi Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 10 (2), 45-53.
- Alarfj, A. A., 2021. Barriers of Reporting Medication Errors at Arar Central Hospital, Journal of medical & pharmaceutical Sciences . 4 (1), 36-56. DOI: <https://doi.org/10.26389/AJSRP.L111119>
- Alper Ay, F. 2020. 112 Acil Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının İncelenmesi. İşletme Bilimi Dergisi (JOBS), 8(3), 399-424.
- Alzahrani, N., Jones, R., Rizwan, A., & Abdel-Latif, M. E., 2019. Safety attitudes in hospital emergency departments: a systematic review. International journal of health care quality assurance. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2018-0164>
- Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. (2006, 7 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 26369). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/12/20061207-4.htm>
- Hasta Taşıma Teknikleri, 2011. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Yayın no: 725TTT032, Ankara.
- Anderson, C., Dolansky, M., Damato, E. G., and Jones, K. R., 2015. Predictors of serious fall injury in hospitalized patients. Clinical nursing research, 24(3), 269-283.
- Arıkan F., 2004. Diyaliz Hemşirelerinin İşe Bağlı Stres, Tükenmişlik Ve Doyum Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon.

- Arslan, H. N., 2021. Ameliyat Sırası Manyetik Rezonans Uygulamada Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumu ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aslan, Y., 2020. İlaç kaynaklı hata / olay bildirimlerinin Dünya Sağlık Örgütü “Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na göre değerlendirmeleri . Sağlık Bilimleri ve Tıp Dergisi , 3 (1) , 20-25 . DOI: 10.32322/jhsm.612510
- Aslan, Ş., ve Güzel, A. G. Ş., 2018. Türkiye'deki Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri. Journal Of Social And Humanities Sciences Research (Jshsr), 5(31), 4995-5002.
- Atalay, D., 2018. Çocuk Hastalarda Düşme Riski Ve Hemşirelerin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı, Kars.
- Atan, Ş. Ü., Dönmez, S., ve Duran, E. T., 2013. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Florence Nightingale Journal Of Nursing, 21(3), 172-180.
- Atıcılar, A., 2011. Cerrahi Hastaların Düşme Riskine Karşı Hemşirelerin Aldıkları Önlemler. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aydemir, A., 2015. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve Tutumunu Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
- Balık, H., 2014. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. Yüksek lisans tezi. Sağlık bilimleri enstitüsü/Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı. İstanbul.

- Barış VK, İntepeler ŞS, Yeginboy EY., 2016. İzmir İlinde Bulunan Üniversite ve Kamu Hastanelerindeki Hasta Düşmelerinin Maliyet Analizi. VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kongre Bilimsel Kitabı: 121- 32, , Antalya.
- Baykal, Ü., Şahin, N. H. ve Altunaş, S., 2010. Turkish adaptation of patient safety attitude questionnaire/Hasta guvenligi tutum olcegi'nin Turkce'ye uyarlanması. Journal of Education and Research in Nursing, 7(1), 39-46.
- Bayraktar, E., ve Türk, G., 2021. Hasta Düşmelerini Önleyici Hemşirelik Girişimlerinin Uygulanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.847449>
- Behlül, S. ve Bayraktar Ö., 2017. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Üniversite Hastanesi Örneği. Sağlık Akademi Dergisi, 4(3), 202-206.
- Blain, H., Miot, S., & Bernard, P. L., 2021. How Can We Prevent Falls?. Orthogeriatrics, 273-290.https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1_16#DOI
- Blau, G., Chapman, S., Boyer, E., Flanagan, R., Lam, T., & Monos, C., 2012. Correlates of safety outcomes during patient ambulance transport a partial test of the Haddon matrix. Journal of allied health, 41(3), 69E-72E.
- Bohrer C.D., Marques L.G., Vasconcelos R.O., Oliveira J.L., Nicola A.L., Kawamoto A.M. (2016). Communication and patient safety culture in the hospital environment: vision of multiprofessional team. Rev Enferm UFSM,6(1),50-60.

- Bulut, S., Türk G., ve Şahbaz, M. 2013. Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(3), 163-169.
- Caetano, L., 2019. Step System For Patient Stretcher. Patient Application Publication, 1-3.
- Cansever Morallılar N., 2020. Ebelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Ebelik Anabilim Dalı, İzmir.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention 2020. <https://www.cdc.gov/falls/data/fall-cost.html>
- Cebeci, F., 2010. Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü (The role of emergency nurses in patient safety)Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2(1), 57-63.
- Cen, S. C. R. B., 2016. Sustainable Reduction of Inpatient Falls in the Emergency Department. prevention, 9, 10.
- Cengiz D. (ed) 2015. Sağlık Çalışanları Temel Eğitim Kitabı Katılımcı Rehberi. Sistem ofset. Ankara.
- Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 101: data presentation. Singapore medical journal, 44(6), 280-285.
- Chu, R. Z. (2017). Preventing in-patient falls: The nurse's pivotal role. Nursing2020, 47(3), 24-30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000512872.83762.69

- Cuadros KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Canales MAJ. 2017. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. Rev. Latino-Am. Enfermagem.;25: e2841.<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>
- Çakır, A., ve Tütüncü, Ö., 2009. İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Editör: Kırılmaz H. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. S. 189-204.
- Çapacı, K., 2007. İnmede düşme ve kırıklar. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi,53(1), 7- 10.
- Çelik, S., Kavrazlı, S., Demircan, E., Güven, N., Durmuş, Ö., Ve Duran, E.S., 2012. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 3(3), 176-183.
- Çevik, G., 2018. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimleri Enstitüsü/Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Isparta.
- Çiçek Korkmaz, A., 2018. Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 6(1), 10-19.
- Çolak, T., Çelik, K., Ve Öztok Tekten, B., 2020. 112 Sağlık Çalışanlarının Hastane Dışı Kardiyak Arrestlerde Kardiyopulmoner Resüsitasyon Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22(2), 208-215.
- Daggenvoorde, T. H., Klaren, J. M., Gijsman, H. J., Vermeulen, H., and Goossens, P., 2021. Experiences of Dutch ambulance nurses in emergency care for patients with

acute manic and/or psychotic symptoms : a qualitative study. Perspectives In Psychiatric Care, 57(3), 1305–1312. <https://doi.org/10.1111/ppc.12691>

Degelau, J., Belz, M., Bungum, L., Flavin, P. L., Harper, C., Leys, K., & Webb, B. (2012). Prevention of falls (acute care). Institute for Clinical Systems Improvement. Retrieved from https://www.icsi.org/_asset/dcn15z/Falls.pdf.

Dilmen, B., 2016. Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Demir, K., 2021. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara .

Derin, N. 2007. Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı. Eskişehir.

Doğan, M., ve Şenol, V., 2017. Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Adli Olgulara Yaklaşım. Hastane Öncesi Dergisi , 2 (2), 79-89.

Dönmez, B., 2017. Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Sivas.

Duman, S., ve Kitiş, Y., Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri İle İlgili Farkındalıklarının Belirlenmesi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 11, 72-79. DOI: 10.4274/Tybdd.65365

- Durgun, H. ve Kaya, H. 2018. Theattitudes of emergency department nurses towards patient safety, International Emergency Nursing. , 40, September Pages 29- 32. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.11.001>
- Durmuş, S. ve Günay, O., 2007. Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 29(2), 139-146.
- Dursun, S., Bayram, N. Ve Aytaç, S., 2010. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler, 8(1),1-14.
- Eker Düzova, Ö., 2020. KOAH Tanısı İle Takip Edilen Hastalarda Düşme Olayı Gerçekleşme Durumunun İncelenmesi. Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi, 11-15 Mart 2020, Antalya.
- Ekin, B., 2020. Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önleme Öz Yeterlikleri Ve Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- Ekşi A. Ve Gümüşsoy S., (ed.) 2020. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Travma (2nci ed) EMA Tıp Kitapevi. İstanbul, s10-11.
- Ekşi, A., (2021). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri. Editörler: Ekşi, A., Ema Tıp Kitabevi, İstanbul, s.8-9.
- Emergency Mobile Systems (EMS), (2011). Ana Sedye, Sandalye Sedye, Faraş Sedye, Vakum Sedye, Sırt Tahtası. https://www.ems.tc/pdf/ems_2011_urun_katalog.pdf

- Erdağı, S. ve Özer, N., 2015. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 94-106.
- Ertem G., Oksel E., ve Akbıyık A., 2009. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme; *Dirim Tıp Gazetesi* 84(1), 123-7.
- Fidancı B. E., Yıldız D., Konukbay D., Akyol M., Akbayrak N., Hatipoğlu S., (2014). Assessment of the Malpractice Tendencies of Nurses Working in an Educational and Research Hospital. *International Journal of Caring Sciences*. 294(7).
- Fields, J., Alturkistani, T., Kumar, N., Kanuri, A., Salem, D. N., Munn, S., & Blazey-Martin, D. (2015). Prevalence and cost of imaging in inpatient falls: the rising cost of falling. *ClinicoEconomics and outcomes research: CEOR*, 7, 281.
- Filiz, E., 2009. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Konya.
- Fisher JD, Freeman K, Clarke A, et al. Patient safety in ambulance services: a scoping review. *NIHR Journals Library*, Southampton (UK); 2015. PMID: 25996021.
- Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP., 2017. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet].,70(1):139-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0139>
- Gökdoğan. S. ve Yorgun. S., 2010. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53-59.

Gül, G., 2012. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personele Yönelik Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon Anabilim Dalı, İzmir.

Güneş, H. (2019). Acil Yardım Ambulanlarında İş Sağlığı Ve Güvenliği (Doctoral Dissertation, İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Haber Global, 2020. Ambulanstaki hasta yol ortasına böyle düştü. <https://haberglobal.com.tr/dunya/ambulanstaki-hasta-yol-ortasina-boyle-dustu-44732>. (15.11.2021)

Hagiwara, M.A., Nilsson, L., Strömsöe, A. et al., 2016. Patient safety and patient assessment in pre-hospital care: a study protocol. Scand J Trauma Resusc Emerg Med **24**, 14. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0206-7>

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. (2011, 6 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 27897). www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm

Hemşirelik Yönetmeliği. (2010. 8 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 27515). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

Hisar, K. M., Arslan C. B., Kısa, S., ve Hisar, F., 2015. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Hasta Güvenliğine İlişkin Algı Ve Görüşleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(1), 148-161.

Hürriyet, 2009. Hastayı sedyeden düşürdüler. <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/hastayi-sedyeden-dusurduler-10949400>. (15.11.2021).

- Institute of Medicine (IOM), 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington D.C. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2012/Best> Erişim:25.11.2019
- İl Ambulans Servisi Başhekimliği, (2020, 26 Kasım). İstasyonlar. Tokat İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼. <https://tokat112.saglik.gov.tr/TR-59399/istasyonlar.html?Sayfa=2>
- Janeway, H., O'Reilly, G., Schmachtenberg, F., Kharva, N., ve Wachira, B., 2019. Characterizing injury at a tertiary referral hospital in Kenya. *Plos one*, 14(7), e0220179. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220179>
- Kahya, E., Sakarya, S., Özkan, H., ve Anık N., 2020. Work Related Injuries and Exposures among Emergency Medical Service Personnel due to Interior Design of Ambulance. *ESTUDAM Public Health Journal*, 5(2), 257-69.
- Karaca, A., ve Arslan, H., 2014. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta G¼venlięi K¼lt¼r¼n¼n Değerlendirilmesine Y¼nelik Bir Çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Y¼netimi Dergisi*, 1(1), 9-18. doi:10.5222/SHYD.2014.009
- Karag¼zoęlu, ř., ve Özden, D., 2013. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 1(), 11-22
- Karayurt Ö., Turhan Damar H., Bilik Ö., Özd¼ker S. ve Duran M., 2017. Ameliyathanede Hasta G¼venlięi K¼lt¼r¼n¼n ve G¼venli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017(1), 16-23

- Kart, M.S., 2012. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana.
- Katji, E., 2017. Ameliyathanede Hasta Transportunun Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi Ve Sağlık Çalışanlarının Deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Kocaeli.
- Katsulis Z, Ergai A, Leung WY, Schenkel L, Rai A, Adelman J, Benneyan J, Bates DW, Dykes PC, 2016. Iterative user centered design for development of a patientcentered fall prevention toolkit. *Applied Ergonomics*, 56, 117-26.<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.03.011>
- Kaya, S. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? *Sağlık Hizmetlerinde Kalite. Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi* 1 (1), 32-34.
- Ketrez G., 2020. Asistan Hekimlerin Ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- Kılıç, Y., ve Erdem, F., 2015. Eski Mezopotamya Hukukunda Mesleki Suçlara Verilen Cezalar, 7(2), 8-18.
- Kızır, N., 2016. Acil Servis Çalışma Ortamının Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir.

- Koohestani, H. R., and Baghchehi, N., 2009. Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 27(1), 66-74.
- Korkmazer, F., Yıldız, A. Ve Ekingen E., 2016. Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 4(2), 141-154.
DOI:10.18506/anemon.258558
- Korkutan, M., ve Kurt, M., 2021. Hasta Güvenliği Kültürünün Türkiye'deki Mevcut Durumu Ve Önemi . *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1),19-31.
- Köksal, M., 2020. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının Empatik Eğilimleri İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü /Hemşirelik Anabilim Dalı. Denizli.
- Lawton, R., ve Parker, D. 2002. Barriers To Incident Reporting İn A Healthcare System. *Qual Saf Health Care*, 11, 15–18.
- Liu Y-S, Feng Y-P, Xie J-X, Luo Z-J, Shen C-H, et al. (2012) A Novel First Aid Stretcher for Immobilization and Transportation of Spine Injured Patients. *PLoS ONE* 7(7), e39544. doi:10.1371/journal.pone.0039544
- Manav, G. ve Karademirler, Y., 2018. Hasta Güvenliği Kültürü . *Güncel Pediatri*, 16 (3), 103-116. <https://dergipark.org.tr/en/pub/pediatri/issue/40492/485556> .

Marcin, M., Magdalena, Z.-W., Zofia, P., & Aleksandra, C., 2019. Patient safety and patients' fall risk in the prehospital phase of emergency medical services. *Journal of Education, Health and Sport*, 75-80.

Miorin JD, Dal Pai D, Ciconet RM, Lima MADS, Gerhardt, Indruczaki NS. Transfer of pre-hospital care and its potential risks for patient safety. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [cited YEAR MONTH DAY]; 29: e20190073. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0073>

Mitchell D, Raymond M, Jellett J, Webb-St Mart M, Boyd L, Botti M, Steen K, Hutchinson A, Redley B, Haines T, 2018. Where are falls prevention resources allocated by hospitals and what do they cost? A cross sectional survey using semi-structured interviews of key informants at six Australian health services. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.002>

Mollaoğlu, M., Fertelli, T., Özkan Tuncay F., 2013. Dahili Kliniklerde Yatan Bireylerin Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 27-34.

NTV, 2019. *Hasta ambulanstan yola düştü (o anlar kamerada)*. <https://www.ntv.com.tr/video/dunya/hasta-ambulanstan-yola-dustu-o-anlar-kamerada,-6HuT8aEEkSnKo3BfP1ELA>. (15.11.2021)

Ömerosman, C., 2019. Acil Servisteki Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. İzmir

- Önler, E., 2010. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- Özdemir, F. K. ve Şahin, Z. A., 2015. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği. ODÜ Tıp Dergisi, 2(3), 139-144.
- Özer, Ö., Şantaş, F., Gün, Ç., Ve Şentürk S., 2019. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bil Derg, 10(2), 161-168.
- Paksoy, V. M., 2016. Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırılması: Anglo-Amerikan ve Franko-German Modeli. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 4(1), 6-24.
- Polat, Z. M., Altındış, S., Aslan, F. G., İnci, M. B., Kılıç, Ü., Demiray, T., Altındış, S., Toptan, H., Köroğlu, M., ve Çıkrıklar, H. İ., 2018. Ambulans Kaynaklı Enfeksiyonlar ve Hijyen. SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 9(2), 6-12
- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013. Disponível Brasília. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>.
- Rahsepar, Z., Khiavi, F. F., Zahiri, M., and Haghighizadeh, M., 2021. Nurses' Perspectives About Reasons For Not Reporting Medical Errors In Educational Hospitals,. Health Technology Assessment in Action, 5(1), 1-7.

Rızalar S., Büyük Tural E., Şahin R., As T. ve Uzunkaya G., 2016. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 9(1), 9-15.

Robinson, K. (2002). "To err is human..." patient safety initiatives for EMS. Journal of Emergency Nursing, 28(1), 47-48.<https://doi.org/10.1067/men.2002.121966>

Sabah, 2012. Hastayı sedyeden düşürdüler. <https://www.sabah.com.tr/yasam/2012/10/26/hastayi-sedyeden-dusurduler>. (15.11.2021).

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. (2009, 29 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 27214). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>

Savcı, A., ve Bilik, Ö., 2014. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(2), 156-163.

Savoy, S., Carron, P. N., Romain-Glassey, N., and Beysard, N., 2021. Self-reported violence experienced by Swiss prehospital emergency care providers. Emergency medicine international, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/9966950>

Sayek, F., 2011. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Fusun Sayek Ttb Raporları/Kitapları-2010 Birinci Baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

- Schwendimann, R., Bühler, H., De Geest, S., and Milisen, K., 2006. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Services Research*, 6(1), 1-7.
- Seren İntepeler, Ş., Dursun, M., 2012. Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129-135.
- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J.(2006) The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, And Emerging Research. *BMC Health Service Research*, 6:44. doi:10.1186/1472-6963-6-44
- Shao, A. T. (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.
- Somyürek, N. Ve Uğur, E., 2016. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 1-7. Doi:10.5222/Shyd.2016.001
- Staggs, VS, Mion, LC ve Shorr, RI ., 2014. Yardımlı ve yardımsız düşmeler: farklı olaylar, farklı sonuçlar, hastane bakımının kalitesi için farklı çıkarımlar. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* , 40 (8), 358-364.
- Swinton, P., Corfield, A.R., Moultrie, C. et al. 2018. Impact of drug and equipment preparation on pre-hospital emergency Anaesthesia (PHEA) procedural time, error rate and cognitive load. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* **26**, 82. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0549-3>

- Şen, E. 2019. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri Ve Önlenmesine İlişkin Bilgi Ve Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir.
- Tanrıkulu, F., ve Sari, D., 2017.Determining patients' risk of falling in the emergency department. *International Journal of Caring Sciences.*; 10(2), 907-914.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021. Ambulans Çeşitleri. <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4467/ambulans-cesitleri.html>.
- The Joint Commission (TJC), 2015. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. *Sentinel Event Alert*, 55 (01.05.2020).
- Torrente G, Barbosa SFF., 2021. Questionnaire for assessing patient safety culture in emergency services: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 74(2):e20190693. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0693>
- Türk, S., 2015. Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Wåhlin, C., Kvarnström, S., Öhrn, A., and Strid, E. N., 2020. Patient and healthcare worker safety risks and injuries. Learning from incident reporting, *European Journal of Physiotherapy*, 22(1), 44-50. DOI: 10.1080/21679169.2018.1549594.
- Webair, H. H., Al-Assani, S. S., Al-Haddad, R. H., Al-Shaeeb, W. H., Selm, M. A. B., & Alyamani, A. S., 2015. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC family practice*, 16(1), 1-9.

World Health Organization. 2007. WHO global report on falls prevention in older age.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, France, 1-47.

World Health Organization (WHO). Fact File, 10 Facts on Patient Safety.

<https://www.who.int/patientsafety/en/> Erişim:27.09.2019

World Health Organization, (2021, April 26). Falls. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları

Hakkında Tebliğ. (2009. 16 Ekim). Resmi Gazete (Sayı: 273780). Erişim Adresi:

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13494&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>

112acilfm, 2021, Kasım 28. Ambulansa Sedyeye İle Getirilirken Sedyeden Düşürülen

Hasta 112Acil Görevlilerine Suç Duyurusunda Bulundu ! Videolu Haber.

<http://www.112acilfm.net/ambulansa-sedyeye-ile-getirilirken-sedyeden-dusurulen-hasta-112acil-gorevlilerine-suc-duyurusunda-bulundu-videolu-haber/2981/>. (15.11.2021)

112 Acil Çağrı Merkezi, 2019. T.C. İçişleri Bakanlığı. <https://www.112.gov.tr/112-acm-projesi>.

8. EKLER

EK 1: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

EK 2: ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

EK 3: TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZNİ





T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TOKAT SAĞLIK
BAŞKAN YARDIMCISI I
16/04/2021 14:52 - E-87064461 - 044 - 104



00138836991

Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.Nuğman
Ali ARSLAN

Sayın Nuğman Ali Arslan
(Mimar Sinan Mh. Hastane Cd. Mimarsinan Evleri Sitesi C Blok 4.Kat Daire 18 Erbaa)

İlgi : 02/04/2021 tarihli dilekçeniz

İlgi dilekçenize istinaden; 15 Nisan-15 Haziran 2021 tarihleri arasında Merkez ve ilçe Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında görev yapan Paramedik,ATT,Hemşire,Sağlık Memuru,Doktor vd.sağlık çalışanlarına yapmayı planladığınız "Hastane Öncesi Acil Ambulans Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği ve Düşmeye Yönelik Bilgi ve Tutumları" isimli çalışmanız Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş çalışmanın yapılması yönünde izin verilmiş, komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Karar Tutanağı-Nuğman Ali ARSLAN

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 828-2b52-696-4726-813-8-5550-9f30 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hoca Ahmet Mh. Mesrur GÜRGENÇ, Cd.
No:4 60100 TOKAT

Telefon: Faks No: 2144027

e-Posta: seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnternet Adresi: .

Bilgi için: Seyhan ÖZELCE

EBE

Telefon No: (0 356) 212 11 38



EK 4: TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI

EK 6: ANKET FORMU**ANKET FORMU**

Anket no:

**Hastane Öncesi Acil Ambulans Çalışanlarının Hasta Güvenliğinde Düşme
Hakkındaki Bilgi ve Tutumları**

Saygıdeğer meslektaşlarım; İsmim Nuğman Ali ARSLAN, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği'nde Yüksek Lisans 2. sınıf öğrencisiyim. Bu araştırma, “**Hastane Öncesi Acil Ambulans Çalışanlarının Hasta Güvenliğinde Düşme Hakkındaki Bilgi ve Tutum düzeylerini belirlemek**” amacıyla yapılmaktadır. Ankette yer alan soruları içtenlikle cevaplamanız sonuçların güvenilir olması açısından çok önemlidir. Verdiğiniz bilgiler tarafımda gizli tutulacak ve sadece araştırmanın raporlanmasında kullanılacaktır. Sorulara cevap vermek istemediğinizde araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı Adı Soyadı: Nuğman Ali ARSLAN

Anketin Uygulandığı Tarih:

Anketin Uygulandığı Yer:

Katılım Ret Edildiyse Nedeni:

- 1- Çalışma biriminiz
 - a) A1
 - b) A2

- c) B1
 - d) B2
 - e) C
- 2- Cinsiyetiniz?
- a) Kadın
 - b) Erkek
- 3- Yaşınız?
- a) 18-25 yaş
 - b) 26-35 yaş
 - c) 36 ve üzeri yaş
- 4- Medeni durumunuz?
- a) Bekar
 - b) Evli
- 5- Eğitim düzeyiniz nedir?
- a) Sağlık Meslek Lisesi
 - b) Ön Lisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek lisans
- 6- Kurumunuzdaki göreviniz nedir?
- a) Hemşire
 - b) Sağlık Memuru
 - c) ATT
 - d) Paramedik
 - e) Diğer (belirtiniz).....
- 7- Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?
- a) 0-5 yıl arası
 - b) 6-10 yıl arası
 - c) 11 yıl ve üzeri
- 8- Bu birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
- 9- Çalışma şekliniz,
- a) Gündüz

- b) Gece
- c) Vardiyalı

10- Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- a) 40 saat
- b) 40-50 saat
- c) 50 saat ve üzeri

11- Hasta güvenliğine yönelik bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

12- Hasta güvenliğine yönelik eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

13- Evet ise; Hasta güvenliğine yönelik eğitiminizi nereden aldınız?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a) Mezun olduğum okuldan,
- b) Konferans, kongre vb.
- c) Çalışmakta olduğum kurum,
- d) Diğer (belirtiniz).....

14- Hasta güvenliğine ilişkin raporlanan olayınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15- Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini tehdit eden durumlar nelerdir?

.....

.....

.....

.....

16- Hasta yakınından hastanın düşme riskine yönelik bilgi aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

17- Hasta ile transfer sırasında düşmeye yönelik iş birliği yapıyor musunuz?

- a) Evet

b) Hayır

18- Bugüne kadar meslek yaşamınızda hasta düşmesine şahit oldunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

19- Hasta düşme vakanız oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

20- Hasta düşerse ne yapıyorsunuz?

.....

21- Hasta transferinde kullanılan sedyede kaç tane kemer olması gerekir?

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

22- Hasta transferinde sedyeye ilgili sıkıntı yaşadınız mı?

a) Evet

b) Hayır

22_1. Cevabınız evet ise aşağıdaki şıkları işaretleyiniz.

a) Kemer sayısı eksik

b) Sedyenin ayaklarının açılmaması

c) Sedyenin taşıyacağı kapasitesinin üzerinde ağırlıklı hastanın alınması

d) Diğer

23- Hastayı ana sedyeye alırken düşürdünüz mü?

a) Evet

b) Hayır

24- Faraş sedyeye hasta alırken hastayı düşürdünüz mü?

a) Evet

b) Hayır

25- Kombinasyon sedyeye hasta alırken hastayı düşürdünüz mü?

a) Evet

b) Hayır

26- Hastayı sırt tahtasına alırken düşürdünüz mü?

a) Evet

b) Hayır

27- Hasta düşmelerinin önlenmesinde rolünüz olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

28- Hasta düşmeleri önlenebilir mi?

a) Evet

b) Hayır

29- Hasta düşmeleri, düşmelerin nedenleri ve düşmeleri önleme ile ilgili eğitime ihtiyaç duyuyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

30- Ambulansta düşmelerin hangi vakitlerde daha sık olduğunu düşünüyorsunuz?

a) Sabahın erken saatleri

b) Gün içinde

c) Akşam

d) Gece

31- Ambulansla transfer edilen hastada yaşın düşme riskinde etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

32- Ambulansta çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

33- Ambulans içerisinde düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

34- Ambulansta düşmeleri önlemek için fiziksel tespit kullanılıyor mu?

a) Evet

b) Hayır

35- Transfer edilen hastalarda düşme riski olanlar için belirteç kullanılıyor mu?

a) Evet

b) Hayır

36- Ambulans hızının hasta düşmelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

37- Hasta taşıma tekniklerini biliyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

38- Hasta taşıma tekniklerini kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

EK 7: HASTA GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ

İŞ DOYUMU		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	Performansım hakkında geri bildirim alırım(Bilgilendirilirim)	5	4	3	2	1
	Hastane yönetimi işini iyi yapar	5	4	3	2	1
	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir	5	4	3	2	1
	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	5	4	3	2	1
	Bu hastanede, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	5	4	3	2	1
	Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değeri verilir.	5	4	3	2	1
	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	5	4	3	2	1
	Bu birimdeki tıbbi ekipman - donanım yeterlidir.	5	4	3	2	1

	Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	5	4	3	2	1
	Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır	5	4	3	2	1
	Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	5	4	3	2	1
	Hastalara bakım verilirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder	5	4	3	2	1
EKİP ÇALIŞMASI	Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	5	4	3	2	1
	Bu birimde ahlaki(etik) değerler yüksektir	5	4	3	2	1
	Acil durumlara diğer personelin ne yapacağını bilirim	5	4	3	2	1
	Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı dikkate alınarak çözülür.	5	4	3	2	1
	Gerçekten profesyonel olan çalışanlar kişi problemlerini işine yansıtmazlar.	5	4	3	2	1
	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.	5	4	3	2	1
	Hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bunu rapor etmem konusunda	5	4	3	2	1

	meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim					
	Bu birimde diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	5	4	3	2	1
	Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.	5	4	3	2	1
	Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili soruları sormak için uygun yolları bilirim.	5	4	3	2	1
	Bu birimde doktor ve hemşireler ekip olarak çalışır.	5	4	3	2	1
	Bu birimde olay raporları ile ilgili bilgiler, hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.	5	4	3	2	1
GÜVENLİK İKLİMİ	Bu birimde güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanır.	5	4	3	2	1
	Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.	5	4	3	2	1
	Bu birimde gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edildiğini bilirim	5	4	3	2	1
	Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli önemsenir.	5	4	3	2	1
	Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.	5	4	3	2	1

YÖNETİM ANLAYIŞI	Bu birimde tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır	5	4	3	2	1
	Bu hastane yeni personelin işe oryantasyonunu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.	5	4	3	2	1
	Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.	5	4	3	2	1
	Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.	5	4	3	2	1
	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmeme destekler	5	4	3	2	1
	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	5	4	3	2	1
	Acil durumdaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler	5	4	3	2	1
STRESİ TANIMLAMA	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	5	4	3	2	1
	Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.	5	4	3	2	1
	Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.	5	4	3	2	1
	Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur	5	4	3	2	1

	Bu birimde hizmet aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır	5	4	3	2	1
ÇALIŞMA KOŞULLARI	Çalışanlar bu birimde oluşturulan kural veya prosedürleri (el yıkama, tedavi, protokolleri) sıklıkla önemsemezler.	5	4	3	2	1
	İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.	5	4	3	2	1
	Bu birimdeki tüm çalışanlar işlerini iyi yaparlar.	5	4	3	2	1
	İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.	5	4	3	2	1
	Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar(öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.	5	4	3	2	1

