

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**HEMŞİRELERİN DÜŞMELERİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK
TUTUMLARI: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

Doktora Tezi

Esra ÖZBUDAK

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Esra ÖZBUDAK tarafından, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan “HEMŞİRELERİN DÜŞMELERİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK TUTUMLARI: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 31.3.2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Didem LAFÇI Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü	☒ Kabul ☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

24 /02/2023
Esra ÖZBUDAK

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : HEMŞİRELERİN DÜŞMELERİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK TUTUMLARI: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 24/02/2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : %11

Tek kaynak oranı : %3 çıkmıştır.

24/02/2023
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

HEMŞİRELERİN DÜŞMELERİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK TUTUMLARI: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Esra ÖZBUDAK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Doktora, Şubat/2023

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın amacı “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”ni geliştirmek ve hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metod: Araştırma 27/11/2020-28/02/2023 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi’nde yürütüldü. Araştırmada, nitel ve nicel araştırma tasarımının birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanıldı. Nitel araştırma tasarımının kullanıldığı birinci aşamada 24 hemşire ile fenomenolojik görüşmeler yapıldı. Hemşirelerle yapılan görüşmeler ve bu konudaki literatür taranarak ölçek madde havuzu oluşturuldu. Nicel araştırma tasarımının kullanıldığı ikinci aşamada ölçek geliştirme adımları doğrultusunda 630 hemşireye “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı”nın geçerlik ve güvenirlik analizleri uygulandı. Nicel verilerin analizinde SPSS 28 ve IBM SPSS Amos 21.0 programlarından, nitel verilerin analizinde MAXQDA 22 programından yararlanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nin uzman görüşü sonrasında Kapsam Geçerlik İndeksi 0,94 olarak belirlendi. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği, doğrulayıcı faktör analizi sonrasında 19 madde ve 5 alt boyuttan (koruyucu önlemler, risk değerlendirme, olay bildirimi ve raporlama, düşmelerin önlenmesi ve bakımı planlama) oluşan son halini aldı. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd : 2,360; GFI: 0,948; AGFI: 0,931; IFI:0,966; TLI:0,958; CFI: 0,965; RMSEA:0,046; SRMR:0,043 olarak belirlendi. Ölçeğin zamana karşı güvenirliği test-tekrar test yöntemiyle değerlendirilerek yanıtlar arası uyumun çok iyi olduğu saptandı (ICC: 0,822; $p<0,001$). Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,843 olduğu ve ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,700 ile 0,912 arasında değiştiği belirlendi. Nitel veri analizi sonucunda 6 tema ile 27 alt tema elde edildi. Bu araştırmada temalar; düşmelerin en sık görüldüğü gruplar, düşmeyi etkileyen faktörler, düşmelerin birey üzerine etkileri, düşmelerin önlenmesi için alınan önlemler, düşme sonrası yapılan girişimler ve düşme sonrası hemşirelerin hissettikleri duygular olarak belirlendi.

Sonuç: Bu araştırmada Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nin (HDÖYTÖ) geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Düşme, Düşmelerin Önlenmesi, Hemşire, Tutum

ABSTRACT

NURSES' ATTITUDES TOWARDS THE PREVENTION OF FALLS: A SCALE DEVELOPMENT STUDY

Esra ÖZBUDAK
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Nursing
Ph.D., February/2023
Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Purpose: The aim of this methodological and descriptive study was to develop a “Nurses' Attitudes Towards Prevention of Falls Scale” and to identify the factors that influence nurses' attitudes towards falls prevention.

Materials ve Methods: The study was conducted between 27/11/2020 and 28/02/2023 at Tokat State Hospital and Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital. The study used a nested mixed design in which qualitative and quantitative research methods were used together. In the first phase, where a qualitative research design was used, phenomenological interviews were conducted with 24 nurses. A scale item pool was created by analysing the interviews with the nurses and the literature on the topic. In the second phase, using a quantitative research design, validity and reliability analyses of the Nurses' Attitudes Towards Prevention of Falls Scale Draft were applied to 630 nurses according to the scale development steps. The SPSS 28 and IBM SPSS Amos 21.0 programmes were used to analyse the quantitative data, and the MAXQDA 22 programme was used to analyse the qualitative data.

Findings: Nurses' Attitudes Towards Prevention of Falls Scale Draft, according to the expert opinion, the content validity index of the draft scale was set at 0.94. After confirmatory factor analysis, the “Nurses' Attitudes Towards Prevention of Falls Scale”, comprised of 19 items and 5 sub-dimensions (protector precaution, risk assessment, incident reporting, falls prevention and care planning). In the confirmatory factor analysis, the following values were obtained for the goodness of fit of the scale: χ^2/sd : 2.360; GFI: 0.948; AGFI: 0.931; IFI: 0.966; TLI: 0.958; CFI: 0.965; RMSEA: 0.046; SRMR: 0.043. The reliability of the scale over time was assessed using the test-retest method and it was found that the inter-response agreement was very good (ICC: 0.822; $p < 0.001$). It was found that the Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was 0.843 and the Cronbach's alpha reliability coefficient of the sub-dimensions of the scale ranged from 0.700 to 0.912. As a result of the qualitative data analysis, 6 themes and 27 subthemes were identified. In this study, the most common groups of falls, the factors influencing falls, the impact of falls on the individual, measures to prevent falls, interventions after falls and the emotions of caregivers after falls were identified as themes.

Conclusion: This present study determined that the Nurses' Attitudes Towards Prevention of Falls Scale was a valid and reliable scale.

Keywords: Fall, Prevention of Falls, Nurse, Attitude

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecim boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle bana her konuda rehberlik eden, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim, ömür boyu minnet ve hayranlık duyacağıma inandığım, çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmama değerli katkılar sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN'e ve Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDIKEN ALKAN'a, tez savunma sınavımda katkılarını sunan Doç. Dr. Didem LAFÇI ve Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ'e

Doktora eğitim sürecimi renklendiren Tuğba ERDOĞAN KAVALALI, Sevil MASAT HARBALİ, Esra DANACI ve Ebru TURHAL'a,

Çalışmamı zevkle ve kolaylıkla yürütmeme yardımcı olan Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi yöneticileri ve hemşirelerine,

Başarılarıma en az benim kadar sevinen, bana inanan, zor zamanlarımda yüzümü güldüren canım arkadaşlarım, Emine KOYUNCU ve Gamze Göksu DUMAN'a,

Varlığını her zaman hissettiren, bu süreçte bana bütün içtenliğiyle destek olan Ferit Arda ARICA'ya,

Hayatım boyunca, yürüdüğüm bütün yollarda elimi sımsıkı tutarak benimle birlikte yürüyen ve hiçbir zaman yorulmayan annem ve babama,

En derin ve içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Esra ÖZBUDAK

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	3
1.3. Araştırmanın Amacı	4
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hasta Güvenliği	5
2.2. Düşme Kavramı	9
2.3. Düşmelerin Sınıflandırılması	10
2.4. Dünyada ve Türkiye'de Düşme Prevalansı	11
2.5. Düşme Olaylarını Raporlamanın Önemi	13
2.6. Düşmeye Neden Olan İçsel ve Dışsal Risk Faktörleri	15
2.7. Düşmelerin Sağlıklı ve Hasta Bireyler Üzerine Etkileri	19
2.8. Hasta Düşmelerinin Ekonomik Boyutu	23
2.9. Düşmelerin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü	24
2.10. Düşmeleri Önlemeye Yönelik Olarak Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	25
2.10.1. Hastaya Yönelik Olarak Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	25
2.10.2. Çevreye Yönelik Olarak Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	30
2.11. Tutum Kavramı	31
2.11.1. Tutumun Özellikleri	32
2.11.2. Tutumun Boyutları	32
2.11.3. Tutumun Ölçülmesi	33
2.12. Ölçek Geliştirme Süreci	33
2.12.1. Geçerlik	34
2.12.2. Güvenirlik	37
2.13. Nitel Araştırma Yöntemi	39
2.13.1. Fenomenolojik Yaklaşım	40
3. MATERYAL VE METOT	42
3.1. Materyal	42
3.1.1. Araştırmanın Türü	42
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	42
3.2. Metot	42
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi	42
3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi	44
3.2.2. Verilerin Toplanması	44
3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması	44
3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması	44
3.2.3. Veri Toplama Araçları	45
3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	45
3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	47
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	47

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	49
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
4. BULGULAR.....	52
4.1. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri	52
4.1.1. Kapsam Geçerliği	52
4.1.2. Yapı Geçerliği	56
4.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri	63
4.2.1. İç Tutarlılık.....	63
4.2.2. Test-Tekrar Test (Test/Retest) Yöntemi/Değişmezlik Güvenirliği.....	65
4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular	66
4.3.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular	66
4.3.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	70
4.4. Hemşirelerden Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular	75
4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	75
4.4.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarının İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular	76
5. TARTIŞMA.....	87
5.1. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	87
5.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması	90
5.3. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması	95
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	98
6.1. Sonuçlar.....	98
6.2. Öneriler.....	98
KAYNAKÇA.....	100
EKLER.....	112
Ek 1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	112
Ek 2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı.....	113
Ek 3. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği.....	117
Ek 4. Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi.....	118
Ek 5. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi.....	119
Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul İzni.....	120
Ek 7. Kurum Araştırma İzinleri.....	121
Ek 8. Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi.....	123
ÖZGEÇMİŞ	124

SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı)
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
CFI	: Cognitive Flexibility Scale (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)
DFA	: Doğrulamalı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
D	: Olayın Görülüş Sıklığına Göre Yapılmak İstenen “+” Sapma
F	: ANOVA(Tek Yönlü Varyans Analizi)
GFI	: Goodness-Of-Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
HDÖYTÖ	: Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği
ICC	: Intra-Class Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
IFI	: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGÖ	: Kapsam Geçerlik Ölçütü
Min-Max	: Minimum-Maksimum
N	: Örneklem alınacak birey sayısı
N	: Evrendeki birey sayısı
NDNQI	: National Database of Nursing Quality Indicators (Amerika Hemşirelik Kalite Göstergeleri Ulusal Veri Tabanı)
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
NNFI	: Non-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)
Ort	: Ortalama
P	: Anlamlılık düzeyi
Q	: İncelenen Olayın Görülmeme Sıklığı (1-p)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
TDK	: Türk Dil Kurumu
T	: Bağımsız Örneklem T Testi

R	: Korelasyon katsayısı
	Standardized Root Mean Square Residual
SRMR	: (Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TLI	: Trucker-Lewis İndeksi
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
A	: Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı
χ^2	: Ki-Kare test istatistiği



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Algoritma Şeması.....	50
Şekil 3.2. Araştırmanın Planı.....	51
Şekil 4.1. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'ne İlişkin Ölçüm Modeli... ..	63
Şekil 4.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarına Yönelik Olarak Oluşturulan Tema ve Alt Temaların Kavram Haritası	86



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. NDNQI Yaralanma Sınıflandırma Sistemi.....	21
Tablo 2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizinde (DFA) İyi ve Kabul Edilebilir Uyum İyiliği Değerleri.....	37
Tablo 2.3. Cronbach Alfa Katsayısı (α) Sınırları.....	38
Tablo 3.1. Hastanelerde Çalışan Hemşire Sayısı, Tabakadaki Ağırlık Oranları ve Örnekleme Alınacak Hemşire Sayısı.....	43
Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	48
Tablo 4.1. Kapsam Geçerlik Ölçütü İçin Minimum Değerler.....	52
Tablo 4.2. 70 Maddeye Ait KGO Değerleri.....	53
Tablo 4.3. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı'na Ait KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Test Sonuçları.....	56
Tablo 4.4. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Varyans Açıklama Tablosu.....	58
Tablo 4.5. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri.....	59
Tablo 4.6. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağını Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri.....	61
Tablo 4.7. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı Maddelerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yük Değerleri.....	62
Tablo 4.8. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	64
Tablo 4.9. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağından Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri.....	64
Tablo 4.10. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağının Test Tekrar Test Puanları Arasındaki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı ve Anlamlılıkları.....	65
Tablo 4.11. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Alt Boyut İsimleri, Madde Sayısı ve Maddeler.....	66
Tablo 4.12. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	66
Tablo 4.13. Hemşirelerin Çalışma Hayatına İlişkin Özellikler.....	67
Tablo 4.14. Hasta Düşmeleriyle İlişkili Bulgular.....	68
Tablo 4.15. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	70
Tablo 4.16. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.17. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	76
Tablo 4.18. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine İlişkin Temalar ve Alt Temalar.....	77

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin en önemli kalite göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında bireylerin maruz kalabileceği zararı önlemek amacıyla, sağlık bakım kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tümü hasta güvenliği kapsamında değerlendirilmektedir (Ardahan ve Alp, 2015). Bu doğrultuda Joint Commission International'ın (Uluslararası Ortak Komisyon-JCI) Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'nden birini de düşmeler oluşturmaktadır (JCI, 2022). Düşme, "kasıtlı bir hareket veya içsel ya da dışsal bir faktörün etkisi olmadan, bireyin bulunduğu yerden daha aşağıda bir konumda hareketsiz kalması" olarak tanımlanmaktadır (Çubukçu, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre düşme, "farkında olmadan yer, zemin veya diğer seviyesi alçak cisimler üzerine yığılma; mobilya, duvar veya diğer cisimler üzerine bilinçli olmayan pozisyon değişikliği" olarak açıklanmaktadır (DSÖ, 2022).

DSÖ verilerine göre düşmeler, kaza veya kasıtsız yaralanma sonucu oluşan ölümlerin önde gelen ikinci nedenini oluşturmaktadır. DSÖ'ye göre dünya çapında her yıl tıbbi müdahale gerektirecek 37,3 milyon düşme meydana gelmektedir. Bununla birlikte her yıl yaklaşık 646.000 kişinin düşmelere bağlı olarak hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (DSÖ, 2022). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention/CDC), bütün düşmelerin yaralanmayla sonuçlanmadığını bildirmektedir. Bu doğrultuda düşme olaylarının %37'sinin tıbbi tedavi gerektirdiği veya günlük yaşam aktivitelerini en az bir gün kısıtlayacak yaralanmalarla sonuçlandığı belirtilmektedir (CDC, 2022). Türkiye'de düşme prevalansı ile ilgili veriler oldukça sınırlı olmakla birlikte, düşme prevalansının araştırıldığı çalışmaların genellikle yaşlı bireyler üzerinde yapıldığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerde düşme prevalansının %35,6 - %62,0 arasında değiştiği bildirilmektedir (Aktürk ve İster, 2019).

Son yıllarda hastanelerde meydana gelen düşme olaylarında azalma olsa da düşmeler hâlâ önemli bir hasta güvenliği sorunu olmaya devam etmektedir. Bu nedenle hasta düşmeleri, hastanelerde en çok rapor edilen durumlardan birini oluşturmaktadır. ABD hastanelerinde her yıl yaklaşık 700.000 ile 1.000.000 hastanın düştüğü, yaklaşık 250.000 yaralanma ve 11.000 ölüm meydana geldiği bildirilmektedir. Aynı zamanda hastanede yatarak tedavi gören hastaların yaklaşık %2'sinin hastanede kaldıkları

sürece boyunca en az bir kez düşme olayı deneyimlediği rapor edilmektedir. Yaklaşık olarak dört düşme olayından biri yaralanmayla, düşmelerin yaklaşık %10'u ise ciddi yaralanmayla sonuçlanabilmektedir (LeLaurin and Shorr, 2019). Hastanenin yabancı bir ortam olması, bireylerin sağlık durumlarında meydana gelen değişiklikler, tanı-tedavi işlemlerinin karmaşıklığı bireylerin düşmesine neden olabilmektedir (Gürler vd., 2017).

Düşmelere yol açan faktörler genel olarak içsel (bireysel) ve dışsal (çevresel) faktörler olarak gruplandırılabilir. Düşmeye neden olabilecek içsel faktörler; ileri yaş, anksiyete, deliryum, oryantasyon bozukluğu, halsizlik, hareket bozukluğu, kas gücü zayıflığı, denge bozukluğu, sık tuvalet ihtiyacı, inkontinans, düşme öyküsü, düşme korkusu, görme bozukluğu, ortostatik hipotansiyon, polifarmasi, bazı ilaçlar (özellikle psikotropikler) ve kronik hastalıklar olarak bildirilmektedir (Berry et al., 2017; CDC, 2022; Domer, 2021; Ghosh et al., 2022; Morris and O'Riordan, 2017; Najafpour et al., 2019; Toren and Lipschuetz, 2017).

Düşmeye neden olabilecek dışsal faktörler ise zeminin kaygan ve ıslak olması, odanın düzensiz, kalabalık ve dağınık olması, yetersiz aydınlatma, koridorlarda, banyo ve tuvaletlerde tutunma yerlerinin olmaması, yatağın veya tekerlekli sandalyelerin tekerleklerinin bozuk veya kilitsiz olması, uygun olmayan klozet veya yatak yüksekliği, yatak korumalıklarının olmaması, sık kullanılan eşyaların hastadan uzağa konumlandırılması, ayakkabının olmaması ya da uygunsuz olması, yüksek merdivenler, kullanılan ilaçlar, yardımcı araç-gerecin eksikliği, güç kabloları ve aşırı donanımlı hasta ortamı olarak bildirilmektedir (Berry et al., 2017; CDC, 2017; Jiang et al., 2019; Toren and Lipschuetz, 2017; Vu et al., 2020; Yaşar ve Türk, 2018).

Düşmeler önlenmediğinde, ciddi ekonomik ve tıbbi problemler ortaya çıkabilmektedir. JCI (2022), Amerika'daki hastanelerde gerçekleşen düşmelerin %30-%50'sinin yaralanma ile sonuçlandığını, buna bağlı olarak bireylerin ek tedavi gereksinimlerinin ortaya çıktığını ve hastanede kalış sürelerinin uzadığını bildirmektedir. Ayrıca düşme sonrası yaralanma maliyetinin kişi başı yaklaşık 14.000 dolar olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde Erdem ve Atay'ın (2018) çalışmasında, ülkemizdeki hastanelerde ciddi düşmelerin neden olduğu maliyet artışının 8.726,94 TL olduğu ve düşmelerin hastanede yatış süresini 14,61 gün uzattığı bildirilmektedir.

Düşmelerin önlenmesi, düşmelere bağlı yaralanmaların ve ölümlerin azaltılması, güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir (De Sousa Costa et al., 2019). Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan

hemşireler, hemşirelik girişimlerini planlayarak ve uygulayarak, düşmelerin önlenmesinde önemli bir rol oynayabilir (Gu et al., 2016; SaudiMOH, 2021). Hemşireler, hastanede yatan hastaların güvenliğini sağlamak için kapsamlı bir hemşirelik bakımı planlayabilir. Bakım sundukları tüm bireyleri düşme riski faktörleri yönünden değerlendirebilir (Callis, 2016). Bireylerde düşme riskinin erken dönemde belirlenmesinde ve düşmeyi önleyici bakımın planlanmasında, hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının artırılmasının oldukça önemli olduğu bildirilmektedir (De Sousa Costa et al., 2019).

Hemşirelerin hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tutumları, düşmeleri önlemeye yönelik girişimlerini etkileyebilir. Bu nedenle hemşirelerin düşmeleri önleme konusundaki bilgilerinin ve düşmeleri önlemeye yönelik tutumlarının belirlenmesinin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Han et al., 2020). Düşme risk faktörleri hakkında yeterli bilgi, tutum ve farkındalığa sahip hemşireler, düşme prevalansını azaltabilir (James et al., 2022). Bu konudaki literatür incelendiğinde, hemşirelerin düşmelerin önlenmesine ilişkin tutumlarını belirlemek üzere yurt içinde ve yurt dışında geliştirilmiş bir ölçüm aracına rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi Virginia Henderson'ın Gereksinimler Teorisine dayanmaktadır. Bu teori bireyi 14 temel gereksinimle bir bütün olarak tanımlamaktadır. Bu gereksinimler arasında bireyin güvenliğinin korunması da yer almaktadır. Düşmelerin önlenmesine yönelik olarak yapılan girişimlerin odak noktasını, bireyin güvenlik gereksiniminin karşılanması oluşturmaktadır. Hemşirenin rolü, bireyin güvenliğini sağlama hedefi doğrultusunda, bireyin gücü, bilgisi veya iradesi olmadığında bağımsızlığını geri kazanmasına yardımcı olmak ve bireyi düşmelerin zararlı etkilerinden korumaktır (Montejano-Lozoya et al., 2020).

Henderson'ın bu teorisi, bireyin hastaneye yatışı yapıldıktan sonra, bağımsızlığını geliştirmenin önemini vurgulamaktadır. Teori, bireyselleştirilmiş bakıma, hastaların sağlığının korunmasına, iyileştirilmesine, huzurlu bir ölüme ulaşabilmeleri için yardımcı olma işlevi gören hemşirelik rolüne odaklanmaktadır (Atthitsham and Jacoline, 2015). Henderson'a göre hemşire, bilinci olmayanın bilinci, gözleri görmeyenin gözleri, yürüyemeyenin ayakları, çocuğun hareket edebilme gücü ve genç bireylerin bilgi ve güvencesidir (Atthitsham and Jacoline, 2015; Henderson,

1964).

Henderson'a göre birey, hastaneye kabulden, taburcu olana kadar bakım almalıdır. Hemşirelik işlevlerinin odak noktası; bireyin kendi kendine yapamadığı, hemşirenin yardımını gerektiren gereksinimleri karşılamaktır (Kim and Kollak, 2006). Henderson, insan olmanın 14 temel gereksinimini karşılayarak hemşirelik bakımının sürdürülmesi gerektiğine inanmaktadır. Henderson'ın teorisine göre, hemşirelik bakımı bireyin bağımsızlığını sürdürmesini sağlayan fizyolojik, psikolojik, manevi, sosyo-kültürel bileşenleri içermektedir. Teorinin ilk dokuz bileşeni, bireyin fizyolojik ve güvenlik gereksinimlerine odaklanmaktadır (Ahtisham and Jacoline, 2015).

Henderson; yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için sağlığın geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Henderson sağlığını kaybeden bireyin çevrenin güvenliğini kontrol edemeyeceğine de inanmaktadır. Bu doğrultuda hemşirenin, hastayı ona zarar verecek bütün çevresel faktörlerden koruması gerektiğini vurgulamaktadır (Ahtisham and Jacoline, 2015). Henderson çevreyi, organizmanın gelişmesini ve büyümesini etkileyen dış şartlar ve etmenlerin bütünü olarak ifade etmiştir. Aynı zamanda Henderson, bireylerin sağlıkları üzerinde yaş, fiziksel ve entelektüel kapasite, kültür ve emosyonel durum gibi faktörlerin etkili olduğunu bildirmiştir (Ünsal, 2017).

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”ni geliştirmek ve hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”, hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarını değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

H₂: Hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumları, sosyodemografik ve çalışma hayatına ilişkin özelliklere göre farklılık gösterir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Güvenlik, “fiziksel ve psikolojik yaralanmalardan korunmak” olarak tanımlanan temel bir insan gereksinimidir. Bireyin hayatta kalabilmesi ve iyilik halini sürdürebilmesi, güvenli bir ortamda sağlık bakımı alabilmesi ile mümkündür. Güvenli sağlık bakım ortamı; bireyin hastalık ve yaralanma riskini azaltabilir. Güvenli sağlık bakım ortamı bireyin tedavi süresinin uzamasını önleyebilir ve hastanede kalış süresini azaltabilir. Bireyin fonksiyonel durumunu iyileştirerek veya koruyarak, sağlık bakımı maliyetinin kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir. Aynı zamanda bireyin sağlık bakım sonuçlarında görülen iyileşmeler, sunulan sağlık bakımının kalitesinin de artmasını sağlayabilir (Potter et al., 2021).

Hasta güvenliği, sağlık bakım kalitesinin önemli göstergelerinden biridir. Bu doğrultuda hasta güvenliği, “sağlık sistemi içindeki güvenli olmayan eylemlerin azaltılması ve hafifletilmesinin yanı sıra hasta sonuçlarını iyileştiren en iyi uygulamaların kullanılması” olarak tanımlanabilir (Potter et al., 2019). Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, bireylerin maruz kalabileceği zararı önlemek amacıyla, sağlık bakım kuruluşları ve sağlık bakım profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tümü hasta güvenliği kapsamında değerlendirilebilir (Ardahan ve Alp, 2015). Hasta güvenliği hem hataların meydana gelme olasılığını hem de meydana gelen hataların etkisini azaltan kültür, süreç, prosedür, davranış, teknoloji ve organize faaliyetler çerçevesi olarak açıklanabilir (DSÖ, 2022).

JCI ise hasta güvenliğini, “hastaya zarar veren veya zarar verme olasılığı olan olay veya durum” olarak tanımlamaktadır. JCI’a göre hasta güvenliği ile ilgili bir durum, sistemde meydana gelen bir aksaklıktan, ekipman hasarından veya insan hatasından kaynaklanabilir. JCI hasta güvenliği olaylarını; beklenmedik olay (nadir olarak ölümle genellikle kalıcı veya ciddi geçici hasarla sonuçlanan), istenmeyen olay (hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan), zararsız olay (hastanın başına gelen ancak hastaya zarar vermeyen), ramak kala olay (hastaya ulaşmayan ve hastaya zarar vermeyen) ve tehlikeli durum(lar) (istenmeyen olayın yaşanma ihtimalini artıran hasta güvenliği olayları) boyutlarında ele almaktadır (JCI, 2022).

JCI, sağlık hizmetlerinin güvenliğini ve kalitesini artırmak amacıyla 1951 yılında kurulmuş olmasına karşın, ancak 1960’lardan sonra sağlık sistemi içerisindeki yerini almıştır (Çiçek Korkmaz, 2018). Hasta güvenliği kavramının temelleri Amerika

Birleşik Devletleri’nde atılmıştır. Bu alanda yapılan ilk çalışma, 1955 yılında ABD’li hekim Ernest Cedman’ın hasta sonuçları üzerinde yürüttüğü araştırmadır. Bu araştırmayı Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı’nın ABD’nin New York eyaletinde 1984 yılında yapmış olduğu “Harvard Tıp Uygulama” çalışmaları izlemiştir. Daha sonraki yıllarda;

- 1992 yılında Colorado ve Utah’ta “Tıbbi Uygulama Çalışması” gerçekleştirilmiştir.
- 1995 yılında “I. Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı” yapılmıştır.
- 1996 yılında politikacılar hasta güvenliği ile ilgili düzenlemelerin içinde yer almaya başlamıştır.
- 1997-1998 yılları arasında hasta güvenliği ile ilgili araştırma sonuçlarını içeren raporlar kamuoyu ile paylaşılmıştır.
- 2000 yılında hasta güvenliği ve kalitesi ile ilgili standartlar oluşturulmaya başlanmıştır.
- 2001 yılında hasta güvenliği ile ilgili bazı kuruluşlar (AHRQ ve CDC vb.) kurulmuştur.
- 2002 yılında hasta güvenliği konularına sigorta şirketleri dahil olmuştur.
- 2003 yılında JCI tarafından “Halkın Sağlığını Arttırma Stratejileri Vizyonu” oluşturulmuştur (Korkutan ve Kurt, 2021).

Uluslararası alanda hasta güvenliği ile ilgili yapılan bu düzenlemeler, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin sunumunu ve politikalarını da etkilemiştir. Bu doğrultuda ülkemizde 29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” (Resmî Gazete, 2009) yayımlanmıştır. Daha sonra bu tebliği de içine alan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Yönetmelik” (Resmî Gazete, 2011) çıkarılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve politikaları ile ilgili yapılan bu düzenlemeler sonrasında, hasta güvenliği konusundaki çalışmalar daha da hız kazanmıştır.

Bu konudaki yönetmelikler, sağlık kurumlarında güvenli bir ortamın oluşturulması için risklerin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik düzenlemeleri içermektedir. Ülkemizdeki bu yönetmelikler kamu, özel ve üniversite hastanelerinin tümünü kapsamaktadır (Çiçek Korkmaz, 2018). Yayımlanan bu yönetmelikler doğrultusunda, sağlık bakım kurumlarında bazı değişimler meydana gelmiştir. Sağlık

kurumları yönetmelik sonrası sundukları hizmeti hasta güvenliği boyutunda ele alarak güvenlik kültürü oluşturmaya başlamıştır. Günümüzde sağlık kurumlarındaki iyileştirme çalışmaları bu yönetmelik doğrultusunda devam etmektedir (Ekşin Bacaksız vd., 2020).

Hasta güvenliği, sağlık bakım sunumunun temel bir ilkesi olmasına karşın, olası tıbbi hatalar hasta güvenliğini etkileyebilmektedir (Domer et al., 2021). Günümüzde gelir düzeyi yüksek ülkelerde, hastanede yatan her on hastadan birinin, hastanede kaldığı süre boyunca en az bir kez olumsuz bir olayla karşılaştığı bildirilmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ise her dört hastadan birinin zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Bununla birlikte bu zararların %50'sinin önlenabilir olaylar nedeniyle gerçekleştiği düşünülmektedir (Domer et al., 2021; DSÖ, 2022). Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi hataların, kanser ve kalp hastalıklarından sonra üçüncü önde gelen ölüm neden olduğu ve bu olayların yaklaşık 250.000 ölümlle sonuçlandığı bildirilmektedir (DSÖ, 2022).

Hasta güvenliğinin yeterince sağlanamamasına bağlı olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar ülkeler üzerinde önemli bir ekonomik yük oluşturabilmektedir. Ölüm veya kalıcı sakatlık ile sonuçlanan uygulamalar, yılda 6 ile 29 milyar dolar arasında bir maliyete neden olabilmektedir. Aynı zamanda bu konudaki çalışmalar, tıbbi hataların ortadan kaldırılması durumunda, yıllık küresel ekonomik büyümenin %0,7'nin oranında artabileceğine işaret etmektedir (Domer et al., 2021).

Sağlık kuruluşları, sağlık hizmetlerine harcanan maliyetin azaltılabilmesi ve hastalara verilen bakımın kalitesinin iyileştirilebilmesi için çeşitli süreç ve yaklaşımlardan yararlanabilmektedir. Bu yaklaşımlar uygulanırken Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) ve JCI gibi düzenleyici ve akredite edici kuruluşlardan destek alınabilmektedir. Güvenlik kültürünü destekleyen bu kuruluşlar, sürekli performans iyileştirme çabalarına odaklanmaktadır. Bu kuruluşlar çalışanları güvenlik faaliyetlerine aktif olarak katılmaları için yetkilendirmektedir. Aynı zamanda daha güvenli çalışma ortamları oluşturmak için güvenlik raporları da yayınlamaktadır (Potter et al., 2021).

JCI, sağlık kuruluşlarını ve programlarını akredite eden, dünya genelindeki hastaneleri sertifikalandıran, Amerika merkezli, kâr amacı gütmeyen bir kuruluştur. JCI akreditasyonunun amacı, bakımı değerlendirmek, hastane süreçlerini standart hale getirmek, sağlık kuruluşları için eğitimler düzenlemek ve sürekli kalite iyileştirme çalışmaları yapmaktır (JCI, 2022). JCI, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin

artırılması ve tıbbi hata risklerinin azaltılması amacıyla, tüm sağlık kurumları için standart olan 2020 Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerini yayınlamıştır (JCI, 2022).

JCI'nin Hasta Güvenliği Hedefleri;

Hedef 1: Hasta kimliğinin doğru tespit edilmesi (JCI, 2022): Kimliğin doğrulanmaması nedeniyle hastanın zarar görmesi, önlenemez hatalar arasında yer almaktadır. Kimliğin belirlenmesi sırasında yapılan bir hata tedavinin yapılamamasına, ertelenmesine ya da yanlış tedaviye neden olabilmektedir. Tedavinin yapılamaması veya yanlış tedavi, hastanın zarar görmesine, çeşitli sakatlıklara, hastanede kalış süresinin uzamasına, maliyetin artmasına, ölümlere ya da başka bir hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir (Kara Kaşıkçı ve Akın, 2021).

Hedef 2: Etkili iletişimin geliştirilmesi (JCI, 2022): Sağlık kurumlarında gerçekleşen olayların %70'inden fazlası etkisiz ve yetersiz iletişimden kaynaklanabilmektedir. Eksiksiz, tam zamanında, net ve anlaşılır bir iletişim tıbbi hataları azaltırken, hastanın hemşireye olan güveninin artmasını sağlayabilir. Yapılan çalışmalar, hekim-hemşire iş birliğinin ve iletişiminin güçlü olmasının hasta çıktılarını iyileştirdiğine ve bireylerin hastaneye yatış oranını azalttığına işaret etmektedir (Kara Kaşıkçı ve Akın, 2021).

Hedef 3: Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi (JCI, 2022): DSÖ (2022) 'ye göre ilaç hataları, sağlık hizmetlerinde yaralanma ve önlenemez zararların önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Küresel anlamda, ilaç hatalarıyla ilişkili maliyetin yıllık 42 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Yüksek riskli ilaçlar, hatalı veya yanlış uygulandıklarında geri dönüşsüz ve kalıcı hasarlara neden olabilmektedir. Bu nedenle bu ilaçlar kullanılırken olası hataları önlemek için çift kontrol yöntemi uygulaması önerilmektedir (Kara Kaşıkçı ve Akın, 2021).

Hedef 4: Güvenli cerrahi uygulamanın sağlanması (JCI, 2022): Güvenli olmayan cerrahi bakım prosedürleri, hastaların yaklaşık olarak % 25'inde komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ayrıca her yıl yaklaşık 7 milyon cerrahi hastası önemli komplikasyonlara maruz kalabilmektedir. Aynı zamanda bu hastaların 1 milyonu ameliyat sırasında veya sonrasında yaşamını yitirebilmektedir (DSÖ, 2022). Bu nedenle DSÖ cerrahi hastalarının güvenliğini sağlamak, ölüm ve hastalıkları azaltmak amacıyla "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" projesini başlatmış ve bir uygulama rehberi geliştirmiştir. Bu rehberlerin uygulanmasıyla cerrahi mortalite ve morbidite oranının önemli ölçüde azaldığı bildirilmektedir (Kara Kaşıkçı ve Akın, 2021).

Hedef 5: Sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonların azaltılması (JCI, 2022): Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar, sessiz salgın olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle tüm dünya genelinde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu enfeksiyonlar düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde hastaneye yatırılan her 100 hastanın 7'sinde veya 10'unun da görülebilmektedir (DSÖ, 2022). Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hastalarda stres, fonksiyon kaybı ve yaşam kalitesinin azalması gibi durumlara neden olabilmektedir. Hastanede yatış süresinin uzamasına, ilaç kullanımına, maliyetin artmasına yol açabilmektedir (Kara Kaşıkçı ve Akın, 2021).

Hedef 6: Hastaların düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin azaltılması (JCI, 2022): Düşmeler hastanelerde en sık rapor edilen ve ciddi sonuçlar doğuran hatalar arasında yer almaktadır. Düşmeye neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması oldukça önemlidir (Kara Kaşıkçı ve Akın, 2021).

2. 2. Düşme Kavramı

Düşme, “bireylerin ister ayakta ister yürürken, oturur veya yatar durumda iken, istem dışı olarak bulunduğu düzeyin altında hareketsiz kalması” olarak tanımlanabilmektedir (Jankowska-Polańska et al., 2019).

DSÖ (2022) 'ye göre düşme, “farkında olmadan yer, zemin veya diğer seviyesi alçak cisimler üzerine yığılma; mobilya, duvar veya diğer cisimler üzerine doğru bilinçli olmayan pozisyon değişikliği” olarak açıklanabilmektedir.

TDK'ya göre düşme, “bireyin durduğu, bulunduğu, tutunduğu yerden uzaklaşıp veya dayanağını, dengesini kaybedip yukarıdan aşağıya inmesi” olarak tanımlanabilmektedir (TDK, 2022).

Düşme, bireyin ağırlık merkezi kaybolduğunda, dengeyi tekrardan kurabilmek için gösterdiği çaba yetersiz olduğunda veya çaba sarf edilmediğinde gelişebilmektedir (Çakır ve Büyükyılmaz, 2020).

JCI düşmeyi, “fiziksel bir yaralanmaya yol açabilecek, planlanmamış, yere doğru ani hareket değişiklikleri” olarak tanımlamaktadır (JCI, 2022).

National Database of Nursing Quality Indicators-NDNQI (Amerika Hemşirelik Kalite Göstergeleri Ulusal Veri Tabanı) (2021) ise düşmeyi; “zarar veren ya da vermeyen, yere beklenmedik ani bir iniş” olarak açıklamaktadır.

Düşmeler, hastanede yatarak tedavi gören bireylerde yaygın olarak görülebilmektedir. Düşmeler özellikle yaşlı bireylerde hastanede sunulan bakımın

yaygın ve yıkıcı bir komplikasyonu olarak değerlendirilmektedir (AHRQ, 2022; Yaşar ve Türk, 2018). Hasta düşmeleri, diğer sağlık sorunlarına ek olarak günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini engelleyerek bireyin bağımsızlığını tehdit edebilmektedir (Turhan ve Ünal, 2022). Hastanedeki düşme olayı sonrası bireylerin; yaralanabildikleri, fonksiyon kayıpları yaşayabildikleri, hastanede kalış sürelerinin uzayabildiği, anksiyete ve korku düzeylerinin artabildiği, iş kaybı yaşayabildikleri, tedavi ve bakım maliyetlerinin yükseldiği bildirilmektedir (Karaaslan vd., 2019). Düşme olayı sonrası aile üyeleri veya sağlık çalışanları bireye karşı aşırı koruyucu davranabilir veya duygusal tepkiler verebilir. Bu durum bireyin bağımsızlığını ve rehabilitasyonunu etkileyebilir (Miake-Lye et al., 2013). Bu nedenle düşme nedenleri ve sınıflandırılmasının bilinmesi, düşmelerin meydana gelmeden önlenmesi açısından oldukça önemlidir (AHRQ, 2022).

2. 3. Düşmelerin Sınıflandırılması

Düşmeler önceden tahmin edilebilen, önceden tahmin edilemeyen ve kaza ile oluşan düşmeler olmak üzere 3 grupta sınıflandırılabilir.

Önceden tahmin edilen (beklenen) düşmeler: Hastane içinde meydana gelen düşmelerin çoğu bu kategoriye girmektedir ve tüm düşmelerin %78'ini oluşturmaktadır (JCI, 2022). Bunlar, mental durum değişikliği, yürüyüş bozukluğu, sık tuvalet ihtiyacı veya yüksek riskli ilaç kullanımı gibi önceden belirlenebilen düşme risk faktörlerine sahip hastalarda meydana gelebilmektedir. Bu düşmelerin oluşmasını engellemek için alınması gereken temel önlemler, hastanın yakın izlemine ve risk faktörlerinin değerlendirilmesini gerektirmektedir (AHRQ, 2022; Morse et al., 1987).

Önceden tahmin edilemeyen (beklenmedik) düşmeler: Nöbet, inme veya senkop gibi zamanlaması tahmin edilemeyen olaylar nedeniyle meydana gelebilmektedir. Tekrarlayan düşme durumlarında, yaralanmayı önleme girişimleri ile düşme sonrası bakımın oldukça önemli olduğu bildirilmektedir (AHRQ, 2022; Morse et al., 1987). Bu grup düşmeler tüm düşmelerin %8'ini oluşturmaktadır (JCI, 2022).

Kaza ile oluşan düşmeler: Düşme riski düşük olan hastalarda çevresel bir tehlike nedeniyle meydana gelen düşmelerdir. Bu grup düşmeler tüm düşmelerin %14'ünü oluşturmaktadır (JCI, 2022). Çevre güvenliğinin iyileştirilmesinin, bu hastalarda düşme riskinin azaltılmasına yardımcı olabileceği bildirilmektedir (AHRQ, 2022; Morse et al., 1987).

Hasta düşmeleri bakımın etkililiğini, verimliliğini ve zamanında sunumunu

tehdit eden önemli bir sorundur (Callis, 2016). Bu konuda yapılan bir çalışmada hasta düşmelerinin hastanelerde gerçekleşen tıbbi hataların %15-80'inini oluşturduğu bildirilmektedir. Bu nedenle hasta düşme prevalansının giderek artış göstermesi, sağlık bakım kurumlarında hasta güvenliği uygulamalarının önemine işaret etmektedir (Anderson et al., 2015).

2. 4. Dünyada ve Türkiye'de Düşme Prevalansı

Düşmeler küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ (2022)'ye göre her yıl tahminen 684.000 ölümcül düşme olayı meydana gelmektedir. Düşmeler, trafik kazalarından sonra kasıtsız yaralanma ölümlerinin önde gelen ikinci nedenini oluşturmaktadır. Düşmeye bağlı ölümlerin %80'inden fazlasının, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde, %60'ının Batı Pasifik ve Güney Doğu Asya bölgelerinde meydana geldiği belirtilmektedir. Ayrıca tüm dünyada, düşme nedeniyle gerçekleşen ölüm oranlarının 60 yaş üstü yetişkinler arasında en yüksek orana sahip olduğu bildirilmektedir (DSÖ, 2022).

Ölümcül olmasada, her yıl tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde yaklaşık olarak 37,3 milyon şiddetli düşme olayı meydana gelmektedir (DSÖ, 2022). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne göre her düşme yaralanmayla sonuçlanmasa da düşme yaşayan bireylerin yaklaşık %37'si tıbbi tedavi gerektiren veya en az bir gün aktivitelerini kısıtlayan bir yaralanmaya maruz kalabilmektedir. Bu durum tahmini olarak 8 milyon düşme yaralanmasını ifade etmektedir (CDC, 2022).

Düşmeler, hospitalizasyonun yaygın ve yıkıcı bir komplikasyonudur. Epidemiyolojik araştırmalar, düşmelerin 1000 yatak gününde %3-5 oranında meydana geldiğini göstermektedir. Uzun süreli bakım merkezlerinde kalan hastalarında yüksek düşme riski altında bulundukları belirtilmektedir. Bu doğrultuda Amerika Birleşik Devletleri'nde 1,6 milyon huzurevi sakininin yaklaşık yarısının her yıl düştüğü bildirilmektedir (AHRQ, 2022). En düşük düşme oranının, yoğun bakım (1.000 hastanede yatış günü başına 1,3) ve yetişkin bireylerin tedavi gördüğü kliniklerde (1.000 hastanede yatış günü başına 3,92), en yüksek düşme oranının ise rehabilitasyon kliniklerinde (hastaneye yatış başına 1.000 gün başına 7,3) meydana geldiği belirtilmektedir (Toren and Lipschuetz, 2017).

Günümüzde hasta düşmeleri önlenabilir kazalar olmasına karşın, sağlık sisteminde önemli bir hasta güvenliği sorunu olmaya devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastanelerde her yıl yaklaşık 700.000 ila 1.000.000 hasta

düşmektedir. Düşmelere bağlı olarak yaklaşık 250.000 yaralanma ve 11.000'e yakın ölüm meydana gelmektedir. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların yaklaşık %2'sinin, hastanede kaldıkları süre içerisinde en az bir kez düşme olayı deneyimledikleri bildirilmektedir. Dört düşme olayından birinin yaralanmayla ve yaklaşık %10'unun ise ciddi yaralanmayla sonuçlandığı belirtilmektedir (LeLaurin and Shorr, 2019).

İngiltere ve Galler'de bulunan hastanelerde 250.000'den fazla hasta düşme vakası yaşandığı bildirilmektedir. Bu durum 800 yataklı bir hastanede her yıl ortalama 1.700'den fazla hasta düşmesinin gerçekleştiği anlamına gelmektedir (Morris and O'Riordan, 2017). Brezilya'nın güneyinde yer alan bir hastanede 1 Ocak 2012-31 Aralık 2017 yılları arasında hastane içinde bildirilen düşme olayları değerlendirilmiş ve toplam 1.071 hastanın düştüğü belirlenmiştir (De Souza Costa et al., 2019). İsviçre'de, 138 hastane ve 35.998 hastanın yer aldığı bir çalışmada, üç yıllık düşme oranları incelenmiş, tüm hastanelerde toplamda 1.239 (%3,4) hastanın düşme yaşadığı saptanmıştır (Bernet et al., 2022). Japonya'da yapılan bir çalışmada ise 163.558 hastanın 4 yıllık düşme prevalansı incelenmiş, toplamda 3099 (%1,89) hastanın (1772 erkek, 1327 kadın) düştüğü belirlenmiştir (Kobayashi et al., 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 720 hastane ve 1.159 kliniği içeren bir çalışmada, 6 yıl boyunca (Nisan 2013–Mart 2019) hasta düşme prevalansı incelenmiş, 119.246 düşme meydana geldiği, 25.807'sinin (%21,6) yaralanmayla sonuçlandığı belirlenmiştir (Turner et al., 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen diğer bir çalışmada ise 1263 hastaneden elde edilen istatistikler, tıbbi ve cerrahi birimlerdeki yetişkinlerin düştüğünü ve düşmelerin %26,1'inin hastanın yaralanmasıyla sonuçlandığını göstermiştir (Wang et al., 2022). Avusturya'da retrospektif olarak yapılan bir kohort çalışmasında, Mayıs 2014-Nisan 2019 tarihleri arasındaki hasta düşme kayıtları incelenmiş ve 3705 düşme vakası meydana geldiği belirlenmiştir (Ghosh et al., 2022).

Türkiye'de, düşme prevalansı ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Aynı zamanda düşme sıklığının araştırıldığı çalışmaların genellikle yaşlı bireyler üzerinde yapıldığı görülmektedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalar yaşlı bireylerde düşme sıklığının %35,6-62,0 arasında değiştiğine işaret etmektedir (Aktürk ve İster, 2019). Yılmaz ve Ünal (2021)'in yaptıkları çalışmada, düşme sıklığı 1000 hastane yatış gününde bütün kliniklerde 1.1, genel psikiyatri kliniğinde 0.21 olarak saptanmıştır. Bu oranlar yurt dışında yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında ülkemizde düşme sıklığının oldukça

düşük olduğu söylenebilir (Yılmaz ve Ünal, 2021). Ülkemizde bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, sekiz hastanenin bir yıllık hasta düşme oranı retrospektif olarak incelenmiş, toplamda 170 hastanın düştüğü belirlenmiş ve hastanelerin genel düşme oranlarının %0.01 ila %0.12 arasında değiştiği saptanmıştır (Kılıç vd., 2021).

JCI'nın tıbbi hataları analiz ettiği bir raporda, 2017 ve 2018 yıllarında en fazla raporlanan ikinci tıbbi hata türünün hasta düşmeleri olduğu saptanmıştır (JCI, 2022). Hastanede yatan hastaların yaklaşık %0-%20'sinin hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde düşme deneyimlediği bildirilmiştir. Aynı zamanda hastanede gerçekleşen düşme olaylarının prevalansındaki farklılıkların; hastane tipi, hasta popülasyonu ve olay raporlama süreçleri gibi birçok faktörden etkilenebileceği bildirilmiştir (Cozart and Cesario, 2009).

2.5. Düşme Olaylarını Raporlanmanın Önemi

Institute of Medicine'nin "To Err is Human" raporunda, 1999 yılında tıbbi hata nedeniyle yılda yaklaşık 98.000 ölüm meydana geldiği bildirilmiştir. Bununla birlikte hastaneye yatışı yapılan altı hastadan birinin, yatışı süresince bir tıbbi hatayla karşılaştığı vurgulanmıştır (Korkmaz, 2022). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, hastanelerde hasta güvenliği problemlerine bağlı olarak yılda 200.000 ila 440.000 ölüm meydana gelebileceğinin öngörüldüğü bildirilmiştir (Peter et al., 2016).

Son 30 yılda birçok ülke hasta güvenliği ile ilgili sorunların bireylere verebileceği zararı azaltabilmek amacıyla, olayları geriye dönük olarak analiz etmektedir. Sağlık sistemleri, hasta güvenliği kültürünü teşvik etmenin yanı sıra, hata potansiyeline ilişkin farkındalığın artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Olayların raporlanması, hastalar ve çalışanlar boyutunda ortaya çıkan risklerin araştırılmasına ve değerlendirilmesine ilişkin bir gözetim süreci oluşturmaktadır. Bu nedenle raporlamanın, hasta güvenliği kültürünün gelişimini destekleyen temel bir süreç olduğu bildirilmektedir (Harrison et al., 2019). DSÖ'ne göre olay bildirim sistemlerinin üç temel amacı;

- Olayın tanımlanması (Ne oldu?): Hastanın şu an ki sağlık durumunun nasıl olduğunun, yaşanan olayın özelliklerinin ne olduğunun, olayın nerede gerçekleştiğinin ve olaya dahil olan bireylerin kimler olduğunun belirlenmesi,
- Olayın açıklanması (Neden oldu?): Olaya neden olan etkenin ne olduğunun, olayın gerçekleşmesine neden olan ya da olayın ortaya çıkmasını kolaylaştıran faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi,

- Düzeltici tedbirlerin alınması (Reaksiyon ne oldu?): Sağlık bakım zincirinin zayıf yönlerinin tespit edilmesi, klinik süreçlerin ve prosedürlerin gözden geçirilmesi, benzer olayların tekrar yaşanmasının engellenmesi, hastanın bu olaydan en az seviyede etkilenmesinin sağlanması, maliyetlerin azaltılması için önlemlerin alınması ve sağlık profesyonellerine gerekli eğitimlerin verilmesidir (DSÖ, 2014).

Geçmişte yapılan hatalardan ders çıkarmayı kolaylaştırabilmek ve tekrar eden olayları en aza indirebilmek için olay bildirimlerinin yapılması oldukça önemlidir (Gong, 2022). Ancak günümüzde çoğu hastanenin olay bildirim sistemlerinin yetersiz olması, olayın ayrıntılarının yasal olarak ortaya çıkmasından korku duyulması, olay bildirildiğinde ceza alınacak olması olay bildirimlerinin yapılmasını engelleyebilmektedir (Peter et al., 2016). Bununla birlikte olay bildirimini hakkında yetersiz bilgiye sahip olunması, sistemin kullanımının bilinmemesi, olay bildirimini esnasında kimliğin ortaya çıkacağının düşünülmesi işini kaybetmekten ve dava edilmekten korkulması, olay bildirimini yapmanın hem zaman hem de iş yükü kaybına neden olacağının düşünülmesi, olay bildiriminde bulunmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Byrne and Bury, 2018; Geravandi et al., 2019; Gong, 2022; Harrison et al., 2019; Peter et al., 2016).

Düşmeyi önleme stratejilerinin ilki hasta düşmelerinin rapor edilmesidir. Düşme vakaları, genellikle kurum veya ülke çapında hasta güvenliği olay raporlama sistemleri aracılığıyla bildirilmektedir. Bu sistemlerin amacı meydana gelen düşme olayının iyileştirilmesini değil, düşmeye neden olan faktörlerin belirlenmesini ve olayın tekrarlanmaması için gerekli önlemlerin alınmasını hedeflemektedir. Aynı zamanda düşmelerin eksik rapor edilmesi, gelişebilecek düşme olaylarının çoğunun önceden tahmin edilmesini engelleyebilmektedir (De Souza Costa et al., 2019). Diğer yandan düşmelerin yaklaşık üçte ikisinin tanık olmadan gerçekleştiği, hemşirelerin düşmenin hastane kaynaklı değil hasta kaynaklı olduğunu düşündüğü, hastaların düşmelerin rapor edilmesini istemeyebildiği ve sağlık profesyonellerinin düşmenin ne olduğu konusunda fikir ayrılığına düştüğü bildirilmektedir (Hill et al., 2010).

Ülkemizde hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %37'sinin çalıştıkları süre içerisinde hasta düşmeleri ile karşılaştığı, buna karşın sadece %37,8'inin olay bildiriminde bulunduğu belirlenmiştir (Duman ve Kitiş, 2013). Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında, hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama oranı oldukça düşük olmasına karşın (%8,6), en fazla düşme konusunda

raporlama yapıldığı bildirilmiştir. Bu konuda 574 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında 75 düşme olayının meydana geldiği ve 26 düşme olayının (%35) rapor edilmediği saptanmıştır (Shorr et al., 2008). Japonya’da yapılan diğer bir çalışmada ise yaşanan düşme olaylarının yaklaşık %25’inin olay raporlarında bildirilmediği saptanmıştır (Toyabe, 2015).

Ülkemizde Olay Bildirim Sistemi (OBS) 2016 yılında kurulmuştur. Bu doğrultuda 23 Mart 2016 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında bildirilen hata istatistikleri yayınlanmıştır. Bu tarihler arasında toplam 155.295 adet olay bildiriminde bulunulduğu görülmüştür. Hata bildirim oranları incelendiğinde, ilk sırada laboratuvar hatası bildirimlerinin yer aldığı, bu hataları cerrahi ve ilaç hata bildirimlerinin izlediği rapor edilmiştir. Hasta güvenliği uygulamalarında en az bildirim yapılan hata türleri ise hastanın yanlış kimliklendirilmesi ve hasta tesliminin yapılmaması olarak bildirilmiştir (SB, 2019). Hastane içi düşmeler, hastanede yatan hastalar arasında yaygın ve endişe verici olumsuz bir olay olmaya devam etmektedir. Bu alandaki araştırmaların ve klinik izlemin yürütülebilmesinin, hastane içi düşmelere ilişkin olay raporlarının doğru ve eksiksiz olarak kaydedilmesine bağlı olduğu bildirilmiştir (Haines et al., 2008).

2.6. Düşmeye Neden Olan İçsel ve Dışsal Risk Faktörleri

Düşme olayı gerçekleşmeden önce alınacak önlemlerin, düşme olayı meydana geldikten sonra yapılacak tanı ve tedavi işlemlerinden daha kolay ve daha ekonomik olduğu bildirilmektedir. Düşmelerin önlenmesi için yapılacak olan ilk girişim, düşme risk faktörlerinin belirlenmesidir. Düşme risk faktörleri düşmelerin önlenmesinde kilit rol oynayan faktörlerdir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, risk faktörlerinin etkin bir şekilde belirlenmesinin, düşmelerin önlenmesinde önemli rol oynayacağı vurgulanmaktadır (Ghosh, 2022; Najafpour et al., 2019; Özmete ve Aras, 2018). Literatürde düşme risk faktörleri, içsel risk faktörleri ve dışsal risk faktörleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir (AHRQ, 2008; Ghosh, 2022).

Düşmeye Neden Olan İçsel Risk Faktörleri

Düşmeye neden olan içsel risk faktörleri, bireye ve onun tıbbi durumuna bağlı olan faktörleri ifade etmektedir (Toren and Lipschuetz, 2017). Literatürde düşmeye neden olan içsel risk faktörleri; ileri yaş, anksiyete, deliryum, oryantasyon bozukluğu, halsizlik, hareket bozukluğu, kas gücü zayıflığı, denge bozukluğu, sık tuvalet ihtiyacı, inkontinans, düşme öyküsü, düşme korkusu, görme bozukluğu, ortostatik

hipotansiyon, polifarmasi, bazı ilaçlar (özellikle psikotropolar) ve kronik hastalıklar olarak bildirilmektedir (Berry et al., 2017; CDC, 2022; Domer, 2021; Ghosh, 2022; Morris, 2017; Najafpour et al., 2019; Toren and Lipschuetz, 2017).

Düşmeye neden olan içsel risk faktörleri yapılan araştırmalara göre farklılık göstermektedir. Erdem ve Atay (2018)'ın 1000 kişilik bir örneklem grubu üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada; düşme riski ile bireyin yaşı, cinsiyeti, kronik hastalığa sahip olma durumu, bilinç düzeyi, duyuşsal problemleri, sürekli ilaç kullanma durumu ve düşme öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunduğı bildirilmiştir. Moe vd. (2015) ABD'de dört farklı hastanede 281.865 düşme risk değerlendirmesini incelemişler, bireyin son altı ay içinde düşme öyküsü olmasının düşme için güçlü bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir. Toplam 14 çalışmanın dahil edildiğı bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ise, düşme risk faktörleri ileri yaş, kadın cinsiyeti, obezite ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), düşme öyküsü, yürümek için yardımcı araç kullanımı, diyabet, kalp hastalığı, hipertansiyon, KOAH ve depresif semptomlar olarak belirlenmiştir (Liu et al., 2020).

Düşme yaşlı bireylerde oldukça sık görülebilmektedir (Özmete ve Aras, 2018). 65 yaş ve üzeri bireylerde düşme olasılığı yaklaşık %35 iken, 75 yaş üstü kişilerde bu oran %42'ye çıkabilmektedir (Toren and Lipschuetz, 2017). Bu durumun yaşın ilerlemesine bağılı olarak gelişen kronik hastalıkların; yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bağımlılığını, duyuşsal problemlerini, kırılğanlığını, denge problemlerini ve çoklu ilaç kullanımını artırmasından kaynaklanabileceğı bildirilmektedir (Berry et al., 2017). Nitekim 9625 erkek hastanın dahil edildiğı bir kohort çalışmasında, ileri yaş grubunda olan hastaların postoperatif düşme olasılığının, diğler yaş grubunda bulunan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Berry et al., 2017). Bu konuda yapılan diğler bir çalışmada, 65 yaş ve üstü hastaların %95,5'inin yüksek düşme riski taşıdığı bildirilmiştir (Erdem ve Atay, 2018).

Düşme riski cinsiyet değışkenine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, kadınların (%56,0) erkeklerle (%47,5) karşılaştırıldığında, daha fazla düşme olayı deneyimlediğı bildirilmektedir (Kibar vd., 2015). Düşme risk faktörleri kadınlar için kırılğanlık ve idrar kaçırma, erkekler için depresyon ve ayakta durma olarak saptanmıştır. Bununla birlikte düşme sonrası kalça kırığının kadınlarda daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır (Yılmaz ve Khorshid, 2019). Barış vd. (2016) çalışmasında, erkeklerin ciddi düşme deneyimi yaşama durumunun kadınlardan iki kat daha fazla olduğu, buna karşın Grosh vd. (2022)'nin çalışmasında, erkeklerle

karşılaştırılığında kadınların %15,1'inin daha yüksek şiddette düşme deneyimlediği bildirilmiştir.

Bireyin düşme öyküsünün olması önemli bir risk faktörü olmakla birlikte daha önce düşme deneyimleyen bireyler düşme korkusu yaşayabilir ve bu durum düşme riskini artırabilir (Berry et al., 2017; Domer, 2021; Erdem ve Atay, 2018; Morris, 2017; Toren and Lipschuetz, 2017). Nitekim Erdem ve Atay (2018)'ın çalışmasında daha önce düşme öyküsü olan bireylerin %76.4'ünün yüksek düşme riski taşıdığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise düşen hastaların %15'inin yılda iki ya da daha fazla sayıda düşme deneyimlediği belirlenmiştir (Toren and Lipschuetz, 2017).

Bireyin fiziksel özellikleri ve tıbbi durumu da düşmeyi etkileyebilmektedir. Denge ve hareket bozukluğu düşmeye neden olabilmektedir. Görme fonksiyonu, kas koordinasyonu ve kas gücü, eklem hareketleri, derin ve yüzeysel algılama, iç kulak denge sisteminde meydana gelen değişiklikler denge kaybı ve hareket bozukluğuna neden olarak düşme olayına zemin hazırlayabilmektedir (Ghosh et al., 2022; Özmete ve Aras, 2018). Ghosh vd. (2022)'nin yaptıkları retrospektif kohort çalışmasında, 3705 düşme vakası incelenmiş, denge ve hareket bozukluğu yaşayan bireylerde düşme şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Artrit, kardiyovasküler hastalık, diyabet, görme ve işitme kaybı gibi kronik durumlar genellikle düşme riskini artırabilmektedir. Kronik ağrı, egzersiz intoleransı veya fiziksel hareketsizlik gibi bazı düşme risk faktörleri esneklik ve gücün azalmasına yol açabilmektedir. Kronik hastalıkları tedavi etmek için kullanılan bazı ilaçlar ve vital bulgularda meydana gelen değişimler bireyin düşme olasılığını artırabilmektedir (National Council on Aging, 2022). İsveç'te 2566 yaşlı bireyden oluşan bir örneklem grubunun uzun süreli izleminin (5 ve 10 yıl) yapıldığı bir çalışmada, sağlıklı yaşam tarzının ve yüksek kronik hastalık yükünün düşme riskini artırdığı bildirilmiştir (Ek et al., 2018).

Literatürde inkontinans ve sık idrara çıkma problemi yaşayan bireylerin düşme riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Ghosh et al., 2022; Najafpour et al., 2019; Toren and Lipschuetz, 2017). Acil tuvalete gitme ihtiyacı yaşayan ve aniden ayağa kalkan bireylerde hipotansiyon, dikkatin azalması, denge problemleri ve eşyalara takılma sonucu düşmeler meydana gelebilmektedir (Özmete ve Aras, 2018). Moon vd. (2021)'nin yapmış olduğu bir meta-analiz çalışmasında, düşme ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, özellikle sıkışma inkontinansı ve stres inkontinansı

yaşayan bireylerde düşme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Foley vd. (2011)'nin 5.474 birey üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada da, düşmelerin hem sıkışma hem de stres inkontinansı ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır.

Düşmeye Neden Olan Dışsal Risk Faktörleri

Düşmelere neden olan dışsal faktörler “bireyin dış çevresiyle ilgili olan her şey” olarak tanımlanabilir. Literatürde dışsal faktörler ve düşmeler arasında bir ilişki bulunduğu, tehlikeli dış ortamın bireylerin düşmeye yatkınlığını artırdığı bildirilmiştir (Vu et al., 2020). Kibar vd. (2015)'nin aktardıklarına göre Almanya’da huzurevinde yapılan bir çalışmada, düşmelerin %75’inin banyoda ve yaşlı odalarında gerçekleştiği belirlenmiştir. Grosh vd. (2022)'nin çalışmasında, ABD hastanelerindeki düşmelerin %38-%47'sinin banyoda meydana geldiği, banyo ve lavabolardan kaynaklanan düşmelerin; ayakta dururken, otururken ve uzanırken gerçekleşen düşmelerle karşılaştırıldığında %14,5 oranında daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (Grosh et al., 2022).

Hastane ortamının fiziksel koşulları, ciddi veya ölümcül hasta düşmelerine (%40) neden olabilmektedir (Shorr et al., 2021). Literatürde özellikle hastane ortamının fiziksel koşulları iyileştirilerek düşme oranlarının azaltılabileceği belirtilmektedir (Yaşar ve Türk, 2018). Düşmelere neden olan dışsal risk faktörleri; zeminin kaygan ve ıslak olması, odanın düzensiz, kalabalık ve dağınık olması, yetersiz aydınlatma, koridorlarda, banyo ve tuvaletlerde tutunma yerlerinin olmaması, yatağın veya tekerlekli sandalyelerin tekerleklerinin bozuk veya kilitsiz olması, uygun olmayan klozet veya yatak yüksekliği, yatak korumalıklarının olmaması, ayakkabının uygunsuz olması, sık kullanılan eşyaların hastadan uzağa konumlandırılması, yüksek merdivenler, kullanılan ilaçlar, yardımcı araç gerecin eksikliği, güç kabloları ve aşırı donanımlı hasta ortamı olarak bildirilmiştir (Berry et al., 2017; CDC, 2022; Jiang et al., 2019; Toren and Lipschuetz, 2017; Vu et al., 2020; Yaşar ve Türk, 2018).

Yaşar ve Türk (2018)'ün, 132 hasta üzerinde gerçekleştirildikleri çalışmada, araştırma süresince sekiz hastanın düşme deneyimlediği, düşmelerin çoğunun (n=5) hastaların ilk yatış günlerinde gerçekleştiği, düşmelerin genellikle 18:00-00:00 saatleri arasında (n=5) meydana geldiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların %12,5'inin yatak korumalıklarının olmadığı/çalışmadığı, %37,5'inin yataklarının uygun yükseklikte olmadığı ve geceleri aydınlatmanın yetersiz olduğu saptanmıştır (Yaşar ve Türk, 2018).

Jiang vd. (2019)'nin 605 hastanın katılımıyla gerçekleştirdikleri bir çalışmada, hastaların 132'sinin (%22) araştırma sürecinde en az bir kez düştüğü; düşme riskini artıran en yaygın dışsal faktörlerin yetersiz ve uygun olmayan yatak korumalıkları, güvenli olmayan zemin ve yetersiz aydınlatma olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada düşme riskinin yüksek olduğu alanlar; yatak odaları, ortak tuvalet veya banyolar, bireysel tuvalet veya banyolar, koridorlar ve asansörler olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte uygun olmayan, iyi oturmayan, aşırı derecede yıpranmış ve yetersiz topuk sertliği olan ayakkabıların düşme riskini artırabileceği belirtilmiştir. Bu tür ayakkabıların giyilmesi, vücudun ağırlık merkezini bozarak, denge kaybına ve düşmelere zemin hazırlayabilir (Puszczalowska-Lizis et al., 2022). Bireyin ilaç kullanımı da düşmelere neden olabilir. Nöroleptikler, benzodiazepinler, antidepresanlar ve sedatifler (örn. zolpidem), vazodilatörler, diüretikler, beta-blokerler ve diyabetik ilaçlar düşme riskini artırabilir. Özellikle ilaç dozlarındaki değişiklikler veya yeni başlanan ilaçlar, düşmeler için önemli bir risk faktörü olabilir (Berry et al., 2017).

Hastane düşme oranları, hastaların tedavi gördüğü kliniklere göre farklılık gösterebilir. Mikos vd. (2021)'nin 2013-2019 yılları arasında hastanede yatan toplam 89.693 hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada, toplam 734 (%0.818) hastanın düştüğü; en yüksek düşme prevalansının rehabilitasyon ve dahiliye servislerinde (sırasıyla %1,915 ve %1,181), en düşük düşme prevalansının ise ortopedi (%0,145) ve romatoloji servislerinde (%0,213) meydana geldiği bildirilmiştir. Beş yıl içinde toplam 34.972 hastanın gözlemlendiği bir çalışmada ise en fazla düşmenin sırasıyla geriatri (%24,8); dahiliye (%8,8); cerrahi (%1,9) kliniklerinde gerçekleştiği saptanmıştır (Schwendimann et al., 2008). Kılıç vd. (2021)'nin yürüttükleri diğer bir çalışmada ise en fazla düşme olayının dahiliye (%18,2), nöroloji (%15,9), çocuk (%14) kliniklerinde; en düşük düşme olayının cerrahi kliniklerde meydana geldiği belirlenmiştir (Kılıç vd., 2021). Hastanelerde yatan hasta sayısının fazla olması düşmeleri etkileyebilir. Sağlık profesyonelleri başına düşen hasta sayısı artabilir ve bakım sunumu azalabilir. Aynı zamanda tıbbi hata oranı artabilir (Stathopoulos et al., 2021).

2.7. Düşmelerin Sağlıklı ve Hasta Bireyler Üzerine Etkileri

Düşme olayı, hem fiziksel hem de psikolojik boyutta bireyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Düşme sonucu oluşan yaralanmalar, ciddi motor ve nörolojik

hasarlara hatta ölüme neden olabilmektedir. Düşmeye bağlı fiziksel yaralanmalarda etkilenen bölgede ağrı, kızarıklık, kanama, yırtılma, ezilme, burkulma ve kırık görülebilmektedir (Yves et al., 2020).

CDC (2022)'ye göre, her beş düşmeden biri kemik kırılması veya kafa travması gibi ciddi yaralanmalara neden olabilmektedir. Düşmeler bilek, kol, ayak bileği ve kalça gibi kemiklerin kırılmasına yol açabilmektedir. Yılda 800.000'den fazla hasta, genellikle kafa travması veya kalça kırığı gibi düşmeye bağlı yaralanma nedeniyle hastaneye başvurabilmektedir. Ayrıca düşmeler travmatik beyin yaralanmalarına da neden olabilmektedir. Dünya genelinde her yıl 3 milyondan fazla yaşlı bireyin düşme nedeniyle acil servise başvurduğu ve bunların en az 300.000'inin kalça kırığı nedeniyle hastanede tedavi altına alındığı bildirilmektedir (CDC, 2022).

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak düşme prevalansı artabilmektedir. Literatürde, 85 yaş ve üstü bireylerde yıllık düşme prevalansı %40 olarak bildirilmektedir. 85 yaş ve üstü bireylerde majör yumuşak doku yaralanması veya kırılmasıyla sonuçlanan düşmelerin oranının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir. İleri yaş bireyler düştükten sonra yerden kalkabilmek için daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Bu nedenle yerde kalma süreleri daha uzun olabilmektedir. Bu durum dehidratasyon ve hipotermi riskini de beraberinde getirebilmektedir (Collerton et al., 2012).

Düşmeler, sağlık kurumlarında önemli bir hasta güvenliği sorunudur. Hasta düşmeleri hastanelerdeki tüm olay bildirimlerinin %20-%30'unu oluşturmaktadır. Hastanede yatan hastalarda meydana gelen düşmeler, günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) azalmaya yol açan travma veya kırıklara neden olabilmektedir (Kobayashi et al., 2017; Turhan ve Ünal, 2022). Bu nedenle düşmeler ölüm veya kırık başta olmak üzere ciddi yaralanmalarla sonuçlanabilmektedir. Düşmelerin, gecikmiş fonksiyonel iyileşme, düşme korkusunda artma ve hastanede kalma süresinin uzamasıyla yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (Morris and O'Riordan, 2017).

Hasta düşmelerine bağlı yaralanmaların sınıflandırılmasında, Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association-ANA) tarafından belirlenen Ulusal Hemşirelik Kalite Göstergeleri Veritabanı (NDNQI) sınıflandırma sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki büyük hastanelerin üçte birinde yatan hasta yaralanmalarının ciddiyetini ölçmek için bu sınıflandırma sisteminden yararlanılmaktadır. Bu sistem beş kategoriden oluşmaktadır; (NDNQI, 2022)

Tablo 2.1.NDNQI yaralanma sınıflandırma sistemi

NDNQI Ölçeği	NDNQI Yaralanma Sınıflandırması	Tanım
0	Hiçbiri	Düşme sonrası herhangi bir yaralanma yoktur.
1	Hafif şiddetli yaralanmalar	Düşme sonrası pansuman, soğuk uygulama, yaranın temizlenmesi, ekstremitelerin yükseltilmesi, topikal ilaç uygulaması gibi işlemler yapılır; morluk veya sıyrıklarla sonuçlanabilir.
2	Orta şiddetli yaralanmalar	Düşme sonrası suture atılır, ekstremiteye sabitleme uygulanır, kas- eklem kasılmaları görülebilir.
3	Ciddi şiddetli yaralanmalar	Düşme, nörolojik sorunlar (baziler kafatası kırığı, küçük subdural hematoma) veya iç organ yaralanmaları (kaburga kırığı, karaciğer lacerasyonu) yaşanabilir. Pıhtılaşma bozukluğu olan hastalara düşme sonrası kan ve kan ürünlerinin verilmesi, ameliyat, alçılama, traksiyon gibi uygulamalarla sonuçlanabilir.
4	Ölüm	Düşme sonucu oluşan yaralanmalara bağlı ölüm.

Hastanede gerçekleşen düşmelerde, düşme şiddeti ve düşmeye bağlı yaralanma insidans oranının, hafif şiddetli yaralanmalarda %6,8-%72,1 ve ciddi şiddetli yaralanmalarda %0,7-%30 arasında değiştiği bildirilmektedir (Zhao and Kim, 2015). Hasta düşme kayıtlarının retrospektif beş yıllık kohort analizinin yapıldığı bir çalışmada, 3705 düşme meydana geldiği, bunların 3545'ini hafif; 142'sini orta ve 18'ini ciddi şiddetli yaralanmaların oluşturduğu bildirilmiştir (Grosh et al., 2022).

Gazibara vd. (2017)'nin 354 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada, düşen yaşlıların yarısının (%49,1) yaralandığı, en sık kafa hematomları ve yumuşak doku lezyonlarının meydana geldiği, eklem yaralanmalarının çoğunluğunun ayak bileğinin burkulması ile sonuçlandığı, düşen sekiz kişiden birinin tıbbi yardıma ihtiyaç duyduğu, yaşlıların %7,7'sinde düşme sonucu kırık meydana geldiği saptanmıştır. Düşmelere bağlı yaralanmaları inceleyen diğer bir çalışmada, araştırmanın yürütüldüğü beş yıllık zaman diliminde toplam 5.653 düşme meydana geldiği, bu düşmelerin yarısından fazlasının sadece gözlem/muayene gerektirdiği, 1.553 düşmenin yaralanmayla

sonuçlandığı, en sık yaralanmanın kafa yaralanması şeklinde geliştiği belirlenmiştir (Trinh et al., 2020).

Amerika'da bulunan 720 hastanenin 1.159 psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada, altı yıl boyunca 119.246 düşme olayının meydana geldiği, bu düşmelerin 25.807'sinde (%21,6) yaralanma geliştiği, bu yaralanmaların 22.197'sinin (%86,0) hafif şiddette, 2.338'inin (%9,1) orta şiddette; 1.258'inin (%4,9) ağır şiddette olduğu ve 14'ünün ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (Turner et al., 2020). De Souza Costa vd. (2019)'nin çalışmalarında, 1071 düşme olayı meydana geldiği, hastaların %71,4'ünde herhangi bir yaralanma gelişmediği, ciddi yaralanmaların %2,1'inde kırık veya kafa travması meydana geldiği saptanmıştır.

Düşmeler, kafa içi hematoma ve kırıklar gibi yaşamı tehdit eden yaralanmalarla birlikte periferik sinir yaralanmalarına neden olabilmektedir. Periferik sinir yaralanmaları ani ölümlere neden olmamasına karşın uzun vadede bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Aynı zamanda sinir yaralanmaları ile ilişkili fonksiyonel sakatlıklar yıkıcı olabilmektedir. Düşme deneyimleyen 839.210 hasta üzerinde yapılan retrospektif kohort çalışmasında, düşme sonucu yaralanan 3151 hastanın periferik sinir yaralanması yaşadığı ve bunun tüm düşmelerin %0,4'ünü oluşturduğu belirlenmiştir (Bekelis et al., 2015).

Düşme sonrası herhangi bir fiziksel yaralanma olsun ya da olmasın hasta ve aile üyelerinde psikolojik sorunlar gelişebilmektedir. Düşme sonrası en sık anksiyete, depresyon, kaygı ve düşme korkusu görülebilmektedir (AHRQ, 2022). Düşme korkusu, özellikle yaşlı popülasyonda fiziksel aktivitelerin kısıtlanması ve sosyal izolasyona neden olarak, fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir. Osteoartrit ve nöropati gibi rahatsızlıkları olan bireylerde alt ekstremita gücü azaldığı için düşme korkusu gelişebilmektedir. Aynı zamanda bu zayıflık postüral kontrolün azalmasına ve düşme sıklığının artmasına neden olabilmektedir (Dhar et al., 2022).

Hasta düşmeleri; bireyin hastanedeki yatış süresinin uzamasına, fonksiyon kaybı yaşamasına, morbidite ve mortalite oranının artmasına neden olabilmektedir. Düşmelerin sonuçları, hasta güvenliği ve yaşam kalitesi boyutunda bir tehdit oluşturabilmektedir. Bununla birlikte düşmeler sağlık harcamalarındaki artışın yanı sıra bireyin hastanedeki bakım ihtiyacının artmasına da neden olabilmektedir (Grosh et al., 2022).

2.8. Hasta Düşmelerinin Ekonomik Boyutu

Hastanede ciddi yaralanmalara neden olan düşmeler için harcanan maliyetlerin, düşme yaşamayan hastalar için harcanan maliyetlerden daha fazla olduğu bildirilmektedir. Hastane içi düşmeler, bireyin tedavi süresinin uzamasına ve rehabilitasyon hizmetlerine duyduğu gereksinimin artmasına neden olabilmektedir (Toren and Lipschuetz, 2017). JCI (2022)'a göre, düşmeye bağlı olarak meydana gelen yaralanmalardan sonra bireylerin hastanede kalış süresi ortalama altı günden fazla uzayabilmektedir. Ayrıca bu durumun hasta başına ortalama 14.000 dolardan fazla maliyet artışına neden olduğu bildirilmektedir. Ciddi yaralanmalarda ise bu maliyetin 19.376 dolar ile 32.215 dolar arasında değişebildiği vurgulanmaktadır (JCI, 2022). Morello vd. (2015)'nin hastaneye yapılan 27026 hasta başvurusunu inceledikleri çalışmalarında, toplam 1330 düşme ile 418 düşme yaralanması meydana geldiğini, hastanede düşme yaşayan hastaların hastanede kalış süresi ortalamasının 8 gün arttığını ve düşmeyen hastalarla karşılaştırıldığında düşen hastalarda 6669 dolar maliyet artışı meydana geldiğini belirlemişlerdir.

İran'da yaşlı hastalar üzerinde yapılan retrospektif kesitsel bir çalışmada, 2016-2019 yılları arasında hastanede yatan yaşlılara verilen tüm hizmetlerin toplam maliyetinin 106.596 dolar olduğu ve bu maliyetin 8.600 dolarının (%8,06) hastane düşmelerinden kaynaklandığı, yaşlı düşmelerinin tıbbi maliyetleri %8,06 oranında artırdığı saptanmıştır (Fallahi et al., 2021). Ülkemizde bir ilde bulunan 28 hastanede gerçekleştirilen bir çalışmada ise ciddi yaralanmalar ve ölümle sonuçlanan hasta düşmelerinin, hastanede yatış süresini 14,61 gün, hastane maliyetini ise 8726,94 TL artırdığı belirlenmiştir (Barış vd., 2016).

Hastanede yaşanan düşmeler, hastane kalış süresi ve sağlık bakım maliyetlerinde ortaya çıkan artışlar nedeniyle hastane kaynakları üzerinde önemli bir yük oluşturabilmektedir. Sağlık profesyonellerine olan ihtiyacın artması ve taburculuk planlamasındaki değişiklikler düşme ile ilişkili maliyette bir artışa neden olabilmektedir (Morello et al., 2015). Hastanede gerçekleşen düşmelerden sonra yaşanan maliyetlerin yanı sıra dava süreçlerinin başlatılmasına bağlı hukuksal işlemler, hasta ve yakınlarının yaşadığı psikolojik problemlerin tedavisi, düşme sonrası ağrı, sakatlık ve rehabilitasyon sürecine bağlı iş gücü kayıpları düşmelere bağlı ekonomik yükü ve maliyeti artırabilmektedir (Barış vd., 2016).

2.9. Düşmelerin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Düşmelerin önlenmesi, düşmelere bağlı yaralanmaların ve ölümlerin azaltılması, güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir (De Sousa Costa et al., 2019). Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, hastanede yatan hastalarda düşmeyi önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerini uygulamada önemli bir rol oynayabilir. Hemşireler, bireyin hastanede kaldığı süre boyunca günlük yaşam aktivitelerini değerlendirip, güvenliğini sağlayabilir (SaudiMOH, 2021; Gu et al., 2016).

Bakımın ön saflarında yer alan hemşireler, bakım verdikleri süre boyunca bireyi düşme risk faktörleri yönünden değerlendirebilir. Hemşireler, hastanede yatan hastaların güvenliğine yardımcı olmak için kapsamlı bir bakım planı hazırlayabilir (Callis, 2016). Bu doğrultuda öncelikle bireylerin düşme riskini erken dönemde belirleyebilir. Uygun hemşirelik girişimlerini planlayıp, uygulayıp, verilen bakımın etkinliğini değerlendirilebilir (De Sousa Costa et al., 2019).

Kim ve Jeong (2015)'un yapmış olduğu bir meta-analiz çalışmasında, düşmelerin hemşirelik girişimleri kullanılarak etkili bir şekilde önlenebileceği, en etkili hemşirelik girişiminin eğitim ve çevre düzenlemesi ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Kim and Jeong, 2015). Hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun düşmelerin önlenmesinde primer sorumluluğun kendilerinde olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Duman ve Kitiş, 2013). Düşmelerin önlenmesine yönelik girişimler, hastaların sağlığının korunmasını ve oluşabilecek sekonder yaralanmaların önlenmesini hedeflemektedir. Hastanelerde gerçekleşen hasta düşme oranları, hemşirelik bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Düşmelerin önlenmesine ilişkin hedeflere ulaşabilmek için hemşirelerin danışmanlık, eğitim, iletişim, bakım ve değerlendirme süreçlerine ilişkin rollerini tam olarak yerine getirmesi oldukça önemlidir (Kılıç vd., 2021).

Hemşirelerin, düşme olayı sonrası düşmelerin bildirilmesi, nedenlerinin araştırılması ve analiz edilmesi ile ilgili yürütülen çalışmalara katılması oldukça önemlidir. Sağlık bakım kurumlarında oluşan hataların analiz edilmesi, koruyucu önlemlerin erken dönemde alınmasına katkı sağlayabilir. Bu doğrultuda hastaların zarar görmesinin önüne geçilebilir. Sunulan sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkinliği artırılabilir. Ayrıca bu konuda standartlar oluşturulması, hemşirelerin yapabilecekleri hatalı girişimleri engelliyerek, yasal durumlarla karşı

karşıya kalmalarını önleyebilir (Duman ve Kitiş, 2013; King et al., 2018; Kılıç vd., 2021). Literatürde bireye ait bazı faktörlere bağlı olarak (epilepsi nöbeti vb.) hastane ortamındaki düşmelerin tamamen önlenemeyeceği buna karşın alınan etkili koruyucu önlemlerle en aza indirilebileceği vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda en etkili hemşirelik yaklaşımı, düşme riski düzeyi ile düşmeye neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesini, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasını ve uygulanmasını gerektirmektedir (Oksel, 2018).

2.10. Düşmeleri Önlemeye Yönelik Olarak Uygulanan Hemşirelik Girişimleri

Hastanelerde düşmeleri önlemeye yönelik girişimler, düşme nedenlerinin analiz edilmesini ve problemin temel nedenlerinin doğru bir şekilde belirlenmesini gerektirmektedir. Genel olarak düşmelerin önlenmesi için uygulanan stratejiler; risk faktörlerinin değerlendirilmesini, düşme ile ilgili eğitim verilmesini, çevrenin değerlendirilmesini ve düzenlenmesini; bireyin gücünü, dengesini, dayanıklılığını geliştirmeye yönelik girişimleri ve ilaç rejimlerinin düzenlenmesini içermektedir (Toren and Lipschuetz, 2017).

2.10.1. Hastaya Yönelik Olarak Uygulanan Hemşirelik Girişimleri

Hasta Düşme Riskinin Belirlenmesi: Hasta düşmelerinin önlenmesi, düşme riskinin tanılanması ile başlayan bir süreçtir (Tezcan ve Karabacak, 2021). Hemşireler hastanın kliniğe kabulü sırasında, sağlık durumundaki değişikliklerde, bir üniteden diğerine transferi sırasında, hastaya yapılacak işlemlerden önce ve sonra, her vardiya değişiminde ve tüm önlemlere karşın hasta düştükten sonra düşme riskini değerlendirmelidir. Düşme riskinin tanılanabilmesi, uygun süreçlerin ve müdahalelerin uygulanabilmesi için bu konuda geliştirilmiş risk değerlendirme araçları kullanılabilir (SaudiMOH, 2021).

Son yıllarda birçok düşme risk değerlendirme aracı geliştirilmiştir. Hastanede en sık kullanılan düşme risk değerlendirme araçlarına; İtali Düşme Ölçeği, Mors Düşme Ölçeği, Hendrich II Düşme Riski Modeli, St. Thomas Risk Değerlendirme Aracı (STRATIFY), Schmid Düşme Riski Değerlendirme Aracı ve Johns Hopkins Hastanesi Düşme Riski Değerlendirme aracı örnek olarak verilebilir. Düşme riski değerlendirme araçlarının sağlam psikometrik özelliklere sahip olması; yüksek riskli popülasyonlar ile risk altında olmayan popülasyonları (spesifiklik) doğru bir şekilde tanımlayabilmesi oldukça önemlidir (Berry et al., 2017; Callis, 2016; Morse et al., 1987; Tezcan ve

Karabacak, 2021).

İtali Düşme Riski Ölçeği: Bu ölçek Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında 2011 yılında geliştirilmiştir. Ölçek %91 duyarlılığa ve %17 özgüllüğe sahiptir. Bu ölçek düşme riskini ölçebilecek, ülkemize özgü, basit ve anlaşılır bir ölçeği literatüre kazandırmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin içeriğinde düşmeye neden olabilecek 19 risk faktörü kategorisi bulunmaktadır. Bunlardan 8 tanesi majör (5 puan) ve 11 tanesi minör (1 puan) risk faktörünü içermektedir. Ölçek toplam puanın 5 puan ve üzerinde olması düşme için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Tezcan ve Karabacak, 2021).

Mors Düşme Ölçeği: 1989 yılında geliştirilmiş olan bu araç, günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçek, %78'lik duyarlılığa ve %83'lük özgüllüğe sahiptir. Hemşireler tarafından kullanılmak üzere tasarlanan bu araçta, düşme öyküsü, ek hastalık varlığı, yürümeye yardımcı araç kullanımı, intravenöz tedavi alınması, yürüyüş ve mental durum olmak üzere altı kategori bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan ise "125"dir. "0-24 puan" düşük derecede risk, "25-50 puan" orta derecede risk, "51 puan ve üzeri" yüksek derecede risk olduğuna işaret etmektedir (Morse et al., 1987).

Hendrich II Düşme Riski Ölçeği: 1995 yılında geliştirilen, 2003'te güncellenen ve yaygın olarak kullanılan standart bir düşme riski değerlendirme aracıdır. Ölçek, üçüncü basamak akut bakım hastanesinde test edildiğinde %74,9'luk duyarlılık ve %73,9'luk özgüllük düzeyi belirlenmiştir. Ölçekteki konfüzyon/oryantasyon bozukluğu, depresyon, boşaltımda değişim, baş dönmesi/vertigo, cinsiyet, antiepileptik/benzodiazepin kullanılması ve tek harekette yükselme kabiliyeti olmak üzere yedi katagori bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20'dir. Ölçek toplam puanın 5 puan ve üzerinde olması düşme için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Callis, 2016).

Thomas Risk Değerlendirme Ölçeği (STRATIFY): 1997 yılında geliştirilen bu ölçeğin, %93'lük duyarlılığa ve %87.7'lik özgüllüğe sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçekte düşme öyküsü, mental durum, görme bozukluğu, sık tuvalete çıkma ile transfer ve hareketlilik olmak üzere toplamda beş risk faktörü alanı bulunmaktadır. Hastada bu durumlar mevcutsa "1", mevcut değilse "0" olarak puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 5 olmakla birlikte 2 veya daha yüksek bir puan düşme için yüksek risk olarak kabul edilmektedir (Callis, 2016).

Düşme Riski Yüksek Olan Hastalar İçin Belirteç Kullanılması: Düşme riskinin

yüksek olduğunu belirtmek için, hasta odasının kapısına veya yatağının başucuna belirteç asılabilir. Belirteçlerin kullanılmasındaki temel amaç sağlık profesyonellerinin, hastanın düşme riskine karşı tedbirli olmalarını ve gerekli önlemleri her zaman uygulamalarını sağlamaktır. Ayrıca hemşirelerin düşmelere yönelik farkındalıklarının artırılması amacıyla, düşme riski yüksek olan hastalara renkli bileklikler takılabilir. Bununla birlikte düşme riski taşıyan hastaların isimlerinin klinikte sağlık profesyonellerinin görebileceği beyaz bir tahtaya yazılması ve bu isimlerin düzenli olarak güncellenmesi bu konudaki farkındalığı artırabilir (SaudiMOH, 2021; TJC, 2015).

Bireysel Bakım Planı Hazırlaması: Düşmelere neden olan risk faktörleri bireyden bireye farklılık gösterebilir. Örneğin; bir hastanın sahip olduğu denge problemi bireyin düşmeye yatkınlığını artırabilir. Başka bir hastada ise çoklu ilaç kullanımı ya da görme problemleri düşmeye neden olabilir. Bu nedenle bütün hastalara aynı düşmeyi önleme stratejileri uygulanmayabilir. Hemşirelerin bireysel değerlendirmeler doğrultusunda hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulaması, düşmelerin önlenmesindeki başarı oranını artırabilir. Bununla birlikte bir hemşirenin bakım planı oluştururken hastanın ekonomik durumunu, kültürünü ve manevi değerlerini göz önünde bulundurması oldukça önemlidir (NICE, 2013; RNAO, 2017).

Hastanın Düşme Öyküsünün Değerlendirilmesi: Birey hastaneye kabul edildikten sonra hemşireler tarafından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Düşme risk faktörleri (kullanılan ilaçlar, postural hipotansiyon, parkinson hastalığı, diyabet, osteoporoz, inme veya bilişsel bozukluklar gibi kronik hastalıklar, üriner inkontinans, görme bozukluğu) belirlenmelidir (Ambrose et al., 2015). Düşme öyküsü olan hastalar, düşme ve yaralanma yönünden risk altında oldukları için bireyin daha önce düşme deneyimleyip deneyimmediği sorgulanmalıdır. Hastaya hastanede kaldığı süre içerisinde düşmeleri önleyici girişimler uygulanmalıdır. Hareket ve fiziksel aktivite sırasında bireye yardımcı olunmalıdır. Ayrıca düşme ve yaralanmaları önlemek için uygulanacak temel önlemler ve girişimler hasta ve aile üyelerine öğretilmelidir (SaudiMOH, 2021).

Hastalara Uygun Fiziksel Aktivite ve Egzersizlerin Yaptırılması: Fiziksel hareket kısıtlılığı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini olumsuz yönde etkileyerek sakatlık gelişme riskini iki kat artırabilir. Fiziksel aktivitelere ve günlük egzersizlere düzenli katılım, hem sağlığı korumak hem de yetişkinlik ve yaşlanmada fonksiyonel bağımsızlığı sağlamak için gereklidir. Bu nedenle fiziksel

aktivite ve egzersizin, özellikle yaşı ve yaşlanan popülasyonda, düşmeler ve ölümcül yaralanmalara yol açan sonuçların azaltılmasında önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir (SaudiMOH, 2021).

Randomize kontrollü olarak yürütülen bir çalışmada, 75-85 yaş arası, kendi evinde yaşayan, denge ve yürüme kapasitesi azalmış 706 kadına, iki yıl boyunca ev egzersizleriyle desteklenen, haftalık grup denge eğitimi programı uygulanmış; bu eğitimin yaralanmaya neden olan düşmeleri azaltmada, ölçülen ve algılanan fiziksel işlevi iyileştirmede etkili olduğu belirlenmiştir (El Khory et al., 2015). Silva vd. (2013) egzersizin düşme ve düşmeye bağlı kırıklar üzerine etkisini araştırdıkları bir meta-analiz çalışmasında, en sık uygulanan girişimlerin denge ve kuvvet artırma egzersizleri olduğu, egzersizin düşmeleri önleyici etkisi olmasına karşın düşmelere bağlı kırıkları önleme üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Silva et al., 2013).

Hastaların İzlenmesi İçin Saatlik Klinik Turların Yapılması: Klinik turlar, düzenli aralıklarla, genellikle bir veya iki saatte bir hasta başı kontrolleri içeren, onların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik proaktif bir yaklaşımdır (LeLaurin and Shorr, 2019). Hastaları her saat değerlendirmek, hastaların kendilerini daha güvende ve daha az endişeli hissetmelerini sağlayabilir. Düşmelerin önlenmesine yönelik olarak AHRQ tarafından yayınlanan klinik rehberde, hemşirelerin klinik turları 06:00 ile 22:00 saatleri arasında her saat başında, 22:00 ile 06:00 saatleri arasında ise her iki saatte bir yapmaları önerilmektedir (AHRQ, 2022).

Klinik turlar "Dört P" (*Pain*/ağrı, *Personal needs*/bireysel ihtiyaçlar, *Position*/pozisyon verilmesi, *Placement*/hasta eşyalarının yakına konumlandırılması) ilkesi doğrultusunda gerçekleştirilmelidir (AHRQ, 2022). Dört P'nin amacı, hasta düşmelerini, basınç yaralanmalarını önlemek, ağrı düzeyini değerlendirmek, hastanın gözetimsiz kalkmasını önlemek ve eşyalara (çağrı zili, su vb.) kolay erişimini sağlamaktır. Ayrıca klinik turlar hastaların endişelerini rahatça ifade etmelerine fırsat verebilir (Chu, 2017; LeLaurin and Shorr, 2019). Chu (2017)'nin aktardığına göre, rehabilitasyon ünitesinde yürütülen bir çalışmada, düzenli klinik turların çağrı zili kullanımı ve düşme insidansını azalttığı; hasta memnuniyetini %7,5 oranında artırdığı saptanmıştır.

İlaçların Yönetimi: Hemşireler, hastaların kullandıkları ilaçların etkisi ve yan etkileri ile özellikle hastanın düşme riskini artıran ilaçlar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır. Düşme riskini artıran ilaçlara bağlı düşmeleri önlemek için uygun girişimleri planlamak, hasta farkındalığını artırmak, hasta ve yakınlarını bu konuda

bilgilendirmek, sık değerlendirme ve izlem yapmak hemşirelerin önemli sorumluluklarıdır (SaudiMOH, 2021).

Postural Hipotansiyon: Yaşlı erişkinlerde ve postural hipotansiyona neden olabilecek ilaç kullanan bireylerde tanımlanan bir risk faktörüdür. İlaç dozunun hesaplanarak yeniden düzenlenmesi ile postüral hipotansiyon önlenabilir. Ayrıca hemşireler, hasta ve ailesine hastaneye gelişlerinden itibaren etkili bir oryantasyon ve sağlık eğitimi vererek hastanın çevresini tanımasını sağlayabilir. Hasta mobilize edilirken ilk olarak yatakta dik oturması, ayağa kalkmadan önce alt ekstremitelerini hareket ettirmesi gibi minimal aktif egzersizler bireye öğretilir (SaudiMOH, 2021).

Düşme Riski Yüksek Olan Hastaların Hemşire Odasına Yakın Bir Odaya Konumlandırılması: Bu yaklaşım hemşirenin hastanın çağrısına erken dönemde yanıt vermesini sağlayabilir. Hemşire hızlı bir şekilde hastaya müdahalede bulunarak, oluşabilecek olası zararları en aza indirilebilir. Ayrıca düşme riski yüksek olan hastanın hemşireye yakın olması, hemşirenin hastayı sık izlemesine ve değerlendirmesine fırsat verebilir (TJC, 2015).

Hasta/Yakınlarının Eğitimi ve Düşme Önleyici Uygulamalara Katılımının Sağlanması: Hasta ve yakınlarının düşmelerin önlenmesi konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle düşme riskleri ve önleyici stratejileri içeren kapsamlı ve etkili bir eğitim programı hazırlanabilir. Bu eğitim programı hasta ve yakınlarına uygulanarak düşmelerin azaltılmasına katkıda bulunabilir. Eğitim bireyin hastaneye kabul edilmesiyle başlayabilir. Hastalar tedavi gördükleri klinik evre hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için yatışın ilk günlerinde düşmeye daha yatkın olabilir. Bu nedenle hastalara oda, pencereler, yatak, ışık panoları, ağrı zilleri, banyo, dış mekân, sürgü, odadaki ekipmanların kullanımı ile ilgili ayrıntılı bilgi verilebilir. Hasta ve yakınlarına verilen eğitim sırasında görsel ve işitsel eğitim materyallerinin kullanılması verilen eğitimin etkinliğini artırabilir (Barış vd., 2016; RNAO, 2017; SaudiMOH, 2021).

Sağlıklı Beslenmenin Desteklenmesi ve Besin Takviyesi: Sağlıklı ve dengeli beslenme kas kütesini güçlendirip destekleyerek, düşme riskini azaltabilir. Kalsiyum, D vitamini, mineraller, proteinler, karbonhidratlar, yağlar ve lipitlerin doğru ve gerekli miktarda tüketilmesi, vücut ağırlığının korunmasına ve obezitenin önlenmesine yardımcı olabilir. Aynı zamanda bu uygulama düşme riskinin ve düşmelere bağlı ölümcül yaralanmaların azalmasını sağlayabilir (SaudiMOH, 2021). D vitamini takviyesi kas gücü ve dengesini artırmanın yanı sıra düşme riskini ve oranını azaltabilir

(Enderlin et al., 2015).

Hastanın Boşaltım Gereksiniminin Sorgulanması: Sık idrara çıkma, idrar kaçırma, diyare gibi problemler acil boşaltım gereksinimini beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle hızlı hareket etmeye çalışan bireyler denge kaybı ya da ayağın takılması nedeniyle düşme riski yaşayabilmektedir (Chu, 2017).

Hareket Durumunun Değerlendirilmesi: Yürüme veya hareket bozukluğu olan hastalar, hastanede kaldıkları süre boyunca hareket etme konusunda yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Bu nedenle baston veya yürüteç gibi yardımcı cihazların, güvenli ve hastanın kolay ulaşabileceği bir konumda olması oldukça önemlidir (AHRQ, 2022).

Ayakkabı ve Uygun Kıyafet Seçimi: Hemşire, düşmeye neden olmayan düz, yumuşak tabanlı, kaymayı engelleyen ve ayak bileğini saran bir ayakkabı giymesi konusunda hastasını bilgilendirmelidir. Bununla birlikte çok uzun ve bol kıyafetler hastanın dengesini bozarak düşmeye neden olabileceği için tercih edilmemelidir (RNAO, 2017).

Çok Yönlü Müdahalelerin Yapılması: Hasta düşmelerine birden fazla faktör neden olabilir. Bu nedenle çok yönlü müdahale stratejileri düşmelerin azaltılmasında oldukça etkili olabilir. Bu stratejiler, bireye yönelik risk faktörleri göz önünde bulundurularak oluşturulabilir. Düzenli olarak egzersiz yapma, bakımın planlanması, fiziksel ortamdaki değişiklikler, eğitim programı, kalsiyum ve D vitamini desteği, ilaçların gözden geçirilmesi ve fiziksel kısıtlamalar (örneğin yatak başı korkuluklarının) eş zamanlı olarak uygulanabilir (Karlsson et al., 2013).

Düşmelerin Analiz Edilmesi: Hastanın bakımda yer alan ekip üyelerinin, düşme sonrası analiz yapması oldukça önemlidir. Ekip üyeleri düşme olayına neden olan faktörleri birlikte değerlendirmelidir. Bu doğrultuda mevcut standart prosedürlerdeki eksiklikler ve hastanın değerlendirmesine ilişkin durumlar gözden geçirilmelidir. Bununla birlikte düşmelerin ekip olarak değerlendirilmesinin ekip içi iletişimi güçlendirdiği de bildirilmektedir (Gu et al., 2016).

2.10.2. Çevreye Yönelik Olarak Uygulanan Hemşirelik Girişimleri

Sağlıklı/hasta birey düşme riski açısından bireysel olarak değerlendirildikten sonra, hastane ortamının çevresel risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi gereklidir (Gu et al., 2016). Düşmeye neden olabilecek risk faktörleri; ıslak ve kaygan zemin, odanın dağınık olması, yetersiz aydınlatma, yatak kenar veya korumalıklarıyla ilgili problemler, koridorlarda tutunma yerlerinin olmaması, yabancı ekipman ve ortam

olarak bildirilmektedir (TJC, 2015; SaudiMOH, 2021).

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri zeminin kuru, odaların ve koridorların yeterli aydınlatmaya sahip olduğundan emin olmalıdır. Odalarda kalabalık oluşturan mobilya ve ekipmanlar azaltılmalıdır. Koridor ve hasta odalarında hastanın rahat hareket etmesini engelleyecek bir ortam olmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Düşmelerin önlenmesi için hastanın sık kullandığı malzemeler (yemek masası, etajer, bardak vb.) hastanın yakınına konumlandırılmalıdır (Chu, 2017; SaudiMOH, 2021; TJC, 2015). Hasta transferi sırasında kullanılan sedye ve ekipmanlara yönelik temel güvenlik önlemleri alınmalıdır. Hastanın kullanmakta olduğu tekerlekli sandalyeler kilitlenerek bireyin güvenliği sağlanmalıdır. Yatak yüksekliğinin düşük seviyede olması, düşmeye bağlı olarak gelişebilecek yaralanmaları en aza indirebilir. Yatak kenarlıklarının kaldırılması, hasta ani hareket ettiğinde düşmesini önleyebilir (Chu, 2017; TJC, 2015).

Düşmelerin önlenmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin yaptıkları uygulamalar yatak korkuluklarının kaldırılması, hastalara/aileye düşme riskleri ve düşmelerin önlenmesi konusunda rehberlik edilmesi, çağrı zili ve hastaların eşyalarının hastaların ulaşabileceği bir yerde konumlandırılması olarak belirlenmiştir (Luzia et al., 2014). Hemşire çağrı zillerinin düşmeleri önlemede etkili bir strateji olduğu söylenebilir. Çağrı zili, hemşireleri ve sağlık hizmeti sunucularını hastanın yardıma ihtiyacı olduğu konusunda uyarabilir. Bu nedenle hastaların çağrı zillerinin kullanımı konusunda yönlendirilmesi ve nasıl kullanılacağına öğretilmesi önemlidir (SaudiMOH, 2021).

2.11. Tutum Kavramı

Tutum kavramı, ilk olarak 1862 yılında psikolog Herbert Spencer tarafından kullanılmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında ise Gordon Allport, tutum kavramının "psikolojide en ayırt edici ve vazgeçilmez bir kavram" olduğunu ifade etmiştir (Fishman et al., 2021). Günümüzde tutum kavramıyla ilgili tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu nedenle tutum birçok farklı yönüyle kavramsallaştırılmıştır. Tutum sözcüğünün Latince kökeni "harekete hazır" anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda tutum; bir olay, nesne, birey veya duruma yönelik zihinsel eğilim olarak tanımlanabilmektedir (Mıdık, 2018).

Eagly ve Chaiken (2007)' a göre tutum, "Belirli bir varlığın belirli bir derecede olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesini içeren psikolojik bir eğilimdir." Bu

tanım, tutumların temel özellikleri olan; eğilim, varlık (tutum nesnesi) ve değerlendirmeyi içermektedir (Eagly and Chaiken, 2007). Petty vd. (2007)'e göre ise "Tutum, kişinin benliğini içerebilecek çok çeşitli nesnelere, konulara veya insanlara ilişkin değerlendirmeler"dir. Tutumlar bireye özgüdürler. Gözle görülmezler, sadece bireylerin dışarıdan gözlenebilen bazı davranışları doğrultusunda tahmin edilebilirler. Tutumlar genellikle bireyin yaşadığı deneyimler sonucunda, bulunduğu çevrenin, ailenin, sosyal faktörlerin ve okulun etkisiyle şartlanma ve gözlem yoluyla oluşabilir (Sakallı Uğurlu, 2018).

2.11.1. Tutumun Özellikleri

Tutum kavramının kendine özgü bazı özellikleri vardır;

- Tutum öğrenilir; doğuştan gelen bir olgu değildir.
- Tutum, sosyal etkileşim ve deneyim yoluyla öğrenilebilir.
- Tutum uzun süre kalıcılığını devam ettirebilir.
- Tutum değerlerden farklıdır; değerler ideallerdir, tutum ise duygulardır.
- Birey ve nesne ilişkisinde, tutumlar doğrultusunda bir yanlılık oluşabilir.
- Tutum bireyin davranışlarını etkiler. Bir nesneye karşı olumlu bir tutum, bireyin o nesneye karşı davranışlarını olumlu yönde etkileyebilir. Bunun tam tersi bir durum da söz konusu olabilir.
- Tutumun bir yoğunluğu vardır.
- Hem bireysel tutumlar hem de toplumsal tutumlar vardır (İnceoğlu, 2010; Haddock and Maio, 2008).

2.11.2. Tutumun Boyutları

Tutum kavramının bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır;

Bilişsel boyut; nesneyle ilgili olan bilgi, inanç ve düşünceler bilişsel boyutu oluşturur. Birey yaşadığı olaylara bağlı olarak bir nesneye karşı olumlu ya da olumsuz düşünce geliştirebilir. Bireyin bir tutum geliştirebilmesi için doğrudan nesneyle karşılaşması, onu duyması ya da okuması gerekir. Çünkü birey, varlığını bilmediği bir nesne hakkında tutum geliştiremez (İnceoğlu, 2010; Haddock and Maio, 2008).

Duygusal boyut; bir nesne, birey, sorun veya olaya karşı bireyin hissettikleriyle ilgili olan boyuttur. Tutumun, bireyden bireye farklılık gösteren, gerçeklerle anlaşılması mümkün olmayan hoşlanma-hoşlanmama boyutunu oluşturur. Tutumun

mantıkla açıklanamayan yönüdür. Bu boyut tutuma süreklilik kazandırır (İnceoğlu, 2010; Haddock and Maio, 2008).

Davranışsal boyut; bireyin tutum nesnesine yönelik olumlu ya da olumsuz sözleri, tavırları, görüşleri ve hareketleri davranış eğilimini ifade eder. Tutum, dolaylı olarak davranışlar yoluyla ölçülebilir (İnceoğlu, 2010; Haddock and Maio, 2008).

2.11.3. Tutumun Ölçülmesi

Tutumlar gözle görülebilecek ve elle tutulabilecek bir yapıya sahip olmadıkları ve varsayılan değişkenler oldukları için, ölçülmeleri ve değerlendirilmeleri oldukça zordur. Tutumlar, doğrudan ölçülemezler. Bu nedenle tutumlar değerlendirilirken bireylerin; inançları, düşünceleri, hissettikleri, duyguları, davranışları ve tepkilerine odaklanmak gerekmektedir. Tutumların ölçme yöntemleri şöyle sıralanmaktadır (Mıdık, 2018).

- Davranışların analiz edilmesi (gözlemleme)
- Fizyolojik tepkilerin ve değişkenlerin analiz edilmesi (kan basıncındaki değişimler vb.)
- Bireyin nesneye yönelik verdiği tepkilere göre yapılan analizler (ölçekleme tekniği)

Tutum ölçme yöntemleri arasında en fazla kullanılan yöntem ölçekleme tekniğidir. Bunun nedeni ölçekleme yöntemi kullanımının kolay olması, maliyetinin düşük olması, sistematik ve tekrarlanabilir niteliğe sahip olmasıdır (Tavşancıl, 2018). Tutum ölçekleri; bireyin belli bir tutum nesnesine karşı olumlu ya da olumsuz davranışlarının somut olarak ifade edilmesidir. Tutum ölçekleri bireylerin tutumlarını objektif olarak doğru bir şekilde ölçmeyi amaçlamasına karşın bu her zaman mümkün olmayabilir. Bunun durum bireylerin kendilerini daha olumlu yansıtmaya çalışmasından kaynaklanabilir (Sakallı Uğurlu, 2018; Tavşancıl, 2018).

2.12. Ölçek Geliştirme Süreci

Ölçek geliştirme, ilgilenilen bir niteliği sayısal ifadelere dönüştürebilmek için güvenilir ve geçerli ölçüm aracını geliştirme sürecidir. Gözlenebilen yapılar (örneğin, kilo, hız vb.) doğrudan ölçülebilirken, gözlemlenemeyen yapılar doğrudan ölçülemez. Doğrudan ölçülemeyen bu yapılar genellikle soyuttur (örneğin, öz değerlendirmeler), karmaşıktır ve tek bir kavram olmaktan ziyade birkaç farklı bileşenden oluşabilir. Bu soyut yapılar ölçekler sayesinde somut yapıya dönüştürülebilir (Jebb and Tay, 2017).

Literatürde genellikle en çok kullanılan beş standardize ölçek tipi bulunmaktadır. Bu ölçek tipleri arasında Likert tipi ölçekleme, en sık kullanılan ölçekleme yöntemidir (Özdemir, 2018).

Likert tipi ölçekler, Rensis Likert tarafından 1932 yılında geliştirilmiştir. Likert'in ölçek geliştirme işlemleri birey merkezlidir. Ölçekte bireylerin cevaplandıracağı olumlu veya olumsuz ifadeler yer almaktadır. Bu ölçeklerde birey, önerilen ifadelere katılıp katılmadığını dereceler yardımıyla belirlemektedir (Özdemir, 2018). Bu ölçme yönteminde tek bir yapıyı ölçmek için tasarlanmış çoklu madde kullanımı, ölçümün geçerliğini ve güvenilirliğini artırabilir (Johnson and Christensen, 2014). Ayrıca seçeneklerin artması verilen cevaba ilişkin puanın sorgulanan yargı ile gerçeği yansıtmaya düzeyini/doğruluğunu/seçiciliğini artırabilir (Özdamar, 2017). Örneğin 5'li likert tipte hazırlanan bir ölçekte seçenekler; "0= Kesinlikle katılmıyorum, 1= Çok az katılmıyorum, 2= Biraz katılmıyorum, 3=Katılmıyorum, 4=Fazla katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılmıyorum" şeklinde artan sıralı (ordinal) yapıda belirlenebilir. Likert tipi hazırlanan ölçeklerde maddelerin seçenek sayısının 5,7,9,11 şeklinde olması önerilmektedir (Özdamar, 2017).

2.12.1. Geçerlik

Geçerlik; ölçme aracının, ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesidir. Diğer bir ifadeye göre, ölçme aracının amaca hizmet edebilme derecesidir. Ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca ve hatta uygulandığı gruba göre de değişebilmektedir. Genel olarak, doğrudan yapılan ölçümlerde geçerlik yüksek, dolaylı olarak yapılan ölçmelerde ise daha düşük olabilmektedir. Likert tipi ölçeklerde ölçme aracının geçerliliği kapsamında kapsam geçerliliği, ölçüt geçerliliği ve yapı geçerliliği yapılması önerilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Kapsam geçerliliği

Ölçekteki herbir maddenin ve ölçeğin bütününe amaca ne derece hizmet ettiğinin ölçülmesidir. Diğer bir deyişle her maddenin diğer maddelerle birlikte fenomeni ölçmeye katkı sağlamasıdır. Geliştirilen ölçeklerde madde sayısı, fenomeni ölçebilecek yeterlikte olmalıdır (Ercan ve Kan, 2004; Özdamar, 2017). Kapsam geçerliğini değerlendirmek için genellikle konu uzmanlarının görüşü alınmaktadır. Uzmanlardan ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme ve hedef kitleye uygunluk vb. yönünden değerlendirmeleri istenmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanmasında en az 5, en fazla 40 uzmanın görüşüne başvurulmaktadır. Uzmanların maddelerle ilgili yaptıkları değerlendirmeler, farklı tekniklerle analiz edilebilmektedir. Content Validity Index (CVI), Dawis ve Lawshe Tekniği yöntemleri bu yöntemlere örnek olarak verilebilir (Esin, 2014; Özdemir, 2018). Çalışmalarda genellikle Lawshe Tekniği tercih edilmektedir (Seçer, 2015). Bu teknikte ölçeğin kapsam geçerlilik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeksleri (KGI) hesaplanmaktadır (Lawshe, 1975).

Ölçüt Geçerliği

Bu yöntemde belirlenen bir ölçüt doğrultusunda geçerlik hesaplanır. Başka bir ifadeyle bir ölçeğin diğer bir ölçekle ilişkisi ölçüt geçerliliğidir. Bu geçerlilik yönteminin yordama ve eşzaman geçerliliği olmak üzere iki çeşiti vardır. Yordama geçerliği, test sonuçları ile geleceğe ait bir ölçüt arasındaki ilişkinin gösterilmesi olarak tanımlanabilir. Gelecek bir zamanda kullanılacak kritere ait ölçümler ile test puanları arasındaki korelasyon, yordama geçerliğinin temelini oluşturur. Eşzaman geçerliğinde ise aynı alanda daha önceden geçerli olduğu belirlenmiş bir ölçek ile geliştirilmek istenen ölçeğin puanları arasındaki korelasyon hesaplanır (Tekin, 2016).

Yapı Geçerliği

Bir ölçeğin yapı geçerliği, ölçme aracının, belirlenen fenomeni tam ve tarafsız olarak ölçmesi amacıyla yapılandırılmasıdır. Bir ölçme aracının yapı geçerliliğinin incelenmesi, testin maddelerinin ilgili olduğu alanı kapsamasına ve bu maddeler arasındaki ilişkilerin analizine dayanmaktadır (Tekin, 2016). Literatürde yapı geçerliliğinin incelenmesi için farklı yöntemler olduğu belirtilmektedir. Bu yöntemlere faktör analizi, iç tutarlık analizi, hipotez testi, benzer ölçek geçerliği, sağlama geçerliği, yapısal eşitlik modellemesi, çoklu özellik/çoklu yöntem matrixi, şablonların eşleşmesi teorisi örnek olarak verilebilir. Bu yöntemler arasında en yaygın olarak kullanılanlar; benzer ölçek geçerliği, yapısal eşitlik modellemesi ve faktör analizidir (Özdamar 2017; Özdemir, 2019).

Faktör Analizi

Katılımcıların, geliştirilmekte olan ölçekteki maddelere verdikleri cevaplar arasında bir düzen olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan yapı geçerliliği yöntemidir. Bu yöntemler ile değişkenler ortak başlıklar altında toplanabilir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Faktör analizi temelde iki amaçla kullanılabilir. Bunlardan birincisi yeni oluşturulan kuramsal yapının alt boyutlarının belirlenmesi, ikincisi ise oluşturulmuş kuramsal yapının doğrulanmasıdır. Yeni oluşturulan kuramsal yapının

nasıl olduğunu açıklamak amacıyla “Açıklayıcı Faktör Analizi” kullanılır. Daha önce geliştirilmiş olan kuramsal yapı doğrultusunda geliştirilen ölçme aracından elde edilen verilerle söz konusu kuramsal yapının doğruluğunun test edilmeye çalışılmasında “Doğrulayıcı Faktör Analizi” kullanılır (Erkuş, 2003).

Açıklayıcı faktör analizi (AFA), ölçüm aracını oluşturan maddeler arasındaki korelasyonun ve yapının faktör sayısının belirlenmesinde kullanılır. Verilerin yapısına uygun model oluşturulması için ölçme aracından maddelerin eklendiği veya çıkarıldığı bölümdür (Aksu vd., 2017). Literatürde, örneklem büyüklüğünün, ölçme aracındaki toplam madde sayısının beş ya da on katı büyüklüğünde olması önerilmektedir (Aksu vd., 2017). Veri setinin faktör analizi için yeterliliği belirlenirken Kaiser-Meyer Olkin’in (KMO) ölçüm tekniğinden, değişkenlerin birbirleriyle korelasyonunun test edilmesi için Bartlett Testi’nden yararlanılmaktadır (Esin, 2014). KMO testinde elde edilen değerin 1’e yaklaşması istenmektedir. Barlett testi sonucunda belirlenen ki kare değeri ile anlamlılık düzeyine bakılmaktadır. Anlamlılık değerinin, 0.05’ten küçük olması verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini ifade etmektedir ve analize devam edilmektedir. Anlamlılık değerinin 0.05’ten büyük olması faktör analizi sonuçlarının kullanılamaz olduğunu göstermektedir. Bu test değerinin %95 güven aralığında ve 0,05’ten küçük olması istenmektedir (Aksu vd., 2017).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA); açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen faktör yapılarının test edilmesinde kullanılmaktadır. DFA analizlerinde, yapı geçerliliğinin sağlanabilmesi için uyum istatistiklerinin hedeflenen düzeyde olması gerekmektedir. DFA, mutlak uyum indeksleri ve marjinal uyum indeksleri doğrultusunda iki şekilde incelenebilmektedir (Erdoğan vd., 2014).

Mutlak Uyum İndeksleri, rehber olarak kullanılan modelin örneklem verisine uyum oranını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Önerilen modellerin en iyi uyuma sahip olanları belirlenmektedir. Bu indeksler eldeki veri ile modelin uyumunda en önemli gösterge olarak kabul edilmektedir. Bu kategori altında Ki-Kare testi, RMSEA, GFI, AGFI, RMR ve SRMR indeksleri yer almaktadır. Ölçek model uyum iyiliği değerlerinin kabul edilen tüm eşik değerleri aşağıda tablo 2.2.’de gösterilmiştir (Erdoğan vd., 2014).

Marjinal uyum indekslerinde ise, ki-kare değeri temel model ile karşılaştırılmaktadır. Analiz sonuçlarında en çok raporlanan uyum indekslerin genellikle GFI, CFI, NFI ve NNFI olduğu görülmektedir. Ölçek model uyum iyiliği

değerlerinin kabul edilen tüm eşik değerleri aşağıdaki tablo 2.2.'de gösterilmiştir (Erdoğan vd., 2014).

Tablo 2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizinde (DFA) İyi ve Kabul Edilebilir Uyum İyiliği Değerleri

	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
χ^2/sd	≤ 3	4-5
GFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
AGFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
NFI	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
RMSEA	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)
SRMR	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, GFI: İyi Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Trucker-Lewis İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü

2.12.2. Güvenirlik

Güvenirlik, ölçme aracının tutarlı, duyarlı ve tarafsız sonuçlar verebilmesi anlamına gelmektedir. Güvenirlik, ölçme aracının tesadüfi hatalardan arınık olma derecesi olarak tanımlanabilmektedir. Ölçüm araçlarındaki hata oranı arttıkça, ölçeğin güvenilirliği de azalmaktadır (Yurdabakan ve Çüm, 2017). Güvenirlik ölçülebilen bir değer olup, güvenirlik katsayısıyla değerlendirilmektedir. Güvenirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Güvenirlik katsayısı sıfıra yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği azalırken, bire yaklaştığında ölçeğin güvenilirliği artmaktadır (Özdamar, 2017). Güvenirliğin belirlenmesinde farklı yöntemler kullanılabilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Formun Tekrarı Yöntemi (Zamana Göre Değişmezlik (Süreklilik) (Test-retest))

Belirlenen ölçme aracının aynı gruba, aynı koşullar oluşturularak, bireylerin verdikleri cevapları hatırlamayacağı, aynı zamanda da ölçülecek özellikte önemli değişimler olmayacak kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır (Ercan ve Kan, 2004). Literatürde bu zaman diliminin ortalama 4 hafta olduğu belirtilmektedir. İki ölçüm arasındaki korelasyon, kuvvet yetkinliği en yüksek korelasyon tekniği olduğu için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmaktadır. Korelasyon katsayıları iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve

yönü hakkında bilgi vermektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Test farklı zamanlarda aynı gruplara uygulandığında korelasyon katsayısının $0.80 \leq r \leq 0.90$ olması beklenmektedir (Özdamar, 2017).

Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi

Eşdeğer (paralel) formlar yönteminde, aynı davranış kalıplarını temsil edebilecek farklı maddelerden, iki eşdeğer form oluşturulur. Oluşturulan bu iki formun birbirine eşdeğer olarak kabul edilebilmesi için, formların zorluk derecelerinin, içeriklerinin, puanlarının, madde sayılarının ve yorumlanmasının aynı olması gereklidir. Eşdeğer iki form aynı anda uygulanabileceği gibi aralıklarla da uygulanabilmektedir. Daha sonra formlar arasındaki korelasyon ve güvenirlik katsayısı hesaplanmaktadır (Ercan ve Kan, 2004). Korelasyon katsayısının hesaplanmasında, eğer uygunsa genellikle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Korelasyon katsayıları $0.80 \leq r \leq 0.90$ olmalıdır (Özdamar, 2017).

İç Tutarlılık Yöntemleri

Ölçme aracıda yer alan soruların kendi aralarındaki homojenlik derecesi ile soruların istenen özelliği ölçme durumunun belirlenmesinde kullanılmaktadır. Sık kullanılan bir güvenirlik ölçütüdür (Karakoç ve Dönmez, 2014). İç tutarlılık belirlenirken Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı, Kuder-Richardson 20 güvenirlik katsayısı, yarıya bölme yöntemi ve madde-toplam puan ölçek güvenirliği yöntemleri kullanılmaktadır (Erdoğan vd., 2014).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı; sürekli, ardışık veya aralıklı dört veya beş seçenekli cevapların ve k maddenin yer aldığı bir ölçeğin, fenomeni ölçmedeki gücünü, yeterliliğini ve güvenirliğini ölçmeye yarayan genel güvenirlik katsayısıdır (Özdamar, 2017). Cronbach alfanın gücü, madde puanlarının aralıklı ölçekli ve normal dağılım gösterdiği durumlarda daha yüksektir. Maddeler arasında negatif ilişki varsa Alfa katsayısı da negatif çıkar.

Tablo 2.3. Cronbach Alfa Katsayısı (α) sınırları (Özdamar, 2017)

Cronbach Alpa Katsayısı (α) Sınırları	Güvenilirlik Düzeyi
$\alpha < 0,50$	Ölçek güvenilir değil
$0,50 \leq \alpha < 0,60$	Ölçek düşük derecede güvenilir
$0,60 \leq \alpha < 0,70$	Ölçek orta derecede güvenilir

$0,70 \leq \alpha < 0,80$	Ölçek genel kabul gören düzeyde güvenilir
$0,80 \leq \alpha < 0,90$	Ölçek yüksek derecede güvenilir
$\alpha \geq 0,90$	Ölçek mükemmel derecede güvenilir

Cronbach alfa katsayısı ikili cevaplar içeren maddelerden oluşan bir ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında kullanılır. Bu durumda Cronbach alfa katsayısı Kuder-Richarson KR20 kat sayısı olarak isimlendirilir (Özdamar, 2017).

Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları; tüm maddelerin birbirleriyle ve ölçeğin tamamıyla olan iç tutarlılığını belirlemek amacıyla kullanılır. Buna bağlı olarak bu yöntemin ölçekteki tüm maddelerin aynı değişkeni ölçtüğünü varsaydığını söylemek mümkündür. Yöntemin uygulanmasında, ölçekteki maddelerden alınan cevaplar istenilen özelliği taşıyorsa “1” puan, istenilen özelliği taşıımıyorsa veya boş bırakılmışsa “0” puan verilir. Bu yöntemle, iç tutarlılığa yönelik güvenirliliğin tahmin edilmesinde, belirli kriterler dikkate alınarak Kuder-Richardson 20 veya 21 formüllerinden uygun olanı seçilir (Ercan ve Kan, 2004). Bir testin KR-20 veya KR-21 güvenirliliği yüksek bulunmuşsa, bu testteki maddelerin aynı fenomeni ölçtüğü (testin tek boyutlu olduğu) ve test puanlarının tesadüfi hatalardan arınık olduğu sonucuna ulaşılabilir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Yarıya Bölme Yöntemi (Split-Half Method); ölçeği iki eşit parçaya bölerek, gruplara aynı anda uygulanması ve iki grubun aldığı puanlar arasındaki korelasyonun hesaplanması temeline dayanır (Ercan ve Kan, 2004). Ölçeğin alt boyutları varsa her boyut kendi içinde bütün kabul edilebilir. Ölçeğin tamamının güvenirlilik katsayısı için Spearman –Brown formülü uygulanır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Madde-Toplam Puan Güvenirliliği; Ölçeğin her bir maddesinin güvenilir olup olmadığı hakkında bilgi veren bir yöntemdir. Burada her bir maddenin varyansı ile toplam test puanının varyansı arasındaki ilişkiye bakılır. Bu yöntemde her bir maddenin güvenirliliğinin yüksek olması istenir. Bu durum ölçme aracındaki maddelerin birbirinden bağımsız maddeler olduğu ve ağırlıklarının farklı olduğu anlamına gelir (Erdoğan vd., 2014).

2.13. Nitel Araştırma Yöntemi

Nitel araştırma, bireylerin tutumlarını, inançlarını ve motivasyonlarını anlamak için, sayısal olmayan (tanımlayıcı) verileri toplamayı ve analiz etmeyi amaçlayan bir araştırma türüdür. Bu araştırma türü, ayrıntı ve bağlam açısından zengin verileri toplamak için genellikle derinlemesine görüşmeleri, odak grup görüşmelerini veya

gözlemleri içerir. Niteliksel araştırma, genellikle karmaşık fenomenleri keşfetmek veya belirli bir konuda insanların deneyimleri ve bakış açıları hakkında fikir edinmek için kullanılır (Hammarberg et al., 2016).

Nitel araştırmalar, genellikle bir fenomen hakkında standart ölçümler ve istatistiksel analizler kullanarak sistematik veri toplamayı içerir. Nitel araştırmalar ise, metinsel, sözlü veya görsel verilerin sistematik olarak toplanmasını, düzenlenmesini, tanımlanmasını ve yorumlanmasını içerir (Pthak et al., 2013). Araştırmacılar, insanların deneyimlerine yükledikleri anlamı anlamlandırmak istediklerinde veya insanların davranışlarının altında yatan nedenleri ortaya çıkarmak istediklerinde özellikle nitel araştırma yöntemlerinden faydalanırlar (Merriam and Tisdell, 2015).

Nitel araştırmalar, sağlık alanındaki araştırmalara büyük katkı sağlayabilir. Klinik araştırmalarda nitel araştırmaların kullanılması, veri toplama, analiz etme ve sonuçların yorumlanması üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir. Niteliksel çalışmalar iyi tasarlanmalı ve çalışmanın amaçları, prosedürleri titizlikle belirlenmelidir. Çalışma, araştırma yanlılığını geçersiz kılmak için önceden belirlenmiş yöntemlere sahip olmalıdır. Nicel ölçümlerle birleştirildiğinde, nitel çalışma sağlıkla ilgili konuların daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir (Pthak et al., 2013).

Sağlık alanına ek olarak sosyoloji, antropoloji, siyaset bilimi, psikoloji, sosyal hizmet, folklor, eğitim araştırmaları ve yazılım mühendisliği gibi alanlarda da nitel araştırma yöntemleri kullanılabilir. Niteliksel yöntemler arasında etnografi, gömülü teori, söylem analizi ve fenomenolojik analizler yer almaktadır (Çetinkaya ve Özsoy, 2021).

2.13.1. Fenomenolojik Yaklaşım

Fenomenografi kavramının kökünde yer alan fenomen terimi; felsefe terimleri sözlüğüne göre “görüngü” olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak fenomen, duyularla ve duyu yoluyla algılanan herşeydir. “Fenomenografi” ise Yunanca’daki “görünme” (phainomenon) ve “betimleme” (graphein) kavramlarından türetilmiştir. Bu iki kelimenin birleşimi olan fenomenografi “görünenlerin betimlenmesi” olarak tanımlanabilir. Bireyler aynı evrende ve çevrede yaşasalar dahi, aynı olayları farklı değerlendirebilmektedir (Çekmez vd., 2012).

Fenomenolojik araştırma, bireylerin yaşam deneyimlerinin nasıl olduğunu ve onlar için ne anlama geldiğini düşünmeye yönelik bir yaklaşımdır. Kant, Hegel, Lambert, Husserl ve Heidegger tarafından geliştirilen fenomenoloji, felsefe ve

psikoloji disiplinine dayanan nitel bir yöntemdir (Gillis and Jackson, 2002; Waltz et al., 2010). Fenomenoloji araştırmacısı; “bu olgunun deneyimlediği nedir? bu olgunun özü nedir? ya da fenomenin onu yaşayanlar için anlamı nedir?” sorularını sorar. Fenomenoloji de amaç, incelenen fenomeni doğru bir şekilde tanımlamak ve deneyimin özünü metinsel bir ifadeye dönüştürmektir (bu metin, resimler, müzik vb. ile yapılabilir). (Waltz et al., 2010). Açıklayıcı bir dil kullanarak deneyimin gerçek anlamını veya özünü ortaya çıkarmak ve iletmek fenomenologların rolüdür (Gillis and Jackson, 2002). Fenomenolojide birey, teoriler kullanmadan ve mümkün olduğunca araştırmacı önyargıları ve varsayımları olmadan tanımlanmaktadır. Veriler, katılımcılarla derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmaktadır (Waltz et al., 2010).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın amacı, “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”ni geliştirmek ve hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu çalışmada, nicel ve nitel araştırma tasarımının birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında nitel araştırma yönteminden yararlanılarak hemşirelerle fenomenolojik görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın nicel araştırma yöntemi kullanılan ikinci aşamasında ise, “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yürütülmüştür.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, 27/11/2020-28/02/2023 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Tokat Devlet Hastanesi’nde çalışan 610 hemşire ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan 450 hemşire olmak üzere toplam 1060 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde, evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak kişi sayısını belirlemek amacıyla kullanılan, aşağıda belirtilen formülden faydalanılmıştır (Özdamar, 2017). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü en az 282 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örneklem alınacak kişi sayısı.

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$1060.(1,96)^2 0,5 0,5$$

$$(0,05)^2.(1060-1)+(1,96)^2.0,5 0,5$$

$$n= 282$$

Bununla birlikte ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, genellikle taslak ölçeğin madde sayısı göz önünde bulundurularak, madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir. Bu araştırmada, örneklem büyüklüğü belirlenirken, geliştirilen ölçekteki madde sayısının 10 katı örnekleme ulaşılması hedeflenmiştir (O’Rourke and Hatcher, 2013). Bu araştırma kapsamında geliştirilen “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”nin taslak madde sayısı 63 olduğu için en az 10 katı olan 630 hemşireye ulaşılması planlanmıştır. Belirlenen örneklem sayısına göre hastanelerin her birinden kaç hemşire alınacağını tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak orantılı seçim yöntemiyle belirlenmiştir. Tablo 3.1’de hastanelerde çalışan hemşire sayısı, tabakadaki ağırlık oranları ve örnekleme alınacak hemşire sayısı gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Hastanelerde çalışan hemşire sayısı, tabakadaki ağırlık oranları ve örnekleme alınacak hemşire sayısı

Hastaneler	Çalışan Hemşire Sayısı	Tabakadaki Ağırlık Oranları	Örnekleme Alınacak Hemşire Sayısı
Tokat Devlet Hastanesi Üniversitesi	610	%57,5	363
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi	450	%42,5	267
Toplam	1060	%100	630

3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın ikinci aşamasını oluşturan nitel boyutta, araştırılan konuyla ilgili detaylı bilgi elde etmeyi amaçlayan, amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda kabul edilen “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Görüşme yapılan her hemşireye farklı bir kod isim verilmiş ve analiz sürecinde hemşirelerin isimleri yerine bu kod isimler kullanılmıştır.

3.2.2. Verilerin Toplanması

3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri araştırmacı tarafından, literatür doğrultusunda hazırlanan “Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 20 kişilik bir hemşire grubunda ön uygulama yapılarak test edilmiş, geri dönüşler doğrultusunda anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında anket formuna son şekli verilmiştir. En az altı aydır hemşire olarak çalışan, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde raporlu veya izinli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, çalışma hakkında bilgi verilip, onamları alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu ve taslak ölçek uygulanmıştır.

Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık 10 dakikada tamamlanmıştır. Araştırmada 655 hemşireye ulaşılmıştır. Ancak veri toplama formlarını tam doldurmamış olan (n:15) ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n:10) hemşireler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 630 hemşireyle veri toplama süreci tamamlanmıştır. Anket formunun cevaplanma oranı %96’dır.

3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Nitel araştırma verileri 24 hemşireyle ayrı ayrı görüşme yapılarak toplanmıştır. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini, araştırmanın amacına uygunluğunu belirlemek amacıyla örnekleme dahil edilmeyen dört hemşire ile ön görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerin sessiz,

yeterli ısı ve aydınlıkta olan, havalandırması iyi yapılmış bir odada gerçekleştirilmesine özen gösterilmiştir. Görüşmeler hemşirelerin iş yoğunluklarının az olduğu zamanlarda gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce katılımcılar bilgilendirilerek; araştırmanın amacı, görüşmenin nasıl yürütüleceği, görüşmenin ortalama süresi, ses kayıt cihazının kullanım amacı, görüşmelerden elde edilen verilerin ve görüşmeye katılan kişilerin kimliklerinin gizliliği konularında bilgiler verilerek katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Görüşmeler yaklaşık olarak 25-35 dakika aralığında sürmüştür. Nitel araştırma sorularına verilen cevaplar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşire tanıtıcı bilgi formu; hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu), çalışma özellikleri (mesleği sevmeye durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleki çalışma süresi, çalışılan birim ve haftalık çalışma saati) ve hasta düşme uygulamalarına ilişkin (klinikte düşme riski ölçeğinin kullanımı, fiziksel tespit kullanım durumu, düşmeyle karşılaşma durumu vb.) toplam 23 sorudan oluşmuştur (Ek 1).

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği (HDÖYTÖ)

Araştırmada “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” taslağı kullanılmıştır. Taslak ölçek hazırlanırken literatürden ve nitel görüşme verilerinden yararlanılarak 70 maddeden oluşan ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” taslağı Yozgat Bozok Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden bir öğretim üyesinden destek alınarak dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiş ve düzenlenmiştir. Taslak ölçek, düzenlendikten sonra kapsam ve içerik uygunluğunun değerlendirilebilmesi amacıyla (10 kişi) uzman görüşüne sunulmuştur.

Uzmanlar, ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, ayırt edicilik ve kültürel açıdan değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanların önerileri doğrultusunda, maddelerde gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra, ölçeğin kapsam

geçerliği hesaplanmıştır. Kapsam geçerlik oranı düşük olan 7 madde taslak ölçekten çıkartılmıştır ve 63 maddelik taslak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir. “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” taslağı örneklem grubuyla benzer (homojen) özellikteki 20 hemşireye uygulanarak pilot çalışma yapılmıştır. Hemşirelerin geri bildirimleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Bu çalışmada 19 madde ile doğrulanana; “koruyucu önlemler”, “risk değerlendirme”, “düşmelerin önlenmesi”, “olay bildirimi ve raporlama” ile “bakımı planlama” olmak üzere beş alt boyuttan oluşan bir ölçek yapısı elde edilmiştir (Ek 2). “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”nin *Koruyucu Önlemler* alt boyutu 7 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 7-35 puan arasında değişmektedir. *Risk Değerlendirme* alt boyutu, 3 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 puan arasında değişmektedir. *Düşmelerin Önlenmesi* alt boyutu, 3 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 puan arasında değişmektedir. *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyutu 3 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 puan arasında değişmektedir. *Bakımı Planlama* alt boyutu ise, 3 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 puan arasında değişmektedir (Ek 2).

Ölçeđin yanıt sečenekleri 1-5 puan aralığında skorlanan beşli likert tipte tasarlanmıştır. Yanıt skalası; “1= Kesinlikle Katılmıyorum”, “2= Katılmıyorum”, “3= Kararsızım”, “4= Katılıyorum”, “5= Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde düzenlenmiştir. Katılımcılardan, ölçeğin her bir maddesini, 5 puanlık likert tipte oluşturulan bu sečeneklerden birini şaretleyerek puanlamaları istenmiştir. Tüm ölçek maddeleri olumlu ifadeler içermektedir. Ölçeđin değerlendirmesi puan ortalaması üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 19-95 puan arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması hemşirelerin hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tutumlarının olumlu olduğuna, elde edilen puanın düşük olması ise hemşirelerin hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tutumlarının olumsuz olduğuna şaret etmektedir.

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,843$ yüksek derecede güvenilir, 7 maddeden oluşan *Koruyucu Önlemler* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,912$ ile yüksek derecede güvenilir, 3 maddeden oluşan *Risk Değerlendirme* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,700$ ile oldukça güvenilir, 3 maddeden oluşan

Düşmelerin Önlenmesi alt boyutunun Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,797$ ile oldukça güvenilir, 3 maddeden oluşan *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,759$ ile oldukça güvenilir ve 3 maddeden oluşan *Bakımı Planlama* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,721$ ile güvenilir olarak belirlenmiştir.

3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Bu çalışmada nitel araştırma verileri yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu; hemşirelerin düşmelerle karşılaşma durumu, düşmelerin nedenleri, etkileri, düşmeye karşı alınan önlemler; düşme sonrası neler yapıldığı ve hemşirelerin düşme olayı sonrası neler hissettiğine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Görüşmede sorulan sorulardan bazıları şunlardır;

1. Hastanede meydana gelen hasta düşmeleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
 2. Sizce hasta düşmeleri önlenabilir mi?
 - 2.1. Cevabınız evet ise, sizce düşmeleri önlemek için neler yapılabilir?
 3. Sizce düşme açısından risk altında olan hastalar kimlerdir?
 4. Çalıştığınız serviste hasta düşmesi durumu ile hiç karşılaştınız mı?
 - 4.1. Cevabınız evet ise; sizce hasta düşmelerine neden olan faktör/faktörler nelerdir?
 5. Bakım verdiğiniz hastalarınız ile ilgili düşme durumu deneyimlediniz mi?
 - 5.1. Cevabınız evet ise, gerçekleşen düşme olayını anlatabilir misiniz?
 - 5.2. Düşme olayı sonrasında neler hissettiniz?
 - 5.3. Düşme sonrasında hastada ne gibi psikolojik ve fiziksel problemler meydana geldi?
 - 5.4. Bakım verdiğiniz hastanızın düşme durumu sonrasında ne/neler yaptınız?
- (Ek 3).

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler ($\text{ort} \pm \text{ss}$) hesaplanmıştır. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin ilk olarak

geçerlik analizleri daha sonrasında güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlik çalışmaları kapsamında ölçeğe, Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör analizi uygulanmıştır. Güvenirlik çalışmalarında “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” ve alt boyutlarının güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir. Çalışmanın Açıklayıcı Faktör ve güvenilirlik analizlerinde SPSS 28.0 paket programı kullanılmıştır. Doğrulayıcı Faktör analizlerinde AMOS 21.0 programından yararlanılmıştır. Araştırma kapsamında uygulanan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Araştırmacı, 10 Ağustos 2020 ve 12 Ağustos 2020 tarihinde “Amos ile Ölçek Geliştirme ve Uyarlama” eğitimine katılmıştır (Ek 4).

Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama ve Standart sapma
Ölçek ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı özellikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama ve Standart Sapma, Bağımsız Örneklem t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Kapsam Geçerliği	Lawshe Tekniği, Kapsam Geçerlik Oranı, Kapsam Geçerlik İndeksi
Yapı Geçerliği	Doğrulayıcı Faktör Analizi • Mutlak uyum indeksleri • Madde faktör yük değerleri
Madde analizleri (güvenirlik analizi) • Madde toplam puan analizi • Madde-alt boyut analizi • Alt boyut-toplam ölçek analizi	Pearson korelasyon analizi
Toplam Ölçek ve Alt Boyutların İç Tutarlılığı (Güvenirlik Analizi)	Cronbach Alfa Analizi
Ölçeğin Zamana Göre Değişmezliği (Güvenirlik Analizi)	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması	

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin analiz edilmesinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizinden yararlanılmıştır. İçerik analizi kapsamında; yapılan görüşmeler dökümanite edilmiş, anlamlı veriler belirlenmiş, analiz matriksi oluşturulmuş, veriler analiz edilmiş ve sonuçlar rapor edilmiştir. Veriler dökümanite edilirken katılımcıların isimleri

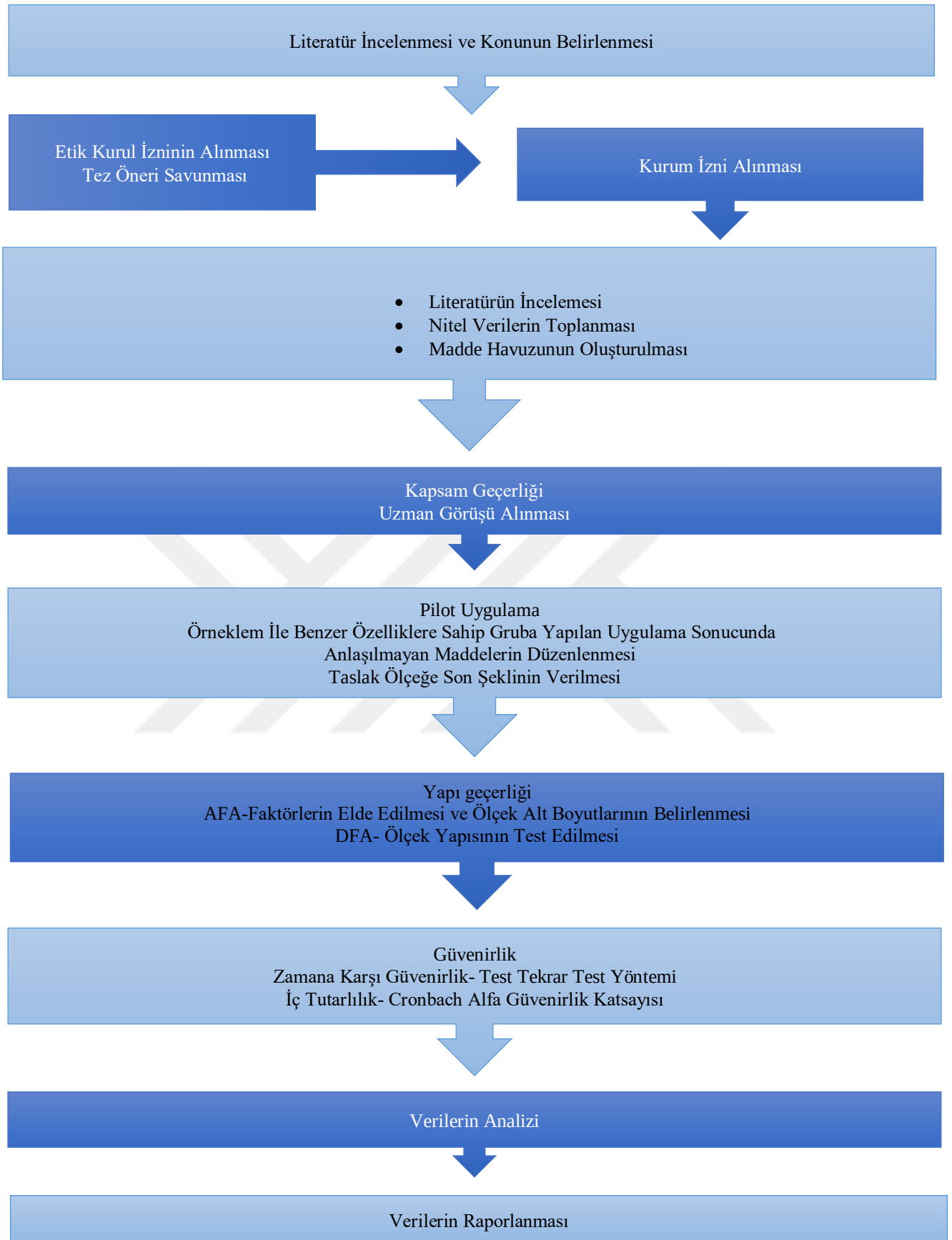
kullanılmamış, bunun yerine analizleri kolaylaştırabilmek amacıyla katılımcılar ve oturumlar numaralandırılıp kodlanmıştır. Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunup, aktarılan ifadelerin ne anlama geldiği belirlenmiştir. Anlamalı olan ifadelere tanımlayıcı isimler/kodlar verilmiştir. Nitel veri analizi aşamasında MAXQDA 2022 programı kullanılarak veri kodlaması yapılmıştır. Görüşmenin farklı kısımlarındaki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirilmiştir. Bütün veriler bu şekilde kodlanıp, kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Araştırmacı, 22.03.2021 tarihinde “Nitel Araştırmalarda Görüşme” kursuna katılmıştır (Ek-5).

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul (Karar Tarihi:27.11.2020, Karar No: 2020/755) onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerin bağlı olduğu Tokat İl Sağlık Müdürlüğü’nden (21.01.2021 /Sayı:E-87064461-044-24) ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi’nden (28.01.2021/ Sayı :E-21979232-020-7915) yazılı izin ve araştırmaya katılan hemşirelerden de sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir ilin merkezinde bulunan iki hastanede yürütülmüş olması nedeniyle, bu araştırmadan elde edilen bulgular tüm hemşirelere genellenememektedir.



Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması

FAALİYETLER	2020				2021												2022												2023			
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak			
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																																
Araştırmanın Planlanması																																
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																																
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması																																
Kurum İzni Alınması																																
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması																																
Nitel Görüşme Yapılması																																
Madde Havuzu Oluşturma																																
Kapsam Geçerliliğinin Belirlenmesi																																
Ön Uygulama Yapılması																																
Ölçeğe Son Şeklinin Verilmesi																																
Nicel Verilerin Toplanması																																
Verilerin Analizi																																
Araştırmanın Rapor Edilmesi																																

Şekil 3.2.Araştırmanın planı

4. BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde, Hemşirelerde Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. İkinci bölümde, hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarını ve bu durumun çeşitli değişkenlerle ilişkisini açıklayan nicel bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümde ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, hemşirelerle fenomenolojik görüşmeler yoluyla elde edilen nitel bulgular verilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Kapsam Geçerliği

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin taslak formu, kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere Amasya Üniversitesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden 4 Öğretim Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi'nden 2 Öğretim Görevlisi, Düzce Üniversitesi'nden 1 Öğretim Görevlisi, Sinop Üniversitesi'nden 1 Öğretim Görevlisi ve SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 1 Uzman Hemşire olmak üzere 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur (Ek 8). Kapsam Geçerlik Ölçütü'nde uzman sayısına göre önerilen minimum değerler Tablo 4.1.'de verilmiştir. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin kapsam geçerliğinde, 10 uzman görüşü alınması nedeni ile Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) 0,62 alınmıştır.

Tablo 4.1. Kapsam geçerlik ölçütü için minimum değerler (Veneziano ve Hooper 1997)

Uzman Sayısı	Minimum Değer
10	0,62
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Uzmanlar ölçeğin her bir maddesini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından inceleyerek her bir maddeyi “1” ile “3” arasında (1= Madde gerekli, 2= Madde yararlı ancak yeterli değil 3= Madde gereksiz) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanlardan alınan öneriler

doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçek maddelerine son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından taslak ölçek maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. 70 maddeye ait KGO değerleri

	Gereksiz	Yararlı/Yetersiz	Gerekli	KGO
Madde 1	0	0	10	1,00
Madde 2	0	0	10	1,00
Madde 3	0	2	8	0,60
Madde 4	0	1	9	0,80
Madde 5	0	1	9	0,80
Madde 6	1	0	9	0,80
Madde 7	0	0	10	1,00
Madde 8	0	2	8	0,60
Madde 9	0	0	10	1,00
Madde 10	0	0	10	1,00
Madde 11	0	1	9	0,80
Madde 12	0	2	8	0,60
Madde 13	1	0	9	0,80
Madde 14	1	2	7	0,40
Madde 15	0	0	10	1,00
Madde 16	0	0	10	1,00
Madde 17	1	2	7	0,40
Madde 18	0	0	10	1,00
Madde 19	0	0	10	1,00
Madde 20	0	1	9	0,80
Madde 21	0	0	10	1,00
Madde 22	0	1	9	0,80
Madde 23	0	0	10	1,00
Madde 24	0	1	9	0,80
Madde 25	0	0	10	1,00
Madde 26	1	0	9	0,80
Madde 27	0	0	10	1,00
Madde 28	0	1	9	0,80
Madde 29	0	1	9	0,80
Madde 30	0	0	10	1,00
Madde 31	0	0	10	1,00
Madde 32	0	0	10	1,00

	Gereksiz	Yararlı/Yetersiz	Gerekli	KGO
Madde 33	1	2	7	0,40
Madde 34	0	0	10	1,00
Madde 35	0	0	10	1,00
Madde 36	0	0	10	1,00
Madde 37	0	0	10	1,00
Madde 38	0	0	10	1,00
Madde 39	0	0	10	1,00
Madde 40	0	0	10	1,00
Madde 41	0	0	10	1,00
Madde 42	0	0	10	1,00
Madde 43	0	0	10	1,00
Madde 44	0	0	10	1,00
Madde 45	1	0	9	0,80
Madde 46	1	0	9	0,80
Madde 47	0	0	10	1,00
Madde 48	0	1	9	0,80
Madde 49	0	0	10	1,00
Madde 50	0	0	10	1,00
Madde 51	0	1	9	0,80
Madde 52	1	0	9	0,80
Madde 53	0	0	10	1,00
Madde 54	1	1	8	0,60
Madde 55	0	0	10	1,00
Madde 56	0	0	10	1,00
Madde 57	0	1	9	0,80
Madde 58	0	0	10	1,00
Madde 59	0	1	9	0,80
Madde 60	0	0	10	1,00
Madde 61	0	0	10	1,00
Madde 62	0	0	10	1,00
Madde 63	0	0	10	1,00
Madde 64	0	0	10	1,00
Madde 65	0	0	10	1,00
Madde 66	0	0	10	1,00
Madde 67	0	0	10	1,00
Madde 68	0	0	10	1,00
Madde 69	0	0	10	1,00
Madde 70	0	0	10	1,00

KGO: Madde Kapsam Geçerlik Oranı

Tablo 4.2. incelendiğinde 70 madde için 10 uzmanın verdiği cevaplara göre KGO'ları hesaplanmıştır. Kapsam geçerliği, maddelerin ölçekte olması ya da olmamasına yönelik gerçekleştirilen bir madde istatistiğidir. Kapsam geçerlik oranı, kapsam geçerlik ölçütünden küçük olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Ayre and Scally, 2014). Buna göre; 3, 8, 12, 14, 17, 33, 54 numaralı 7 madde $KGO < KGÖ$ olduğundan yapı dışına çıkarılmıştır. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra KGO'larının ortalamasından $KGİ$ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve bu değer 0,94 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak $KGİ \geq KGÖ$ olduğundan, oluşturulan 63 maddeli yapının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

Kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra ise, ölçek maddelerinin hemşireler tarafından anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 20 kişilik bir hemşire grubu ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya katılan hemşireler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir (Ek 2).

Kapsam geçerliğinde elenen maddeler;

M3: Düşme riskini arttıran ilaç kullanan hastaların, düşme riski açısından daha sık gözlemlenmesi gerektiğini düşünüyorum.

M8: Diğer sağlık profesyonellerinin de düşme riski olan hastalar hakkında bilgisi olması önemlidir.

M12: Hastalar kliniğe kabul edildiğinde düşme öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır.

M14: Düşme sonrası, hastanın iyi olduğundan emin olana kadar, durumu hakkında korku ve endişe duyarım.

M17: Hastaların prognozunda, bilişsel ve fonksiyonel durumlarında bozulma olduğunda, düşme riskinin daha sık değerlendirilmesi önemlidir.

M33: Klinikte, hasta çevresinin düşme risk faktörleri yönünden değerlendirilmesini öneririm.

M54: Hastaların düşme riski beni endişelendirir.

Elenen maddelerden sonra ölçek 63 maddelik haliyle yeniden numaralandırılmıştır.

4.1.2. Yapı Geçerliği

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin yapı geçerliğinde öncelikle faktör yapısının belirlemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi ile elde edilen yapıyı test etmede ise Doğrulamalı Faktör Analizi kullanılmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi (AFA)

Açıklayıcı Faktör Analizinde amaç; kavramsal düzeyde daha az sayıda faktör (boyut/değişken) ile verilerin karmaşıklığını gidermek, az sayıda faktör ile çok sayıda orijinal gözlemin yapılmasını sağlamaktır (Erkuş, 2012). Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi; analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Bartlett Küresellik testi analizlerinden yararlanılmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği taslağına ait KMO değeri ve Bartlett Küresellik test sonuçları

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,956
Bartlett Küresellik Testi	X ²	15549,800
	Sd	741
	p; Anlamlılık düzeyi	0,000***

***. $p < 0,001$

Tablo 4.3. incelendiğinde, Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin KMO değeri 0,956 olarak bulunmuştur. KMO değeri 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 1'e yaklaştıkça daha güvenilir bir faktör yapısı sunmaktadır. Bu değer 0,50'den büyük olması kabul edilebilirken; 0,50 ile 0,70 arasında olması normal; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi ve 0,90'dan büyük olması mükemmel bir örneklem büyüklüğü olarak yorumlanabilmektedir. Böylece yararlı ve kullanılabilir bir örneklem ile faktör analizi sonucu ortaya çıkmaktadır. Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,956 olan ölçeğin örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu, Bartlett Küresellik testine göre verilerin faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağına Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yöntemi ile Varimax rotasyonu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. 63 maddeden oluşan

ölçek ilk analiz sonucunda 9 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 20, 32, 36, 40, 42, 45, 47, 51, 58, 60 ve 63 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 24 madde çıkarıldıktan sonra yapı 39 madde ve 5 faktör ile uygun hale gelmiştir. Madde çıkarımından sonra oluşan yapı tarafından açıklanan varyansa ait istatistik veriler Tablo 4.4.'te, ölçek faktör yapısı ve faktörlerde bulunan maddeler ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 4.5.'te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Ölçekten AFA ile atılan maddeler;

M1: Düşme riski ve düşme öyküsü olan hastaları daha sık gözlemlemenin önemli olduğunu düşünüyorum.

M3: Klinikte hastaların duyuşsal bozukluk (görme, işitme vb.) durumunun değerlendirilmesi düşmeyi önlemek açısından önemlidir.

M4: Düşme riski yüksek olan hastaları, klinikte daha iyi gözlemleyebileceğim bir odaya konumlandırmaya özen gösteririm.

M5: Düşme riski yüksek olan hastaların yatağını, düşük seviyede tutmaya dikkat ederim.

M6: Düşme riski yüksek olan hastaların odasına belirteç (dört yapraklı yonca veya düşen insan figürü) asılmasını önemserim.

M7: Bakım ve tedavisini üstlendiğim hastaların düşme riskini değerlendirmeye dikkat ederim.

M8: Hastalar kliniğe ilk geldiğinde uygun ölçekler kullanılarak, hastaların düşme riskleri belirlenmelidir.

M9: Hastalar kliniğe ilk geldiğinde fiziksel çevre tanıtılmalıdır.

M10: Düşme sonrası hastalarda, düşmeye neden olan faktörlerin değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.

M15: Hemşirelere düşmelerin önlenmesine yönelik hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum.

M16: Hasta düşmelerinin ekip çalışması ile önlenebileceğini düşünüyorum.

M17: Hemşirelik eğitiminde, hasta güvenliği konusunun daha fazla vurgulanması gerektiğini düşünüyorum.

M18: Hastanın mobilizasyonu sırasında yanında olmaya dikkat ederim.

M20: Güçsüzlük, yürüme ya da denge bozukluğu olan hastalarda düşmeyi önlemek için yatak içi egzersiz planlanmasının önemli olduğunu düşünüyorum.

M32: Hasta odalarındaki eşyaların düzenli bir şekilde yerleştirilmiş olmasına özen gösteririm.

M36: Başka kliniğe transfer edilen hastalarda, hastanın düşme riski konusunda klinik hemşiresinin bilgilendirilmesini önemserim.

M40: Çalıştığım klinikteki hasta düşmelerini analiz ederim.

M42: Boşaltım ihtiyacı fazla olan hastaların daha sık gözlemlenmesini öneririm.

M45: Klinik deneyimi fazla olan hemşirelerin düşmelerin önlenmesinde daha yetkin olduklarını düşünüyorum.

M47: Klinikte düşmelerin önlenmesine yönelik sorumluluklarımı yerine getirdiğime inanıyorum.

M51: Bakım verdiğim hastanın düşmesi durumunda kendimi suçlu hissedebilirim.

M58: Bağımsız olarak boşaltım ihtiyacını karşılayamayan ve düşme riski yüksek olan hastalara gerekli malzemelerin (sürgü, ördek) kullanılması konusunda yardımcı olmayı önemserim.

M60: Nöbet devir teslimlerinde düşme riski yüksek olan hastaların sözel olarak rapor edilmesi gerektiğini düşünüyorum.

M63: Hasta düşmelerinin tıbbi bir hata olduğunu düşünüyorum.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin varyans açıklama tablosu

Faktör	Döndürme Kullanılmadan Sonuçlar			Varimax Döndürmeli Sonuçlar		
	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Faktör 1	15,164	38,882	38,882	13,164	33,753	33,753
Faktör 2	4,115	10,550	49,432	2,951	7,566	41,318
Faktör 3	1,656	4,245	53,678	2,761	7,080	48,399
Faktör 4	1,320	3,384	57,061	2,289	5,869	54,268
Faktör 5	1,092	2,800	59,862	2,182	5,594	59,862

Faktör yapılarının belirlenmesi için öz değer kullanılabilir ve öz değeri (eigenvalue) 1'den büyük olan sayı kadar faktör yapısı oluşabilir. Tablo 4.4.

incelendiğinde, başlangıç öz değeri 1'den büyük olan 5 faktörün bulunduğu görülmektedir.

Açıklanan varyans oranı ise, ölçeğin faktör yapısının gücünü göstermektedir. 24 maddeden oluşan Faktör 1, toplam yapının %33,753'ünü açıklamakta iken; 5 maddeden oluşan Faktör 2 toplam yapının %7,556'sını; 4 maddeden oluşan Faktör 3 toplam yapının %7,080'ini; 3 maddeden oluşan Faktör 4 toplam yapının %5,869'unu ve 3 maddeden oluşan Faktör 5 ise toplam yapının %5,594'ünü açıklamaktadır. Bu 5 faktör ve 39 madde toplam varyansın %59,862'sini açıklamaktadır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği taslağının maddelerine ilişkin faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Madde_24	0,821				
Madde_27	0,812				
Madde_28	0,811				
Madde_21	0,798				
Madde_38	0,796				
Madde_34	0,789				
Madde_25	0,782				
Madde_39	0,777				
Madde_33	0,775				
Madde_35	0,765				
Madde_14	0,753				
Madde_23	0,751				
Madde_31	0,739				
Madde_37	0,723				
Madde_22	0,721				
Madde_30	0,715				
Madde_19	0,709				
Madde_57	0,644				
Madde_29	0,616				
Madde_44	0,608				
Madde_43	0,606				
Madde_13	0,604				
Madde_26	0,532				
Madde_59	0,526				
Madde_53		0,794			
Madde_52		0,759			
Madde_56		0,713			
Madde_54		0,690			
Madde_46		0,645			
Madde_61			0,834		
Madde_62			0,811		
Madde_41			0,631		
Madde_50			0,580		
Madde_11				0,721	
Madde_12				0,708	
Madde_2				0,661	
Madde_49					0,748
Madde_48					0,639
Madde_55					0,591

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin faktör yapısı ve faktörlerde hangi maddelerin yer aldığı ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 4.5.'te ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Tablo incelendiğinde bütün faktör yüklerinin 0,500'ün üzerinde olduğu görülmektedir.

Doğrulamalı faktör analizi (DFA)

DFA, Açıklayıcı Faktör Analizi ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 39 madde ve 5 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle modelde modifikasyon indeks katsayıları incelenmiş ve en çok modifikasyon yüklenen, kendi faktörü dışındaki maddelerle modifikasyon yüklenen maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Çıkarılan maddeler 13, 14, 19, 22, 23, 26, 30, 31, 33, 34, 37, 38, 39, 43, 44, 50, 54, 56, 57 ve 59 numaralı maddelerdir. 19 madde 5 faktörde doğrulanan modelin uyum indeks değerleri Tablo 4.6.'da, maddelere ilişkin DFA sonrası madde faktör yükleri Tablo 4.7.'de sunulmuştur.

DFA sonucu yapı dışına çıkartılan maddeler;

M13: Klinikte düşme riski yüksek olan hastaların yanında, bir yakınının bulunması gerektiğini düşünüyorum.

M14: Hastanın sık kullandığı malzemelerin (yürüteç, gözlük, işitme cihazı vb.) hastaya yakın olmasına özen gösteririm.

M19: Hastaların düşmesini önlemek için IV kateter / üriner kateter/ dren vb. ekipmanların güvenliğini sağlamaya özen gösteririm.

M22: Hasta odasından gelen çağrı zilinin sesini duyar duymaz hastanın yanına giderim.

M23: Hasta odalarındaki çağrı zilinin çalışır durumda olmasına özen gösteririm.

M26: Düşme riski yüksek olan hastaların oda kapısının açık olmasına özen gösteririm.

M30: Klinikte zeminin ıslak ve kaygan olmamasına dikkat ederim.

M31: Klinikte zemin ıslak olduğunda kaygan zemin uyarı levhası kullanılmasını önemserim.

M33: Hasta odasının yeterli düzeyde aydınlatılmış olmasını önemserim.

M34: Klinikte araç gereçlerin (sandalyelerin, yatakların, sedyelerin) çalışır durumda olmasına dikkat ederim.

M37: Yaşam bulguları stabil olmayan hastaların düşme riski yönünden daha sık gözlenmesini önemserim.

M38: Kliniklerin koridor, banyo ve tuvaletlerinde hastalar için tutunma barlarının bulunmasının önemli olduğunu düşünüyorum.

M39: Düşme riski olan hastaya, yataktan yalnız kalkmaması gerektiğini belirtirim.

M43: Hastanın düşme durumunu algılayan yatak sensörlerinin kullanılması gerektiğini düşünüyorum.

M44: Hareket kısıtlılığı olan hastaların düşme riski açısından yakından takip edilmesi önemlidir.

M50: Hasta düşmelerinin, hasta güvenliğine yönelik önlemlerin yeteri kadar alınmamasının bir sonucu olduğunu düşünüyorum.

M54: Klinikte bakım verdiğim hasta düşerse, bu durumun iş yükümü artıracığını düşünüyorum.

M56: Düşme sonrası, hastalarda fiziksel bir yaralanma olmadığı sürece olay bildiriminde bulunmanın gerekli olmadığını düşünüyorum.

M57: Düşme riski yüksek olan hastalara çağrı zili kullanımının önemini belirtirim.

M59: Hasta, düşmeyi engellemek amacıyla temin edilen araç-gereci (walker, yürüteç vb.) kullanmayı reddederse bu durumu rapor etmekten çekinmem.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği taslağının ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	2,360	≤ 3 (4-5)
GFI	0,948	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,931	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,966	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
TLI (NNFI)	0,958	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,965	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
RMSEA	0,046	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,043	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, GFI: İyi Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Tucker- Lewis İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

Tablo 4.6’te ölçüm modelinin uyum indeks değerleri yer almaktadır. İlk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi incelenmiştir. Ancak ki-kare değeri örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli olmamıştır. Bu nedenle diğer uyum değerlerine bakılmıştır. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nin DFA sonuçları incelendiğinde tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.6.).

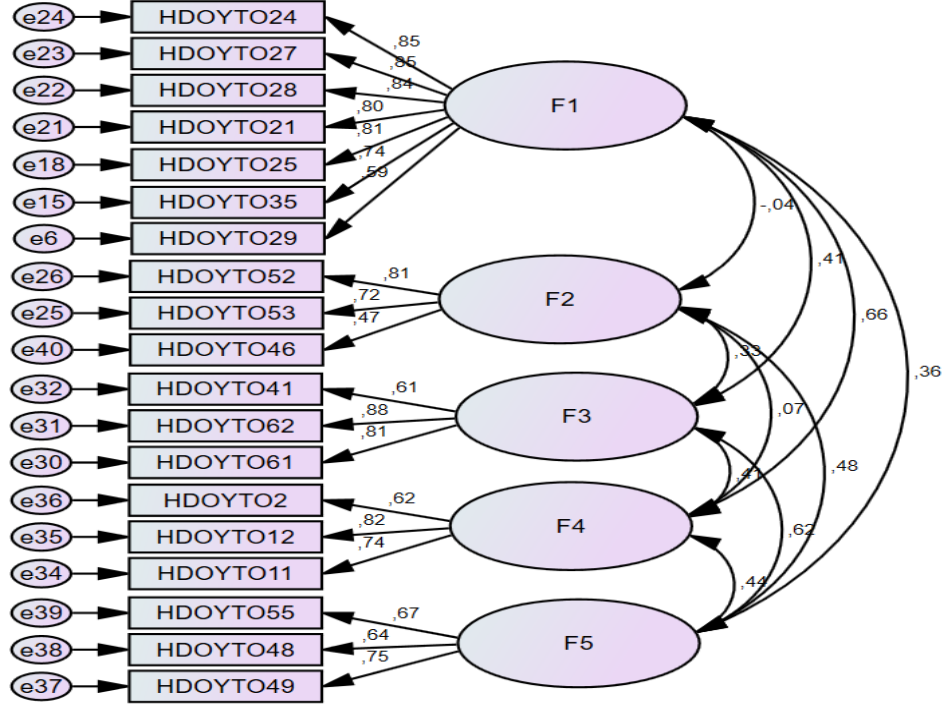
Tablo 4.7. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği taslağının maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör5
Madde_29	0,588				
Madde_35	0,742				
Madde_25	0,814				
Madde_21	0,797				
Madde_28	0,835				
Madde_27	0,848				
Madde_24	0,848				
Madde_53		0,723			
Madde_52		0,809			
Madde_46		0,467			
Madde_61			0,807		
Madde_62			0,88		
Madde_41			0,615		
Madde_11				0,745	
Madde_12				0,823	
Madde_2				0,616	
Madde_49					0,746
Madde_48					0,644
Madde_55					0,669

Tablo 4.7.’de Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,400’ün üzerinde olduğu görülmektedir.

Doğrulanmış ölçüm modeli, faktör yük değerlerine ilişkin path diagramı şekil 4.1’de sunulmuştur. 19 madde ve 5 alt boyut ile doğrulanmış ölçüm modeli incelendiğinde, modelin hangi maddelerden oluştuğu ve tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayıları görülmektedir. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,400’ün altında değer bulunmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda; M24 ve M27 ifadelerinin 0,85’lik değerleri ile Faktör 1 alt boyutunun; M52 ifadesinin 0,81’lik değeri ile Faktör 2 alt boyutunun; M62 ifadesinin 0,88’lik Faktör 3 alt boyutunun; M12 ifadesinin 0,82’lik değeri ile Faktör 4 alt boyutunun ve

M49 ifadesinin 0,75'lik değeri ile Faktör 5 alt boyutunun en güçlü göstergesi olduğu söylenebilir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'ne ilişkin ölçüm modeli

4.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.1.İç Tutarlılık

Cronbach Alfa Katsayısı (Alfa Yöntemi)

Cronbach Alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değer almaktadır. Alfa yöntemi ölçekteki kovaryanslar veya korelasyonlardan yararlanılarak diğer testlerin veya istatistiklerin yapılmasına yardımcı olur. Bu yöntem ile ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Cronbach Alfa katsayısı ağırlıklı standart değişim ortalaması olup, bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir.

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlığı Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ile değerlendirilmiştir. Tablo 4.8'de ölçeğin ve alt boyutlarının güvenirlik katsayısı ve güvenirlik seviyeleri ayrıntılı olarak sunulmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği taslağının güvenirlik analizi sonuçları

	Madde Sayısı	CronbachAlfa (α)	Güvenirlik Seviyesi
Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği	19	0,843	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 1	7	0,912	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 2	3	0,700	Oldukça Güvenilir
Faktör 3	3	0,797	Oldukça Güvenilir
Faktör 4	3	0,759	Oldukça Güvenilir
Faktör 5	3	0,721	Oldukça Güvenilir

Tablo 4.8. incelendiğinde, 19 maddeden oluşan Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin ($\alpha=0,843$) ve 7 maddeden oluşan Faktör 1'in ($\alpha=0,912$) yüksek derecede güvenilir, 3 maddeden oluşan Faktör 2'nin ($\alpha=0,700$), 3 maddeden oluşan Faktör 3'ün ($\alpha=0,797$), 3 maddeden oluşan Faktör 4'ün ($\alpha=0,759$) ve 3 maddeden oluşan Faktör 5'in ($\alpha=0,721$) oldukça güvenilir olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin hemşirelerin hasta düşmelerini önleme konusundaki tutumlarını belirlemek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Ek-2).

Madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde ölçek Cronbach Alfa değeri

Tablo 4.9.'da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4. 9. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği taslağından madde silindiğinde Cronbach Alfa değerleri

	Madde Toplam Korelasyonları	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
Madde_24	0,510	0,835
Madde_27	0,513	0,835
Madde_28	0,536	0,834
Madde_21	0,456	0,837
Madde_25	0,513	0,834
Madde_35	0,512	0,835
Madde_29	0,463	0,835
Madde_52	0,345	0,844
Madde_53	0,388	0,841
Madde_46	0,352	0,847
Madde_41	0,502	0,832
Madde_62	0,594	0,828
Madde_61	0,544	0,830
Madde_2	0,423	0,836
Madde_12	0,516	0,833
Madde_11	0,452	0,835
Madde_55	0,527	0,831
Madde_48	0,503	0,832
Madde_49	0,513	0,831

Tablo 4.9. incelendiğinde 19 maddeden oluşan Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nde madde toplam korelasyonu 0,300'ün altında olan ve Cronbach Alfa katsayısını negatif etkileyen bir madde olmadığı ve madde toplam korelasyon değerlerinin 0,345- 0,594 arasında değiştiği saptanmıştır.

Madde silindiğinde elde edilen toplam ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları incelendiğinde alfa değerinin 0,828- 0,847 arasında değişkenlik gösterdiği ve bu sonuca göre madde çıkarılması ile toplam ölçek güvenirliğinde önemli bir değişiklik meydana gelmeyeceği belirlenmiştir (Tablo 4.9).

4.2.2. Test-Tekrar Test (Test/Retest) Yöntemi/Değişmezlik Güvenirliği

630 kişiye uygulanan Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı, araştırma kapsamındaki ve randomize olarak seçilen 100 hemşireye iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. İlk uygulama ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 100 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş olup Tablo 4.10.'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği taslağının test tekrar test puanları arasındaki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı ve anlamlılıkları

	ICC	P
Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği	0,822	0,000*
Faktör 1	0,813	0,000*
Faktör 2	0,756	0,000*
Faktör 3	0,743	0,000*
Faktör 4	0,799	0,000*
Faktör 5	0,786	

*: $p < 0,001$ ICC=Intraclass Correlation Coefficients (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı)
p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.10.'da hemşirelerin tekrarlanan uygulamada, sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu görülmektedir ($p < 0,001$). Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda 19 madde ve 5 boyutla, yüksek derecede güvenilir olduğu saptanan Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği alt boyutları (Faktör 1,2,3,4,5), madde ve anlam içeriği açısından değerlendirilerek adlandırılmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği alt boyut isimleri, madde sayısı ve maddeler

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler
1.Faktör: Koruyucu önlemler	7	21,24,25,27,28,29,35
2.Faktör: Risk değerlendirme	3	46,52,53
3.Faktör: Düşmelerin önlenmesi	3	41,61,62
4.Faktör: Olay bildirimi ve raporlama	3	2,11,12
5. Faktör: Bakımı planlama	3	48,49,55

Ölçek alt boyut isimleri ve alt boyutu oluşturan madde sayısı ve numaraları Tablo 4.11.'de ayrıntılı olarak sunulmuştur. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Faktör 1 alt boyutu "koruyucu önlemler", Faktör 2 alt boyutu "risk değerlendirme", Faktör 3 alt boyutu "düşmelerin önlenmesi", Faktör 4 alt boyutu "olay bildirimi ve raporlama", Faktör 5 alt boyutu "bakımı planlama" şeklinde adlandırılmıştır. Bu doğrultuda koruyucu önlemler alt boyutunda 7 madde (21,24,25,27,28,29,35), risk değerlendirme alt boyutunda 3 madde (46,52,53), düşmelerin önlenmesi alt boyutunda 3 madde (41,61,62), olay bildirimi ve raporlama alt boyutunda 3 madde (2,11,12) ve bakımı planlama alt boyutunda 3 maddenin (48,49,55) yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.11).

4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.3.2.Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=630) sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.12'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %61'inin evli, %81,4'ünün kadın ve %71,1'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 31,80±7,37'dir.

Tablo 4.12. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=630)

Özellikler	N	%
Yaş (Ort±SS=31,80±7,37)		
19-25 yaş	142	22,5
26-35 yaş	316	50,2
36-58 yaş	172	27,3
Medeni durum		
Evli	384	61,0
Bekar	246	39,0
Cinsiyet		
Kadın	513	81,4
Erkek	117	18,6

	N	%
Eğitim durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	55	8,7
Önlisans	70	11,1
Lisans	448	71,1
Yüksek Lisans	45	7,1
Doktora	12	1,9

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri Tablo 4.13'te sunulmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelerin %61,4'ünün mesleğini sevdiği, %73,2'sinin mesleğini isteyerek seçtiği, %38,7'sinin 2-7 yıldır hemşire olarak görev yaptığı, %44,2'inin dahili birimlerde çalıştığı, %43,3'ünün çalıştığı serviste görev yapma süresinin 2-4 yıl olduğu, %52,1'inin servisinde çalışan toplam hemşire sayısının 1-10 arasında değiştiği, %56,7'sinin günlük 10 ve daha az hastaya bakım sunduğu, %79,8'inin haftalık çalışma süresinin 40-48 saat arasında değiştiği ve %64,6'sının vardiyalı olarak çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikler

Özellikler	n	%
Mesleğini sevme durumu		
Evet	387	61,4
Hayır	52	8,3
Kısmen	191	30,3
Mesleğini isteyerek seçme durumu		
Evet	461	73,2
Hayır	169	26,8
Hemşire olarak çalışma süresi		
1 yıl ve daha az	51	8,1
2-7 yıl	244	38,7
8-13 yıl	173	27,5
14-19 yıl	75	11,9
20 yıl ve üzeri	87	13,8
Çalıştığı servis		
Dahili birimler	279	44,2
Cerrahi birimler	130	20,6
Yoğun bakım üniteleri	114	18,3
Diğer birimler	107	16,9
Halen görev yaptığı servisteki çalışma yılı		
1 yıl ve daha az	157	24,9
2-4 yıl	273	43,3
5-7 yıl	74	11,7
8 yıl ve üzeri	126	20,0
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı		
1-10 hemşire	328	52,1
11-20 hemşire	202	32,1

21-30 hemşire	62	9,8
31 hemşire ve üzeri	38	6,0
Günlük bakılan ortalama hasta sayısı		
10 ve daha az hasta	357	56,7
10'dan fazla hasta	273	43,3
Haftalık çalışma süresi		
40-48 saat	503	79,8
49 saat ve üzeri	127	20,2
Çalışma şekli		
Vardiyalı	407	64,6
Sürekli gece	205	32,5
Sürekli gündüz	18	2,9

Hemşirelerin çalıştıkları klinikte hasta düşme uygulamalarına ilişkin görüşleri Tablo 4.14'te verilmiştir. Hemşirelerin %78,4'ünün çalıştığı klinikte hasta düşme riskini değerlendirmek için ölçek kullandığı, %87,4'nün İtali Düşme Ölçeği'nden yararlandığı, %78,3'ünün çalıştığı klinikte düşme riski yüksek olan hastalar için belirteç kullanıldığı, %79,5'inin çalıştığı klinikte düşme riski yüksek hastalara fiziksel tespit uygulandığı, %44,4'ünün daha önce bakım verdiği bir hastasının düştüğü, %56,1'inin düşen hasta sayısının 1-2 arasında değiştiği, %76,7'sinin hasta düşmelerini önlemeye yönelik eğitim aldığı, düşme sonrası %24,0'ının düşme bildirim formu doldurduğu, %27,1'inin hastanın düşmesine neden olan faktörü "hastanın klinik prognozunun kötü olması" olarak ifade ettiği, hasta düşmelerinin önlenmesi için %18,3'ünün yatak kenarlıklarının kaldırılmasını önerdiği belirlendi (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hasta düşmeleriyle ilişkili bulgular

Özellikler	n	%
Klinikte düşme ölçeği kullanma durumu		
Evet	494	78,4
Hayır	136	21,6
Cevap evet ise kullanılan ölçek (n=494)		
Hendrich II	27	5,5
İtali	432	87,4
Harizmi	34	6,9
Diğer	1	0,2
Klinikte düşme riski olan hastalar için belirteç kullanma durumu		
Evet	493	78,3
Hayır	137	21,7
Klinikte düşmeleri önlemek için fiziksel tespit uygulama durumu		
Evet	501	79,5
Hayır	129	20,5
Daha önce bakım verdiği bir hastasının düşme durumu		
Evet	280	44,4

Hayır	350	55,6
Cevabı evet ise düşen hasta sayısı (n=280)		
1-2 hasta	157	56,1
3-5 hasta	91	32,5
6 ve üzeri hasta	32	11,4
Hastanın düşmesini önlemeye yönelik eğitim alma durumu		
Evet	483	76,7
Hayır	147	23,3
*Düşme sonrası ne/neler yapıldığı		
Düşme bildirim formunu doldurma	104	24,0
Vital bulgularını kontrol etme	79	18,2
Gerekli test ve tetkikleri yapma	62	14,3
Doktora haber verme	58	13,4
Hastayı yakından izleme ve takip etme	25	5,8
Tekrar düşme riskini değerlendirme	17	3,9
Fiziksel tespit uygulama	12	2,8
Bakım sunma	8	1,8
Düşme nedenini araştırma	8	1,8
Cihazları kontrol etme ve arıza bildirimini yapma	2	0,5
*Hastanın düşmesine neden olan faktörler hakkındaki düşünceleri		
Klinik prognozun kötü olması	117	27,1
Zeminin kaygan olması	38	8,8
Yatak korumalıklarının kaldırılmaması	32	7,4
Eğitim eksikliği	22	5,1
Klinik ortama yabancı olma	14	3,2
Hastanın ameliyat olması	11	2,6
Personel yetersizliği	10	2,3
Fiziksel tespitin yetersiz olması	5	1,2
*Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik öneriler		
Yatak korkuluklarının kaldırılması	138	18,3
Düşmeler konusunda hasta ve yakınlarına eğitim verilmesi	136	18,1
Hastanın yanında refakatçi bulundurulması	64	8,5
Hasta yatağının bireye uygun olması	63	8,4
Düşme riski yüksek olan hastaların yakından izlenmesi	51	6,8
Fiziksel tespit uygulanması	36	4,8
Hastanın tek başına ayağa kalkmasının önlenmesi	26	3,5
Yatak frenlerinin kapatılması	24	3,2
Düşme konusunda çalışan personelin dikkatli davranması	19	2,5
Düşme belirteci kullanılması	15	2,0
Sık kullanılan malzemelerin hastanın yakınına yerleştirilmesi	9	1,2
Klinikte tutunma bariyerlerinin yapılması	9	1,2
Düşmelerin önlenmesi konusunda ekibin iş birliği yapması	5	0,7
Sık idrara çıkan hastalara sonda takılması	2	0,3
Düşme riski yüksek hastaların hemşirelere yakın konumlandırılması	2	0,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

4.4. 2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri tablo 4.15'te verilmiştir. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği puan ortalaması $80,41 \pm 8,94$; koruyucu önlemler alt boyut puan ortalaması $32,76 \pm 3,23$, risk değerlendirme alt boyut puan ortalaması $9,89 \pm 3,24$, düşmelerin önlenmesi alt boyut puan ortalaması $12,47 \pm 2,56$, olay bildirimi ve raporlama alt boyut puan ortalaması $13,43 \pm 1,91$ ve bakımı planlama alt boyut puan ortalaması $11,87 \pm 2,53$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.15).

4.15. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği ve alt boyutları puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ort	SS	Min-Mak
Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği	80,41	8,94	38-95
Koruyucu önlemler	32,76	3,23	14-35
Risk değerlendirmesi	9,89	3,24	3-15
Düşmelerin önlenmesi	12,47	2,56	3-15
Olay bildirimi ve raporlama	13,43	1,91	3-15
Bakımı planlama	11,87	2,53	3-15

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırması Tablo 4.16.'de verilmiştir. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği puanının; hemşirelerin cinsiyet ve haftalık çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p < 0,05$). Kadın hemşirelerin *Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği* puanının, erkek hemşirelerin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Haftalık çalışma süresi 49 saat ve üzeri olan hemşirelerin *Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği* puanının, haftalık çalışma süresi 40-48 saat olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Ölçeğin *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının hemşirelerin cinsiyet, hemşire olarak çalışma süresi ve hasta düşmelerini önlemeye yönelik eğitim alma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p < 0,05$). Kadın hemşirelerin *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının, erkek hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşire olarak çalışma süresi 20 yıl ve üzeri olan hemşirelerin *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının, hemşire olarak çalışma süresi 8-13 yıl olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta düşmesini önlemeye yönelik eğitim alan hemşirelerin *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının, hasta düşmesini önlemeye yönelik eğitim almayan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16).

Ölçeğin *Risk Değerlendirmesi* alt boyut puanının hemşirelerin yaş, halen çalıştığı servisteki çalışma süresi, serviste çalışan toplam hemşire sayısı, çalışılan serviste düşme riskini önlemek için ölçek ve belirteç kullanımı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). 19-25 yaş grubu hemşirelerin *Risk Değerlendirme* alt boyut puanının, 36-58 yaş grubu hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Halen çalıştığı serviste görev süresi 2-4 yıl olan hemşirelerin *Risk Değerlendirme* alt boyut puanlarının, çalıştığı servisteki görev süresi 8 yıl ve üzeri olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalıştığı servisteki toplam hemşire sayısı 31 ve üzeri olan hemşirelerin *Risk Değerlendirme* alt boyut puanlarının, çalıştığı servisteki toplam hemşire sayısı 11-20 olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalıştığı serviste düşme riskini önlemek için ölçek kullanmayan hemşirelerin *Risk Değerlendirme* alt boyut puanlarının, çalıştığı serviste düşme riskini önlemek için ölçek kullanan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalıştığı klinikte düşme riski olan hastalar için belirteç kullanmayan hemşirelerin *Risk Değerlendirme* alt boyut puanlarının, çalıştığı klinikte düşme riski olan hastalar için belirteç kullanan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16).

Ölçeğin *Düşmelerin Önlenmesi* alt boyut puanının hemşirelerin cinsiyet ve haftalık çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Kadın hemşirelerin *Düşmelerin Önlenmesi* alt boyut puanlarının, erkek hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Haftalık çalışma süresi 49 saat ve üzeri olan hemşirelerin *Düşmelerin Önlenmesi* alt boyut puanlarının haftalık çalışma süresi 40-48 saat olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Ölçeğin *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyut puanının hemşirelerin yaş, mesleğini isteyerek seçme, hemşire olarak çalışma süresi ve serviste çalışan toplam hemşire sayısı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). 36-58 yaş grubu hemşirelerin *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyut puanlarının, 26-35 yaş grubu hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleğini isteyerek seçmeyen hemşirelerin *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyut puanlarının, mesleğini isteyerek ve kısmen isteyerek seçen hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır. Çalışma süresi 20 yıl ve üzeri olan hemşirelerin *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyut puanlarının, çalışma süresi 8-13 yıl ve 14-19 yıl olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Serviste çalışan toplam hemşire sayısı 21-30 olan hemşirelerin *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyut puanlarının, serviste çalışan toplam hemşire sayısı 1-10 hemşire, 11-20 hemşire ve 31 ve üzeri olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Ölçeğin *Bakımı Planlama* alt boyut puanının hemşirelerin eğitim durumu ve bakım verdiği hastanın düşme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Eğitim durumu yüksek lisans/doktora olan hemşirelerin *Bakımı Planlama* alt boyut puanlarının, eğitim durumu ön lisans olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verdikleri hastalarla ilgili düşme deneyimi yaşamayan hemşirelerin *Bakımı Planlama* alt boyut puanlarının, bakım verdikleri hastalarıyla ilgili düşme deneyimi yaşayan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği ve alt boyut puanlarının hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması

	Ölçek Toplam Puanı	Koruyucu Önlemler	Risk Değerlendir me	Düşmelerin Önlenmesi	Olay Bildirimi ve Raporlama	Bakımı Planlama
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş						
1) 19-25 yaş	81,44±8,12	32,8±2,94	10,2 ± 3,3	12,7 ± 2,2	13,6 ± 1,7	12,1 ± 2,4
2) 26-35 yaş	80,05±9,52	32,51±3,45	10 ± 3,2	12,5 ± 2,6	13,2 ± 2,1	11,8 ± 2,7
3) 36-58 yaş	80,23±8,45	33,16±3,02	9,4 ± 3,2	12,3 ± 2,8	13,6 ± 1,7	11,7 ± 2,3
F;p	1,229;0,293	2,281;0,103	3,013; 0,049 *	0,955;0,385	3,260; 0,03*	0,800;0,450
Fark (Tukey)			1>3		3>2	
Medeni durum						
Evli	80,2 ± 9,3	32,8 ± 3,3	9,8 ± 3,3	12,5 ± 2,7	13,4 ± 1,9	11,8 ± 2,5
Bekar	80,7 ± 8,4	32,7 ± 3,1	10 ± 3,2	12,5 ± 2,4	13,5 ± 1,9	12 ± 2,5
t;p	0,684;0,494	0,199;0,843	0,496;0,620	0,276;0,783	1,238;0,216	0,820;0,413
Cinsiyet						
Kadın	80,9 ± 8,7	33 ± 3	9,9 ± 3,2	12,6 ± 2,5	13,5 ± 1,8	11,9 ± 2,5
Erkek	78,4 ± 9,7	31,9 ± 4	9,8 ± 3,3	11,8 ± 2,9	13,1 ± 2,2	11,8 ± 2,6
t;p	2,673; 0,008 *	2,608; 0,010*	0,247;0,805	3,160; 0,002 *	1,826;0,070	0,428;0,669
Eğitim durumu						
1)Sağlık Meslek Lisesi	80,8 ± 9,1	32,4 ± 3,3	10,6 ± 3,1	12,8 ± 2	13,1 ± 1,9	11,9 ± 2,6
2) Önlisans	79,7 ± 9	32,8 ± 3,4	10,2 ± 3,3	12,1 ± 3,1	13,3 ± 1,9	11,2 ± 2,9
3) Lisans	80,3 ± 9	32,8 ± 3,2	9,9 ± 3,2	12,4 ± 2,6	13,4 ± 1,9	11,9 ± 2,5
4)Yüksek Lisans/Doktora	81,7± 8,6	33 ± 3,4	9,1 ± 3,4	13 ± 2,3	14 ± 1,6	12,7 ± 2,1
F;p	0,582;0,627	0,265;0,850	2,264;0,080	1,654;0,176	2,180;0,089	3,365; 0,018*
Fark (Tukey)						4>2
Mesleğini sevme						
1) Evet	80,8 ± 8,7	32,9 ± 3,1	9,7 ± 3,4	12,5 ± 2,8	13,7 ± 1,7	12,1 ± 2,5
2) Hayır	79,7 ± 10,4	32,6 ± 3,4	10,8 ± 3	12,4 ± 2,5	12,5 ± 2,7	11,5 ± 2,6
3) Kısmen	79,8 ± 9	32,5 ± 3,4	10 ± 3	12,5 ± 2,1	13,3 ± 1,9	11,6 ± 2,5
F;p	0,871;0,419	0,869;0,420	2,636;0,072	0,103;0,902	10,335; <0,001*	2,825;0,060
Fark (Tukey)					2<1,3	
Mesleğini isteyerek seçme durumu						
Evet	80,4 ± 8,9	32,8 ± 3,3	9,8 ± 3,3	12,4 ± 2,7	13,5 ± 1,9	12 ± 2,5
Hayır	80,4 ± 9,1	32,7 ± 3,1	10 ± 3,2	12,7 ± 2,3	13,3 ± 2	11,6 ± 2,6
t;p	0,105;0,916	0,075;0,940	- 0,722;0,471	-1,092;0,275	0,855;0,393	1,663;0,097

	Ölçek Toplam Puanı	Koruyucu Önlemler	Risk Değerlendir me	Düşmelerin Önlenmesi	Olay Bildirimi ve Raporlama	Bakımı Planlama
Çalışma süresi						
1) 1ve az	81,65±8,53	32,75±2,96	10,18±3,2	12,71±2,14	13,76±1,61	12,25±2,7
2) 2-7 yıl	81,15±8,82	32,82±3,02	10,21±3,32	12,6±2,3	13,4±2	12,02±2,5
3) 8-13 yıl	79,3 ± 9,4	32,2 ± 3,7	9,8 ± 3,1	12,3 ± 2,7	13,2 ± 2	11,7 ± 2,7
4) 14-19 yıl	79 ± 9,6	32,9 ± 3,5	9,4 ± 3,3	12,2 ± 2,5	13,1 ± 2,1	11,5 ± 2,5
5)20 yıl ve üz.	81,1 ± 7,6	33,6 ± 2,4	9,4 ± 3,2	12,3 ± 3,3	14 ± 1,5	11,8 ± 2,3
F;p	1,954;0,100	2,950; 0,020*	1,688;0,151	0,977;0,419	3,603;0,006*	1,085;0,363
Fark (Tukey)		5>3			5>3,4	
Günlük bakım verilen hasta sayısı						
10 ve az	80,6 ± 8,9	32,8 ± 3,2	9,9 ± 3,3	12,6 ± 2,5	13,5 ± 2	11,9 ± 2,6
10'dan fazla	80,1 ± 9	32,7 ± 3,3	9,9 ± 3,2	12,4 ± 2,7	13,4 ± 1,8	11,8 ± 2,5
t;p	0,712;0,476	0,355;0,723	0,080;0,936	1,010;0,313	0,276;0,783	0,731;0,465
Haftalık çalışma süresi						
40-48 saat	80,1 ± 8,7	32,7 ± 3,2	9,8 ± 3,2	12,3 ± 2,6	13,4 ± 1,9	11,8 ± 2,5
49 saat ve üzeri	81,8 ± 9,8	32,9 ± 3,4	10,4 ± 3,4	13 ± 2,2	13,5 ± 2,1	12,1 ± 2,7
t;p	-1,991; 0,047*	-0,646;0,518	-1,880;0,061	- 2,531; 0,012*	-0,248;0,804	-1,049;0,295
Çalışma şekli						
Vardiyalı	80,3 ± 9	32,6 ± 3,4	10 ± 3,2	12,3 ± 2,7	13,5 ± 1,9	11,9 ± 2,5
Sürekli gece	80,4 ± 8,9	32,9 ± 3	9,6 ± 3,3	12,8 ± 2,3	13,4 ± 1,9	11,9 ± 2,6
Sürekli gündüz	83,2 ± 7,3	34,1 ± 1,6	11,1 ± 3,5	12,7 ± 2,1	13,4 ± 1,7	11,9 ± 2,7
F;p	0,936;0,393	2,178;0,114	2,419;0,090	2,014;0,134	0,285;0,752	0,010;0,990
Çalıştığı klinikte düşme ölçeği kullanma durumu						
Evet	80,2 ± 8,7	32,9 ± 3,2	9,7 ± 3,2	12,4 ± 2,6	13,4 ± 1,9	11,8 ± 2,5
Hayır	81,3 ± 9,9	32,4 ± 3,4	10,6 ± 3,4	12,6 ± 2,5	13,5 ± 1,9	12,1 ± 2,8
t;p	-1,742;0,213	1,341;0,180	-3,044; 0,002*	-0,706;0,480	-0,300;0,764	-1,298;0,195
Çalıştığı klinikte düşme riski olan hastalar için belirteç kullanma durumu						
Evet	80,3 ± 8,8	32,8 ± 3,2	9,7 ± 3,2	12,4 ± 2,6	13,5 ± 1,9	11,9 ± 2,5
Hayır	80,8 ± 9,3	32,6 ± 3,4	10,6 ± 3,2	12,6 ± 2,3	13,2 ± 2	11,9 ± 2,8
t;p	-0,569;0,570	0,852;0,395	-2,797; 0,005*	-0,724;0,469	1,492;0,136	0,074;0,941
Çalışılan klinikte düşmeleri önlemek için fiziksel tespit uygulama durumu						
Evet	80,7 ± 8,9	32,8 ± 3,2	9,9 ± 3,3	12,6 ± 2,5	13,5 ± 1,9	11,9 ± 2,5
Hayır	79,4 ± 9	32,7 ± 3,3	9,9 ± 3,3	12,1 ± 2,6	13,2 ± 2,1	11,6 ± 2,8
t;p	1,460;0,145	0,289;0,773	0,105;0,916	1,779;0,076	1,868;0,062	1,329;0,186

	Ölçek Toplam Puanı	Koruyucu Önlemler	Risk Değerlendirme	Düşmelerin Önlenmesi	Olay Bildirimi ve Raporlama	Bakımı Planlama
Daha önce bakım verdiği bir hastanın düşme durumu						
Evet	80 ± 8,8	32,7 ± 3,4	9,8 ± 3,1	12,5 ± 2,3	13,5 ± 1,8	11,6 ± 2,6
Hayır	80,7 ± 9	32,8 ± 3,1	10 ± 3,4	12,5 ± 2,7	13,4 ± 2	12,1 ± 2,5
t;p	-1,006;0,315	-0,708;0,479	-0,826;0,409	0,299;0,765	0,690;0,491	2,420; 0,016*
Cevap evet ise düşen hasta sayısı						
1-2 hasta	80,2 ± 8,5	32,8 ± 3,3	9,9 ± 3,1	12,4 ± 2,4	13,6 ± 1,7	11,6 ± 2,6
3-5 hasta	80,1 ± 9,8	32,5 ± 3,8	9,7 ± 3,1	12,7 ± 2,4	13,4 ± 2	11,8 ± 2,6
6 hasta ve üzeri	79 ± 7,3	32,6 ± 2,8	9,5 ± 3	12,6 ± 1,7	13 ± 2,2	11,3 ± 2,3
F;p	0,228;0,796	0,164;0,849	0,211;0,810	0,367;0,693	1,514;0,222	0,460;0,632
Hasta düşmesini önlemeye yönelik eğitim alma durumu						
Evet	80,6 ± 8,7	32,9 ± 3,1	9,8 ± 3,2	12,5 ± 2,6	13,5 ± 1,9	11,9 ± 2,5
Hayır	79,7 ± 9,8	32,2 ± 3,6	10,1 ± 3,3	12,4 ± 2,3	13,3 ± 1,8	11,7 ± 2,8
t;p	-1,330;0,258	2,053; 0,041*	-1,062;0,289	0,572;0,568	1,172;0,242	0,995;0,321
Halen çalıştığı servisteki çalışma süresi						
1)1 yıl ve daha az	80,7 ± 9,2	32,6 ± 3,2	9,9 ± 3,4	12,6 ± 2,3	13,4 ± 2	12,1 ± 2,7
2) 2-4 yıl	80,6 ± 9	32,7 ± 3,2	10,2 ± 3,2	12,6 ± 2,3	13,3 ± 1,9	11,9 ± 2,5
3) 5-7 yıl	80,2 ± 9	32,4 ± 3,6	10,1 ± 3,1	12,7 ± 2,2	13,5 ± 1,7	11,6 ± 2,4
4)8 yıl ve üzeri	79,8 ± 8,4	33,3 ± 3,1	9,1 ± 3,3	11,9 ± 3,4	13,6 ± 1,9	11,8 ± 2,4
F;p	0,294;0,830	1,814;0,143	3,088; 0,027*	2,392;0,068	0,679;0,565	0,829;0,478
Fark (Tukey)			2>4			
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı						
1)1-10 hemşire	80,5 ± 9,1	32,8 ± 3,2	9,8 ± 3,3	12,6 ± 2,3	13,5 ± 1,9	11,9 ± 2,6
2)11-20 hemşire	79,9 ± 8,6	32,8 ± 3	9,7 ± 3,1	12,1 ± 3	13,5 ± 1,8	11,8 ± 2,4
3)21-30 hemşire	79,5 ± 9,4	32,1 ± 4,4	10,4 ± 3,1	12,6 ± 2,2	12,7 ± 2,4	11,8 ± 2,5
4)31 hemşire ve üzeri	83,9 ± 8	33,4 ± 2,5	11,2 ± 3,5	12,7 ± 2,2	13,9 ± 1,5	12,7 ± 2,3
F;p	2,404;0,066	1,326;0,265	2,855; 0,037*	1,827;0,141	4,467; 0,004*	1,393;0,244
Fark (Tukey)			4>2		3<1,2,4	

*p<0,05 , Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, (t):Bağımsız Örneklem T Testi, F::Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA), Fark:Tukey Testi,p:Anlamlılık Düzeyi

4.4. Hemşirelerden Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Hemşirelerin düşmeyle karşılaşma durumu, düşmeleri etkileyen faktörler, düşme sonrası yapılan uygulamalar, düşmelerin önlenmesi için alınan önlemler ile ilgili düşüncelerini belirlemek amacıyla fenomenolojik bir çalışma yürütülmüştür. Bu bölümde nitel görüşmelerden elde edilen verilere ilişkin içerik analizi sunulmuştur.

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri Tablo 4.17.'da verilmiştir. Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin %83,3'ünü kadınların oluşturduğu, %58,4'ünün dahili birimlerde çalıştığı, %41,7'sinin hemşire olarak çalışma yılının 6-10 yıl arasında değiştiği belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması $31,96 \pm 6,94$ 'tür (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=24)

Özellikler		n	%
Yaş grupları (Ort±SS)	21-29 yaş	13	54,2
	30-39 yaş	7	29,2
	40-49 yaş	4	16,6
Cinsiyet	Kadın	20	83,3
	Erkek	4	16,7
Çalıştığı klinik	Dahili birimler	14	58,4
	Cerrahi birimler	10	41,6
Hemşire olarak çalışma yılı	1-5 yıl	9	37,5
	6-10 yıl	10	41,7
	11-20 yıl	5	20,8

4.4.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarının İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarına ilişkin fenomenolojik görüşme yapılan 24 hemşirenin yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorulara verdikleri yanıtlar kodlanıp içerik analizi yapılarak, ilgili temalar ve alt temalar belirlenmiştir (Tablo 4.18).

Hemşireler ile yapılan fenomenolojik görüşmeler sonrasında 6 tema ile 27 alt tema elde edilmiştir. Bu çalışmada temalar; düşmelerin en sık görüldüğü gruplar, düşmeyi etkileyen faktörler, düşmelerin birey üzerine etkileri, düşmelerin önlenmesi

için alınan önlemler, düşme sonrası yapılan girişimler ve düşme sonrası hemşirelerin hissettikleri duygulardır. Elde edilen bulgular Tablo 4.18.'de sistematik olarak sunulmuştur.

Tablo 4.18. Hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesine ilişkin temalar ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Düşmelerin en sık görüldüğü gruplar	Yaşlılar Kronik hastalığı olanlar Post-operatif dönemdeki hastalar Fiziksel güçsüzlüğü ve rahatsızlığı olanlar
Düşmeyi etkileyen faktörler	Riskli ilaç kullanımı Mobilizasyon Kaygan zemin Hastanın sağlık durumu Hastanın ihtiyaçları
Düşmelerin birey üzerine etkileri	Fiziksel yaralanma ve travma Psikolojik etki
Düşmelerin önlenmesi için alınan önlemler	Refakatçi bulundurulması Hasta yakınının bilgilendirmesi Hasta eğitimi Yatak kenarlıklarının kaldırılması Düşme riskinin değerlendirilmesi Fiziksel çevrenin düzenlenmesi
Düşme sonrası yapılan girişimler	Düşme/olay bildirimi Doktora haber verme Hastanın değerlendirilmesi Hastanın düzenli aralıklarla kontrolü
Düşme sonrası hemşirelerin hissettikleri duygular	Korku Vicdan azabı Üzülme Suçluluk hissi Endişe Panik

Tema 1: Düşmelerin en sık görüldüğü gruplar

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde, düşmelerin en sık görüldüğü gruplar ile ilgili alt temalar; yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, post-operatif dönemdeki hastalar, fiziksel güçsüzlüğü ve rahatsızlığı olanlar olarak belirlenmiştir. Hemşireler düşmelerin en sık görüldüğü grupları, görme-duyma bozukluğu olan hastalar, engelli hastalar,

ortopedi hastaları, yürüteç kullanan hastalar, ortostatik hipotansiyonu olan hastalar, epilepsi, diyabet, hipertansiyon ve parkinson tanısı olan hastalar, post-op dönemdeki hastalar, yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalar, hemiplejik hastalar ve nöroloji hastaları olarak bildirilmiştir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Düşmeler ortostatik hipotansiyon nedeni ile oluyor. Hastalar birden ayağa kalktıklarında düşüyor. Biz cerrahi birimiz, hastalar ameliyattan 6 saat sonra beslenebiliyor, aç bekledikleri için ve yeteri kadar yemedikleri için halsiz oluyorlar.” (K5)

“Fiziksel engelli olan hastalar özellikle yürüyemeyen hastalar düşüyor... Hipotansiyonu olan hastalarda düşebiliyor. Gebelik diyabeti olan hastalarda da düşmelerle karşılaşabiliyoruz. Bir anda şekerin düşmesi ya da yüksmesi ile de düşme olabilir. Gebeliğe bağlı ayaklarda ağrı ve kramp yaşayanlarda düşebiliyor. Engelli olan gebelerde düşme riski daha çok artıyor.” (K14)

“İletişim kuramadığımız, yapmamaları gerekenleri anlatamadığımız hastalar kalkıyorlar ve düşüyorlar. Özellikle mülteci hastalar Türkçe konuşamadıkları için yanlarında tercüman olmadığında iletişim kurmakta ve anlamakta zorluk çekiyoruz. Örneğin, çok kanaması olan bir hastanın yatağından kalkmaması gerekiyor. Çünkü kan kaybı nedeniyle tansiyonu düşebilir, hasta hipotansiyona girebilir ya da kaygan zemin nedeniyle ayağı kayıp düşebilir.” (K15)

“Özellikle ortopedi hastalarının düşme yönünden daha fazla risk altında olduğunu düşünüyorum. Ortopedi hastaları bacaklarına tam olarak basamadığı için düşebilir. Yaşlı ya da hipotansiyonu olan hastalarda düşme yönünden oldukça büyük risk altında...” (K18).

“Yaşlılar, fiziksel engeli olan hastalar, çocuk hastalar, nörolojik bozukluğu olan hastalar, bilinci yerinde olmayan hastalar, yeni ameliyat olmuş hastalar, sedasyon etkisi olan ilaç alan hastalar düşme yönünden büyük bir risk altında...” (K20)

“Yaşlı hastaların düşme riski biraz daha fazla. Hastaların düşme ölçek puanlarını her gün hesaplayıp gerekirse hasta başına düşme riski olan hasta figürü asıyoruz. Klinikte kullandığımız ekipmanları her gün değerlendiriyoruz.” (K21)

“Yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, riskli ilaç kullananlar düşme yönünden risk altında. Bizde postoperatif hasta çok oluyor. Ameliyat sonrası bizde yattıkları 1- 2 gün oldukça önemli. Kademeli bir şekilde hastayı kaldırmaya dikkat ediyoruz. Önce yatağın içinde oturtup, daha sonrasında refakatçisi ile birlikte kollarına girerek yavaşça kaldırıyoruz.” (K22)

“Hasta düşmeleri özellikle hastanın 65 yaş üzeri olmasından, kronik hastalığa sahip olmasından, geçirdiği hastalıklardan, tedaviden ya da ameliyattan kaynaklanabiliyor. Aslında hastanın o anki durumu oldukça önemli...” (K23)

“Çok ileri yaş hastalar, parkinson hastaları, titremesi olanlar, ortopedi ameliyatı geçirmiş olan hastalar düşme yönünden riskli grupta yer alıyorlar.” (K24)

Tema 2: Düşmeyi etkileyen faktörler:

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde düşmeyi etkileyen faktörlerle ilgili alt temalar; riskli ilaç kullanımı, refakatçinin olmaması, ilk mobilizasyon, kaygan zemin, hastanın sağlık durumu ve hastanın ihtiyaçları olarak belirlenmiştir. Hemşireler hasta düşmesini etkileyen faktörleri; dikkatsizlik, ameliyat sonrası ilk mobilizasyon, personel eksikliği, hastanın fiziksel güçsüzlüğü, refakatçiye bağlı sorunlar, ilaç kullanımı, nöbet geçirme, hipotansiyon, baş dönmesi, hastanın ani hareketleri, hastada IV katater veya sonda gibi araçların olması, yürüme alanında engel olması ve kaygan zemin olarak belirtmişlerdir.

Fiziksel anlamda problem yaşayan hastalar walker, koltuk değneği, yürüteci, alçısı olan hastalar düşme riski taşıyabiliyor. Ya da ameliyattan yeni çıkmış birinci gün ayağa kalkmamış olan hastalar ortostatik hipotansiyon açısından risk altında olabiliyor. Özellikle spinal anesteziye sonra bu durumu daha çok yaşıyoruz. İkinci ve üçüncü mobilizasyonda da düşme olabiliyor. Mesela bir hastamızda yatak hastaya kısa geldiği için hastanın boyu uzun olduğu için ayakları dışarıda kalıyordu. Bu nedenle ayak korkuluğunu çıkarmıştık. Hasta o sırada ayakta değildi, yatak kenarında oturuyordu. Birden başı dönmüş, kendini kötü hissetmiş, korkuluk olmadığı için hasta düşmüştü. ” (K2)

“Tuvaletlerin ıslak kalmaması oldukça önemli. Hastanın kullandığı ilaçlar da önemli, özellikle clexan adlı ilaç problem yaratabiliyor. Bu ilaç kanamaya yatkınlığı artırıyor. Hastada serum takılı olması da düşme riski açısından oldukça önemli. Çünkü hasta serumu varken yürüteci rahat kullanamıyor ve düşüyor. Ya da üroloji hastalarında elektrolit bozukluklarında bilinç bulanıklığı olabiliyor. Bu durumda düşme açısından oldukça riskli. Bazen hastaya yapılan işlemlerde tansiyonunun düşmesine neden olabiliyor.” (K2)

“Hasta, yakını yardım etmediği için yataktan kalkmaya çalışırken düşmüş. Zaten hasta kiloluydu ve nöroloji hastasıydı. Ben hemen mavi kod verdim. Hasta bilinç bulanıklığı yaşadı. Doktorlar hastayı tomografiye gönderdiler. Hasta ertesi gün vefat etti. Büyük ihtimalle düşmeye bağlı travma nedeniyle yaşamını yitirdi...” (K9)

“Yatak korkuluklarının kaldırılması ve hastanın düşmeler konusunda uyarılması gerekiyor. Düşme riski olan hastaların odalarına düşme riskini belirten belirteçler takılması gerekiyor. Düşmeyi engellemek için banyo ve tuvaletlerinde kaymayan bir şekilde yapılması önemli.” (K11)

“Genelde hastadan kaynaklanıyor. Hastalar mevcut şikayetini söylemiyor veya söylediğimiz şeye uymuyor. Mesela hastayı mobilize etmeden önce biz seni gelip kaldıracamız diyoruz. Ancak hasta kendi başına kalkabiliyor. Sürekli hastanın yanında olamıyoruz. Hastalar bize seslenmek ya da hemşire çağrı ziline basmak yerine kalkıp yanımıza gelebiliyorlar. Genellikle kaygan zemin ya da yatak kenarlıklarının yükseltilmemesi nedeniyle düşme olabiliyor.” (K13).

“Düşme ile geçen sene karşılaştım. Hasta sezeryan sonrasında ayağa kalktı, yanında refakatçisi yoktu. Genelde hasta düşmeleri tuvaletlerde ıslak zeminde olabiliyor. Her ne kadar personellerimiz tuvaletleri temizlese de hasta refakatçileri yeniden ıslatıyor. Bazen personellerimizin kendileri de ıslatabiliyor.” (K15)

“Bazı riskli ilaçlar baş dönmesi yaptığı için, bu tür hastaları daha sık takip etmek ve diğer arkadaşları bu konuda uyarmak gerekiyor.” (K16)

“Düşmeleri önlemek için hastaların kullandıkları riskli ilaçları değerlendiriyoruz, zaten bu klinikte hastalar genellikle düşme yönünden yüksek riskli çıkıyor.” (K18)

“Yoğun bakımda çalışırken 70-80 yaşlarında bir hastamız vardı. Bu hasta tuvalete gitmek için arkadaşlarımıza çok ısrar etmiş. Hemşirelerde yardımcı personele söylemiş. Personel hastayı tuvalete götürmüştü. Hasta tuvalette kapıyı kapatmış. Orada tek başına ayağa kalkmaya çalışmış. Daha sonra düşmüş kafasını yarmış.” (K20)

Tema 3: Düşmenin birey üzerine etkileri

Hemşireler ile yapılan görüşmeler sonrasında düşmelerin birey üzerine olan etkileri ile ilgili alt temalar; fiziksel yaralanma ve travma ile psikolojik etki olarak belirlenmiştir. Hemşireler düşmelerin etkilerini; hastada travma olması, hastanın tekrar düşme yaşamaktan korkması, hastanın sağlık durumuyla ilgili endişelenmesi, kızgınlık, femur kırığı, beyin kanaması, iç organ yaralanmaları ve başını çarpması olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“.....Hastanın kalkıp oturmasında, bir şeylere ulaşmasında sıkıntı vardı. Hasta ayağa kalkmıştı. Serum askısı ile birlikte tuvalete giderken dengesini kaybedip düştü. Hastada femur kırığı oldu. Hasta kanser olduğu için metastaz sonucu kemiğin kırıldığı düşünüldü. Hasta sonrasında ameliyat edildi. Ameliyat sonrası hasta servise

geldiğinde durumu kötü idi. Hastanın kanaması vardı ve kan değerleri çok düşüktü. Daha sonra hasta yoğun bakıma alındı. Bir aya yakın yoğun bakımda kaldıktan sonra hasta ex oldu.” (K2)

“Hasta düştüğünde neye uğradığını şaşırabilir, nasıl düştüm? diyebilir, hem psikolojik hem de fiziksel olarak etkilenebilir.” (K11)

“Klinikte bir hastamız düşmüştü. Düşme nedeni bizden kaynaklı değildi. Yerlerde ıslak değildi. Hasta düşme sonrası yatağına alındı. Çekilen grafi sonrasında femur kırığı saptandı.” (K12)

“Düşme sonrası kırıklar olabilir. Hasta başını bir yere çarpabilir. Psikolojik olarak da belki bir daha kalkmaya ve hareket etmeye korkabilir. Niye böyle olduğunu düşünebilir. Dile getirmese bile içten içe hemşirelere kızgın olabilir.” (K13)

“Yaşlı hastalarda kemikler biraz zayıf olduğu için kırıklar olabilir. Genellikle yaşlılarda kalça kırığı gelişebilir. Beyin kanaması da görülebilir. Hasta düştüğünde bizi suçlayabilir. Bireyin hastanede yatış süresinin uzamasını kimse istemez. Bu bizim elimizde olan bir şey değil...” (K18)

“Özellikle düşmeye bağlı olarak baş travması kırıklar, çıkıklar meydana gelebilir.” (K19)

“Serviste düşen bir hastamızın düşme sonrası genel durumu kötüleşti. Ben beyin kaması geliştiğini düşünüyorum...” (K20)

“Düşme sonrası hastada anksiyete olur. Tekrar düşücek miyim? korkusu yaşar, uyku düzeni bozulur. Anksiyetesi yüksek bir hastaysa yani her şeyi sorun ediyorsa, bu konuda hemşireleri de suçlayabilir.” K(23).

Tema 4: Düşmelerin önlenmesi için alınan önlemler

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde düşmelerin önlenmesine yönelik olarak alınan önlemlerle ilgili alt temalar; refakatçi bulundurulması, hasta yakınının bilgilendirmesi, hasta eğitimi, yatak kenarlıklarının kaldırılması, düşme riskinin değerlendirilmesi ve fiziksel çevrenin düzenlenmesi olarak belirlendi. Hemşireler hasta düşmelerini önlemek için aldıkları önlemleri; hastanın ameliyattan sonra aşamalı olarak kaldırılması, hastanın düzenli olarak takip edilmesi ve izlenmesi, düşme riskinin değerlendirilmesi, hasta ve yakınının bilgilendirilmesi, aydınlatmalara dikkat edilmesi, sedye ayaklarının kilitlenmesi, düşme ile ilgili afişlerin asılması, çağrı zili kullanılması, kaygan zemin levhasının konulması, serviste tutunma yerlerinin yapılması, hastalara fiziksel kısıtlama uygulanması ve yatak korumalıklarının

kaldırılması şeklinde ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Servislerde fiziksel kısıtlama ile ilgili uygulanan prosedürler var. Aşırı yaşlı ve anksiyetesi olan hastalarda kısıtlamaya gidilebilir. Psikolojik rahatsızlığı olanlara da fiziksel kısıtlama uygulanabilir. Hasta yakını ile birlikte bu konuda ortak bir karar alınmalıdır. Kısıtlama formları kullanılmalıdır. Ama ben şimdiye kadar birkaç fiziksel kısıtlama gördüm. Çok sıkıntılı hastaları yoğun bakıma alıyorlar. Hastalar yoğun bakımda her açıdan daha konforlu oluyorlar. Ama servislerde de fiziksel kısıtlama uygulanan hastalar olabiliyor.” (K1)

“Bu konuda hasta ve yakınına verilecek eğitim oldukça önemli. Mesela mobilizasyon eğitimi verilmeli. Çünkü hasta ertesi gün ayağa kalktığında hipotansif bir durum söz konusu olabiliyor. Kendilerini kötü hissettiklerinde ayağa kalkmamalarını, mutlaka bizi çağırmalarını söylüyoruz. Haber verirsiniz vital bulgularınıza bakarız diyoruz. Ama onlar bize bir şey söylemezse bizler durumlarını bilemeyiz. Ben bir tansiyonuna bakayım eğer iyi olursan tekrar kalkmana izin verebilirim şeklinde açıklama yapıyoruz. Zaten her gün hastaların düşme riskini değerlendiriyoruz.” (K2)

“Düşmeleri önlemek için yatak kenarlıklarını kaldırıyoruz, hastanın yatağında alçaltılabilir, hasta odasındaki fazla eşyalar odadan çıkarılabilir.” (K4)

“Eğer hasta bilinçli ise nasıl kalkması ve yürümesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Hasta ayağa kalkarken biz yanında oluyoruz, hasta yakınlarını da bu konuda bilgilendiriyoruz. Hastaya bir iki gün kendini toparlayana kadar yakını ile birlikte yürümesini söylüyoruz. Öncelikle kısa ve sık aralıklarla yürümesini tavsiye ediyoruz. Yatak korumalıklarını kaldırıyoruz. Hastanın bilinci açık değilse hasta yakınına hastanın yanından ayrılmaması gerektiği konusunda uyarıyoruz. Her hasta için risk değerlendirmesi yapıyoruz. Genellikle nöroloji hastalarımız çok oluyor. Bu grup hastalarda da düşme riski oldukça yüksek.” (K6)

Kliniklerde hasta düşmelerini önlemek için yatak başlığının kaldırılması, en önemlisi hastanın yanında refakatçisinin bulunması düşmeleri büyük oranda önleyecektir. Genellikle yanında refakatçisi olmayan hastaların daha çok düştüğünü gözlemliyorum. Tedavi yaparken ve hasta takiplerini alırken odaya giriyoruz. Ama yoğun olduğumuzda hastayı takip edemiyoruz. Özellikle yalnız olan hastalar kişisel ihtiyaçlarını karşılarken bize haber vermiyor. Hemşireler sık olmasa da hastalarını kontrol ediyor. Mesela yaşlı ve kimsesi olmayan hastaları hemşire odasına yakın bir

yere yerleştiriyoruz. Ayrıca düşme riski olan hastanın başına dört yapraklı yonca belirteci asıyoruz. Bu belirteci gördüğünüz zaman hastanın düşme riskinin olduğunu anlıyorsunuz. Düşme riskini de her gün İtaki ölçeğı ile değerlendiriyoruz. Hasta ve yakınının düşmeler konusunda bilgilendirilmesi çok önemli. (K7).

“Bence en büyük etken kesinlikle refakatçi. Refakatçi hastasını hiç bırakmayacak, kalkarken ona yardımcı olacak. Çünkü yatakta uzun süre yatmaya bağı tansiyon düşüklüğü olabiliyor.” (K9)

“Hastanın düşme ihtimali varsa tekerlekli sandalye ile taşınabilir ya da yürürken yürüteçten yararlanabilir. Lavaboya giderken yanındaki yakını hastaya destek olabilir. Yatak kenarlıkları kaldırılabilir. Bu nedenle her hastaya refakatçi gerekli. Refakatçisi olmayan hastalara biz yetişmeye çalışıyoruz. Ama hastalara tek başımıza yetişemiyoruz. Özellikle gece 2 kişi nöbet tutuyoruz. Hastanın her lavaboya gidişinde yanında olamayabiliyoruz. Ama hasta çağırırsa yardımcı olmaya çalışıyoruz. Hasta her hareket ettiğinde yanında olamıyoruz. Ayrıca hastalar çağrı zillerini kullanabilir. Hasta servise ilk yattığında çağrı zilini nasıl kullanacağını anlatıyoruz. Ayrıca düşme ölçekleri ile hastayı değerlendiriyoruz. Riskli ilaç kullanıyor mu? tansiyonu şekeri var mı?, hangi hastalıkları var?, yaşı, görme durumu hepsini değerlendiriyoruz.” (K14)

“Bence düşme, hastanın kendi durumunu anlaması ile ilgili. Hastaları başları dönüyorsa kalkmaları gerektiğı konusunda uyarıyoruz. Ancak birçok hasta bu söyledığımızı dikkate çok almıyor.” (K15)

“Hasta kliniğe geldiğinde, yatışı yapılırken, anamnez alırken, İtaki formunu doldururken düşme konusunda genel bir bilgilendirme yapıyoruz. Bu klinikte hem cerrahi hem nöroloji hastalarına bakıyoruz. Dolayısıyla baktığımız tüm hastalar düşme yönünden risk altında. Hasta düşmesin diye teknik olarak yaptığımız çok bir şey yok. Cerrahi hastalarımız fazla olduğı için, ameliyattan sonra ilk mobilizasyonu biz yaptırıyoruz. Hastanın kendi başına kalkmasına izin vermiyoruz. İlk ayağı kalkışlarında baş dönmesi, mide bulantısı için önlem alıyoruz, sonra mobilizasyonu sağlıyoruz. Tabii aniden kaldıramıyoruz. Önce yatak içinde 5 dakika oturtuyoruz. Hasta kendisini iyi hissederse yürümeye başlıyoruz. Karnı toksa ve tansiyonu normalse hastayı yürütüyoruz.” (K17)

" Biz her zaman hastanın yanında olmadığımız için ailesinin hastaya dikkat etmesi son derece önemli. Hasta ilk geldiğinde hasta yakınlarına bu durumu açıklıyoruz. Hastalarına dikkat etmeleri gerektiğini söylüyoruz....." (K20)

Tema 5: Düşme sonrası yapılanlar girişimler

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde, düşme sonrası yapılan uygulamalar ile ilgili alt temalar; düşme bildirimi yapma, doktora haber verme, hastayı değerlendirme, hastayı düzenli aralıklarla kontrol etme olarak belirlenmiştir. Hasta düşmesi gerçekleşikten sonra hemşirelerin, hasta ile iletişime geçtikleri, komplikasyon açısından hastayı izledikleri, hastaların korku ve endişelerini değerlendirdikleri, düşme ile ilgili formları doldurdıkları, gerekli birimlere olay bildirimi yaptıkları ve doktorun önerdiği tedavi ve takipleri yaptıkları saptanmıştır. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

"Düşme bildiriminde bulunuyoruz. Hasta ismi belirtmeden olayı ve neye bağlı olduğunu anlatıyoruz. Olay bildiriminde düşme skoru da yer alıyor." (K2)

"Hasta düştükten sonra hemen hekime haber veriyoruz. Sistem üzerinden düşme bildiriminde bulunuyoruz. Bildirim yapılması önemli. Çünkü düşmeyi önlemek için neler yapılabileceği üzerinde duruluyor ve bu konudaki eksikler giderilebiliyor." (K6)

"Hasta sert bir şekilde düşmediği için biz bir şey yapmadık. Yalnızca hastayı gözlemledik. Ama bence olay bildirimi yapılmalı. Düşme hastanın hayatını etkileyecek, geri dönüşü olmayan çok riskli bir durum. Özellikle yalnız kalan hastalara destek olmak amacıyla birileri görevlendirilebilir." (K7).

"Doktoru çağırıp yapmamız gerekenleri yaparız ve olay bildiriminde bulunuruz." (K13)

"Olay bildiriminde bulunuyoruz, hastanın iyi olup olmadığını sorguluyoruz, durumu kötüyse yardım istiyoruz". (K16)

"Doktor düşme sonrası mutlaka MR, tomografi istiyor. Hasta daha sıkı takip ediliyor, bilinç durumunda değişiklik olup olmadığı değerlendiriliyor. Ağrı durumu ve vital bulguları takip ediliyor..." (K17)

"Hasta düştükten sonra dikiş attık. Bu konuda tutanak tuttuk. Düşme sonrası hastanın genel durumu kötüleşti. Daha sonra hasta ex oldu..." (K20)

"Hasta düştüğünde önce bilinç durumunu kontrol ederim, genel durumunu değerlendiririm. Şişlik, morluk var mı? bakarım. Sonrasında diğer ekip üyelerini bilgilendiririm."(K23)

Tema 6: Düşme sonrası hemşirelerin hissettikleri duygular

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde düşme sonrası hissedilen duygular ile ilgili alt temalar; üzüntü, endişe, panik, vicdan azabı çekme, korku ve suçluluk hissi olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta düştükten sonra hissettikleri duygular; kendini suçlama ve kötü hissetme, vicdan azabı, endişe, suçluluk hissi, üzülmeye, panik ve korku hissidir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Ben hasta düştüğünde çok büyük vicdan azabı hissettim. Hastanın düşmesi bizim suçunuz olmasada bu durumu kabullenemiyorsunuz. Hastanın düştüğünde ilk önce bize kızıp sonra olumlu bir şekilde davranmasının nedeni, bizim ona iyi niyetle yaklaşmamızdan kaynaklanıyor. Çünkü hasta ile kötü bir iletişimimiz yoktu. Eğer kötü bir iletişimimiz olsaydı bu işin sonu şikâyet kadar giderdi. Ama hasta samimiyetimizi görünce düşme sonrası bize karşı yumuşadı.” (K1)

“Hasta 55-60 yaşlarındaydı. Hastamız düşünce çok üzüldük. Zaten kanser olduğu için konuşmasında sıkıntı vardı. Hasta yakını bizi suçladı. Ama ben gerekeni yaptığımı düşünüyorum. Çünkü her zaman hastanın yanında olamayabiliyoruz. Hastanın yanında yakını vardı. Hasta lavaboya giderken ayaklı serum askısına takılıp düşmüştü. Hastamız için çok üzüldük. Başka sağlık sorunları varken yeni bir sağlık sorunu eklendi.” (K2)

“O anda panik oluyorum, hastaya bir şey olmasından korkuyorum, endişeleniyorum.” (K3)

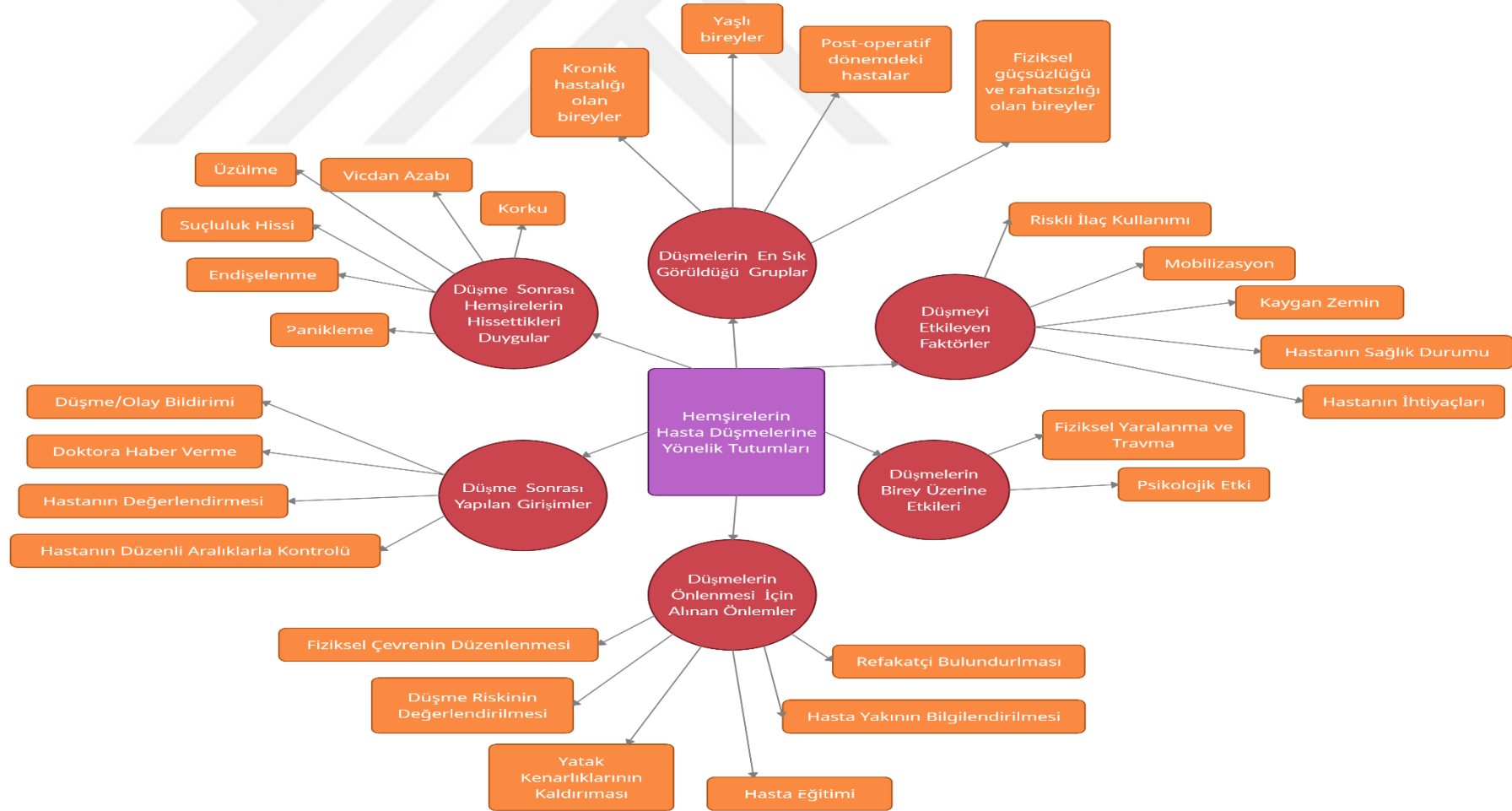
“Hasta düşerse endişelenirim. Acaba benim yüzümden mi düştü? ben mi neden oldum? sorgularım. Düşmenin neden meydana geldiğini belirlememiz çok önemli.... (K16)

“Vicdan azabı çekerim. Aslında klinikte bir sürü hasta var. Hepsini aynı anda gözlemlemek mümkün olmuyor. Onları her an takip edemiyoruz.” (K18)

“Bakım verdiğim hasta düştüyse, panik, korku ve üzüntü hissederim. Düşme olayının tekrarlanmaması için elimden gelen her şeyi yaparım. Düşme sonrası hastanın filmini çektiririm...” (K19)

“Hasta düşerse hem hasta hem de kendi adına üzülrüm. Ben görevimi yaptıktan ve hastayı tamamen stabil hale getirdikten sonra yapacak bir şey olmasa da, bir eksiğim varsa ve düşme benden kaynaklanıyorsa suçluluk duyarım...” (K22)

“Başta korku ve endişe hissederim, hastanın durumu nasıl? Herhangi bir komplikasyon gelişecek mi? merak ederim. Hastayı görene kadar endişelerim.” (K23)



Şekil 4.2. Hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarına yönelik olarak oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü, Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik bulgularının tartışılması, hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarını etkileyen nicel verilerin tartışılması, hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarına ilişkin nitel verilerin tartışılması olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

5.1. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada, hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarının belirlemek amacıyla, “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” geliştirilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarının ilk adımı madde havuzunun hazırlanmasıdır. Bu araştırmada yurt içi ve yurt dışı literatür taranarak ve ölçeğin hedef kitlesini oluşturan hemşirelerle nitel görüşmeler yapılarak 70 maddelik ölçek madde havuzu oluşturulmuştur.

“Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği”nin 70 maddelik taslak formu, Yozgat Bozok Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden bir öğretim üyesinden destek alınarak dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiş ve düzenlenmiştir. Taslak ölçek, düzenlendikten sonra kapsam ve içerik uygunluğunun değerlendirilebilmesi amacıyla uzman görüşüne sunulmuştur. Bu doğrultuda taslak ölçek farklı üniversitelerde ve sağlık bakım kurumlarında görev yapan 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur.

Uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme, ayırt edicilik ve kültürel uygunluk açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddelerde gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra, ölçeğin kapsam geçerliği incelenmiştir. Bu araştırma kapsamında geliştirilen ölçeğin maddelerine uzmanların verdikleri puanlar Lawshe tekniği ile değerlendirilmiştir. Bu analizde, KGO<KGÖ olan 7 madde (3, 8, 12, 14, 17, 33, 54) yapı dışına çıkarılmış ve 63 maddelik taslak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmış ve 0,94 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra, ölçek maddelerinin hemşireler tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 20 kişilik bir hemşire grubu ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya katılan hemşireler araştırma örneklemine dahil

edilmemiştir. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, genellikle taslak ölçeğin madde sayısının göz önünde bulundurularak, madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (O'Rourke and Hatcher, 2013). Bu araştırma kapsamında geliştirilen "Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği"nin taslak madde sayısı 63 olduğu için, bu sayının on katı olan 630 hemşireye ulaşılması hedeflenmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 630 hemşire ile veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği"nin geçerlik çalışması kapsamında, ilk olarak Açıklayıcı Faktör analizi çalışmalarına yer verilmiş, ikinci aşamada Doğrulayıcı Faktör analizi çalışmaları gerçekleştirilmiş ve daha sonra ölçeğin güvenirlik analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde verilerin faktör analizine uygulanabilirliğini belirlemek için KMO testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett testi analizlerinden yararlanılmıştır.

Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0 ile 1 arasında değer almakta ve bu değer 1'e yaklaşması faktör yapısının daha güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Bu doğrultuda bu araştırmada Açıklayıcı Faktör analizi'nde; Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,956 olduğu saptanmış, Bartlett Küresellik testi sonucunda ise değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişki bulunduğu ve verilerin faktör analizini uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,001$).

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'ne Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile varimax rotasyonu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, 63 maddeden oluşan ölçeğin 9 alt boyuta ayrıldığı ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre güçlü yüklendiği, bazı maddelerin ise tek başına bir faktör oluşturduğu görülmüştür. Bu doğrultuda bu maddeler ölçek dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 20, 32, 36, 40, 42, 45, 47, 51, 58, 60 ve 63 numaralı maddelerdir. Bu 24 madde çıkarıldıktan sonra yapı 39 madde ve 5 faktör ile uygun hale gelmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 39 madde ve 5 faktörden oluşan yapı Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA),

açıklayıcı faktör analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle modelde modifikasyon indeks katsayıları incelenmiş ve kendi faktörü dışındaki maddelerle modifikasyon yüklenen maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Çıkarılan maddeler 13, 14, 19, 22, 23, 26, 30, 31, 33, 34, 37, 38, 39, 43, 44, 50, 54, 56, 57 ve 59 numaralı maddelerdir. Böylece 19 madde 5 faktörde doğrulanan model elde edilmiştir.

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin DFA sonuçlarına göre, tüm model uyum indeksleri, iyi veya kabul edilebilir uyum göstermektedir (χ^2/sd : 2,360; GFI: 0,948; AGFI: 0,931; IFI: 0,966; TLI (NNFI): 0,958; CFI: 0,965; RMSEA: 0,046; SRMR: 0,043). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, ölçek maddelerinin faktör yüklerinin 0,400 üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Toplam puanın söz konusu olduğu likert tip ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar güvenirlik analizi ile hesaplanmaktadır. Ölçek maddelerinin varyansları toplamının, genel varyansa oranlanması ile saptanan 0 ve 1 arasında değişim gösteren ağırlıklı standart değişim ortalaması Cronbach Alfa katsayısıdır. Bu araştırma sonucunda Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,824$), *Koruyucu Önlemler* alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,912$), *Risk Değerlendirme* alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,700$), *Düşmelerin Önlenmesi* alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,797$), *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,759$) ve *Bakımı Planlama* alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,721$) olduğu belirlenmiştir.

Güvenirlik ölçümlerinden bir diğeri ise test-tekrar test güvenilirliğidir. Test-tekrar test güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. 630 hemşireye uygulanan "Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği" araştırma kapsamındaki 100 hemşireye iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. İlk uygulama ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 100 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş (ICC: 0,822) ve cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu görülmüştür ($p<0,001$). İki hafta arayla gerçekleştirilen her iki uygulamadan

elde edilen ölçek puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir.

5.2. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması

Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hemşirelerin %78,4'ünün çalıştıkları klinikte hastaların düşme riskini değerlendirdiği ve en çok İtali Düşme Ölçeğini (%87,4) kullandıkları belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Bayraktar ve Türk (2021)'ün çalışmasında, hemşirelerin %90.3'ünün düşme riskini belirlemek için ölçek kullandığı, Kobayashi vd. (2017)'nin hastaların düşme riskini hastaneye kabul sırasında ve klinikte yatarken düzenli olarak değerlendikleri; araştırma bulgularına karşın Bulut vd. (2013) çalışmasında, hemşirelerin %71.3'ünün hastaların düşme riskini değerlendirmedikleri saptanmıştır. Hemşirelerin, klinikte yatan hastalarının düşme risklerini geçerli ve güvenilir ölçme araçlarıyla değerlendirmelerinin, hemşirelik girişimlerinin etkin bir şekilde planlanması ve uygulanması açısından son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, klinikte düşme riski yüksek olan hastalar için belirteç (dört yapraklı yonca, düşen insan figürü vb.) kullanma oranı %78,3 olarak bulunmuştur. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Bayraktar ve Türk (2021)'ün çalışmasında, hemşirelerin belirteç kullanma oranının %90.7 olduğu, araştırma bulgularına karşın Bulut vd. (2013)'nin çalışmasında hemşirelerin %51.8'inin düşme riski yüksek olan hastalar için belirteç kullanmadıkları saptanmıştır. Belirteç kullanımı, düşmelerin önlenmesinde etkili, uygulanması kolay ve ucuz bir yöntemdir. Düşme riski taşıyan tüm hastalarda belirteç kullanımının yaygınlaştırılmasının önemli olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %79,5'inin düşme riski yüksek olan hastalara fiziksel tespit uyguladıkları belirlenmiştir. Bulut vd. (2013)'nin çalışmalarında bu oran %65.2; Bayraktar ve Türk (2021)'ün çalışmasında %79.8 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde düşmelerin önlenmesinde en fazla yararlanılan uygulamalardan biri fiziksel tespit olmasına karşın (Mollaoğlu vd., 2013), yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda düşmelerin önlenmesinde fiziksel tespit kullanılması önerilmemektedir (Ibáñez et al., 2020; Oersakul et al., 2011).

Yurt dışında rehabilitasyon merkezinde kalan yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, fiziksel kısıtlamanın düşmeden kaynaklanmayan dolaylı yaralanmaların artmasına neden olduğu, fiziksel kısıtlama uygulanan yaşlıların düşme olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Oersakul et al., 2011). Ibáñez vd. (2020)'nin 575

hastaya ait verileri inceledikleri retrospektif kohort çalışmasında, fiziksel tespit kullanımının düşme ve yaralanma oranlarını azaltmada etkili olmadığı, düşme riskinin fiziksel kısıtlama uygulanan hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda ülkemizde sağlık bakım kurumlarında uygulanan düşmeleri önlemeye yönelik girişimlerin, uluslararası düşme rehberleri doğrultusunda planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %44,4'ünün bakım verdiği hastalarıyla ilgili düşme deneyimi yaşadıkları belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konudaki literatürde hemşirelerin hastalarının düşme durumuyla karşılaşma oranları; Duman ve Kitiş'in (2013) çalışmasında %37; Cho ve Jang (2020)'in çalışmasında %50,6; James vd. (2022)'nin çalışmasında %43,7; Bayraktar ve Türk (2021)'ün çalışmasında %42,5 olarak bildirilmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin %76,7'sinin hasta düşmelerini önlemeye yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelere verilen eğitimin düşme insidansını azaltma üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, eğitimlerin düşmelerin azaltılmasında son derece etkili olduğu saptanmıştır (Montejano-Lozoya et al., 2020). Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik eğitim alma durumları, James vd. (2022)'nin çalışmasında %71,7; Cho ve Jang (2020)'in çalışmasında, %78,4; Özdemir Ürkmez vd. (2015)'nin çalışmasında; %90,5 olarak bildirilmiştir. Hemşirelere hasta güvenliğinin sağlanması konusunda eğitim verilmesi, düşmeler başta olmak üzere hasta güvenliğini tehdit eden birçok istenmeyen durumu önleyebilir ya da azaltabilir (James et al., 2022).

Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği (HDÖYTÖ)'den alınabilecek minimum puan 19, maksimum puan 95 olup, hemşirelerin ölçekten $80,41 \pm 8,94$ puan aldıkları belirlendi. Hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarının oldukça olumlu olduğu görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Cho ve Jang (2020)'in çalışmasında hemşirelerin %76,2'sinin, James vd. (2022)'nin çalışmasında hemşirelerin %57,2'sinin düşmelerle ilgili olumlu bir tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin düşmeye yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılandırılmış anketler kullanılarak yapılan Han vd. (2020)'nin çalışmasında, hemşirelerin düşmeye yönelik tutumları 65 puan üzerinden $49,18 \pm 4,82$, Choi ve Oh (2013)'ün çalışmasında 5 puan üzerinden 3,59 olarak saptanmıştır. Kim ve Seo (2017)'nin çalışmasında, hemşirelerin düşmeleri önlemeye yönelik faaliyetlere ilişkin tutumlarının olumlu olduğu bildirilmiştir. Kanada, Belçika

ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ortak yürütülen bir çalışmada, onkoloji hemşirelerinin düşmelerin araştırılması ve düşme risklerinin taranması konusunda istekli oldukları vurgulanmıştır (Sattar vd., 2021).

Hemşirelerin hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tutumları, düşmeleri önlemek amacıyla yapılacak olan girişimleri etkileyebilir. Bu nedenle hemşirelerin düşmeleri önleme konusundaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi önemlidir (Han et al., 2020). Düşmeler ve risk faktörleri hakkında yeterli bilgi, tutum ve farkındalığa sahip olan hemşirelerin, düşme prevalansı ile hastanedeki düşme oranlarını azaltmada önemli bir rol oynayacağı bildirilmektedir (James et al., 2022).

Hemşirelerin, HDÖYTÖ toplam puanlarının haftalık çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda haftalık çalışma süresi 49 saat ve üzeri olan hemşirelerin, HDÖYTÖ puanlarının, haftalık çalışma süresi 40-48 saat olan hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum haftalık çalışma saati az olan hemşirelerin hasta güvenliği konuları yerine genel hemşirelik faaliyetlerine odaklanmalarından kaynaklanabilir (Cho and Jang, 2020).

Bu çalışmada hemşirelerin HDÖYTÖ *Koruyucu Önlemler* alt boyutundan 32,76±3,23 puan aldıkları belirlendi. Hemşirelerin bu alt boyuttan aldıkları puan doğrultusunda, düşmelerden korunma önlemlerine yönelik tutumlarının oldukça iyi olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Bayraktar ve Türk (2021)'ün çalışmasında, araştırmaya katılan hemşirelerin tamamına yakınının düşmeleri önlemek için bireysel ve çevresel koruyucu önlemleri uyguladıkları belirlenmiştir. Aynı zamanda düşmelerle ilgili bir meta-analiz çalışmasında, hastanede yatan hastalarda düşmelerin önlenmesine odaklanan programların ve koruyucu girişimlerin, düşme riskini %30 azalttığı bildirilmiştir (Miake-Lye et al., 2013).

Bu çalışmada *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının hemşirelerin çalışma süresi, hasta düşmesini önlemeye yönelik eğitim alma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının, 8-13 yıldır çalışan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu görüldü. Bu bulgu, hemşirelerin çalışma süresi doğrultusunda tutumlarında da önemli farklılıklar olabileceğini bildiren yurt dışı araştırmalara paralellik göstermektedir (Bowden et al., 2019; Cho and Jang, 2020). Aynı zamanda bu durumun deneyimle birlikte hemşirelerin bilgi, sorumluluk ve görev duygusunun artmasının bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Bu arařtırmada hasta dūřmesini önlemeye yönelik eğitim alan hemřirelerin, *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının, hasta dūřmesini önlemeye yönelik eğitim almayan hemřirelerden daha yüksek olduđu belirlendi. Yoo (2017)'nin çalıřmasında dūřmeye iliřkin bilgi ile koruyucu önlemler arasında anlamlı bir iliřki bulunmadıđı bildirilmiř olmasına karřın bu konuda yapılan diđer çalıřmalarda, dūřmeyi önleme eğitimi alan hemřirelerin dūřme ile ilgili koruyucu önlemlerde daha aktif görev aldıkları vurgulanmıřtır (Han et al., 2020; Kim, 2013; Oh, 2014).

Bununla birlikte hemşirelerin dūřmelere yönelik bilgi, tutum ve farkındalıkları eğitim düzeylerine göre farklılık gösterebilir. Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da lisansüstü eğitim mezunu olan hemşirelerin *Koruyucu Önlemler* alt boyut puanının diğer eğitim düzeyine sahip hemşirelerden daha yüksek olduğu söylenebilir. James vd. (2022)'nin çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça dūřmeleri önleyici tedbirlere karşı daha olumlu bir tutum geliştirdikleri bildirilmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin HDÖYTÖ *Risk Deđerlendirme* alt boyut puanı $9,86 \pm 3,24$ olarak belirlendi. Bu doğrultuda ölçeğin diğer alt boyut puanları ile kaşılaştırıldığında, hemşirelerin risk değerlendirme düzeylerinin orta üzeri olduğu görüldü. Gu vd. (2016)'nin yapmış olduğu bir meta-analiz çalışmasında, dūřmelerin azaltılmasında hastaların risk değerlendirmesinin yapılmasının önemli olduğu, hastaların dūřme risklerinin belirlenmesinin dūřme oranını yaklaşık %19 oranında azaltabileceği bildirilmiştir (Gu et al., 2016). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise hemşirelerin %52.2'sinin dūřme risk faktörleri hakkında orta derecede farkındalığa sahip olduğu belirlenmiştir (James et al., 2022). Asiri ve ark. (2018) alışmasında, sağlık bakım profesyonellerinin %60'ının dūřme risk faktörleri hakkındaki farkındalığının çok az olduğu ve dūřme risk faktörlerine ilişkin farkındalığın eğitim programları ile artırılabilceği bildirilmiştir (Asiri et al., 2018).

Bu alışmada *Risk Deđerlendirme* alt boyut puanının serviste çalışan toplam hemşire sayısına göre farklılık gösterdiği belirlendi. Çalıştığı serviste toplam hemşire sayısı 31 ve üzeri olan hemşirelerin *Risk Deđerlendirme* alt boyut puanlarının, çalıştığı serviste toplam hemşire sayısı 11-20 olan hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Bu konuda yapılan bir çalışmada yoğun iř yükü, zaman ve personel eksikliği nedeniyle hemşirelerin hasta dūřme risklerini değerlendiremedikleri bildirilmiştir (Sattar et al., 2021). Hemřire sayısının fazla olmasının iř yükünü azaltabileceği, hastaya ayrılan zamanı artırarak dūřme risk değerlendirmesini

kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin HDÖYTÖ *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyut puanı $13,43 \pm 1,91$ olarak belirlendi. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puan doğrultusunda, olay bildirimi ve raporlamaya yönelik yaklaşımlarının olumlu olduğu görüldü. Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili sorunları raporlama oranı Karaca ve Arslan (2014)'ın çalışmasında, %8,6; Ülkü ve Türk (2019)'ün çalışmasında %66.1 olarak bildirilmiştir. Sağlık bakım kurumlarında yapılan hatalardan ders çıkarabilmek ve tekrar eden olayları en aza indirebilmek için olay bildirimlerinin yapılması oldukça önemlidir. Bireyler olay bildirimi konusunda cesaretlendirilmelidir. Etkin iletişim, eğitimin sürekliliği ve sürekli geri bildirimde bulunma raporlama kültürünün gelişmesini güçlendirebilir (Seren İntepeler ve Dursun, 2012). Düşme olay bildirimleri ile gerçek problem saptanarak çözüme kavuşturulabilir ve düşmelerin tekrarlanması önenebilir (Gong, 2022).

Olay Bildirimi ve Raporlama alt boyut puanının hemşirelerin çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin *Olay Bildirimi ve Raporlama* alt boyut puanlarının, 8-13 yıl ve 14-19 yıl çalışan hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Ülkü ve Türk (2019)'ün çalışmasında, hemşirelerin çalışma yılı ile hatayı raporladıklarında işten çıkarılma düşüncesi arasında bir ilişki bulunduğu, çalışma yılı az olan hemşirelerin işten çıkarılma korkusu nedeniyle tıbbi hataları raporlamak istemedikleri bildirilmiştir. Bu bulgu hemşirelerin dava edilme veya işten atılma korkusu nedeniyle hasta düşmelerini rapor etmekten kaçındıklarını düşündürmektedir.

Bu araştırmada HDÖYTÖ *Bakımı Planlama* alt boyutu puanı $11,87 \pm 2,53$ olarak belirlendi. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin bakımın planlanmasına yönelik yaklaşımlarının olumlu olduğu görüldü. *Bakımı Planlama* alt boyut puanının hemşirelerin eğitim durumu göre farklılık gösterdiği saptandı. Eğitim durumu yüksek lisans/doktora olan hemşirelerin *Bakımı Planlama* alt boyut puanlarının, eğitim durumu ön lisans olan hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Düşme riski yüksek olan hastaların, düşmeyi önleme konusunda gelişmiş becerilere sahip deneyimli hemşirelerden bakım almaları oldukça önemlidir. Bu doğrultuda sağlık bakım kurumlarındaki zayıflıkları ortadan kaldırmayı ve güçlü yönleri geliştirmeyi amaçlayan eğitim programlarının, düşme oranlarını azaltmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Ganabathi et al., 2017).

5.3. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması

Hemşireler ile yapılan fenomenolojik görüşmeler sonrasında; düşmelerin en sık görüldüğü gruplar, düşmeyi etkileyen faktörler, düşmelerin birey üzerine etkileri, düşmelerin önlenmesi için alınan önlemler, düşme sonrası yapılan girişimler ve düşme sonrası hemşirelerin hissettikleri duygular olmak üzere 6 tema ile 27 alt tema belirlenmiştir.

Bu araştırmada hemşireler düşmelerin en sık görüldüğü grupları yaşlılar, kronik hastalığı olan bireyler, post-operatif dönemdeki hastalar, fiziksel güçsüzlüğü ve rahatsızlığı olan bireyler (denge, hareket bozukluğu) olarak belirtmişlerdir. Çalışmayı destekler nitelikte Innab (2022)'in çalışmasında araştırma kapsamındaki hemşireler düşme riski yüksek olan hastaları; yaşlılar, düşme öyküsü olanlar, denge ve yürüme problemi olanlar, alt ekstremitte zayıflığı olanlar, Parkinson hastalığı, baş dönmesi ve görme bozukluğu olan hastalar olarak ifade etmiştir (İnnab, 2022). Gu vd. (2016) çalışmasında ise düşmeyi etkileyebilecek durumlar yaş, akut hastalık durumu, görme ve denge problemleri, önceki düşmelerden kaynaklanan yaralanma, kas-iskelet problemleri olarak bildirilmiştir.

Literatürde yaşın ilerlemesine bağlı olarak artan fiziksel yetersizliğin, düşme riskini artıran önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (Berry et al., 2017; Toren and Lipschuetz, 2017). Barış vd. (2016)'nin çalışmasında, kliniklerde rapor edilen 1622 düşme raporu incelenmiş ve ciddi düşmelerin %69.2'sinin 60 yaş ve üzeri hastalarda meydana geldiği belirlenmiştir. 1076 düşme olayının incelendiği retrospektif diğer bir çalışmada, düşmenin en olası nedeni denge/hareket bozukluğu ve baş dönmesi olarak bildirilmiştir (Toren and Lipschuetz, 2017). Paliwal vd. (2017)'nin çalışmasında katılımcıların %16,3'ünün son 12 ay içinde birden fazla düştüğü; inme, kronik böbrek hastalığı, artrit, depresyon ve diyabet öyküsüne sahip olmanın ilk kez ve tekrarlayan düşme riskini artırdığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hemşireler düşmeyi etkileyen faktörleri; riskli ilaç kullanımı, refakatçinin olmaması, kaygan zemin, hastanın sağlık durumu ve ihtiyaçları olarak sıralamıştır. Özdemir Ürkmez vd. (2015)'nin hemşireler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin düşme nedenlerini hasta kaynaklı, bakım kaynaklı ve kurum kaynaklı olarak grupladıkları bildirilmiştir (Özdemir Ürkmez vd., 2015).

Bu çalışmada hemşireler düşmelerin birey üzerine etkilerini; fiziksel yaralanma, travma, düşme korkusu, sağlık durumuyla ilgili endişelenme, kızgınlık, femur kırığı,

beyin kanaması, iç organ yaralanması ve başını çarpma olarak bildirmiştir. Kobayashi vd. (2017)'nin yapmış olduğu çalışmada, dört yıl boyunca hastaneye yatan toplam 163.558 hastadan 3099 hastanın düşme yaşadığı, 36'sında düşme ile ilişkili ciddi yaralanmalar, 24'ünde kırık ve 10'ununda intrakraniyal kanamalar meydana geldiği belirlenmiştir (Kobayashi vd., 2017). Düşmeler ölüm ya da kırık gibi ciddi yaralanmalarla sonuçlanabilir. Özellikle düşme korkusu, gecikmiş fonksiyonel iyileşme ve hastanede kalma süresinin uzaması, bireyin düşme riskini artırabilir (Morris and O'Riordan, 2017).

Düşmeler ciddi sonuçlara neden olabilen, önlenabilir tıbbi hatalardır. Düşmelerin önlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hemşireler düşmelerin önlenmesi için alınabilecek önlemleri; refakatçi bulundurulması, hasta yakınının bilgilendirmesi, hastanın eğitimi, yatak kenarlıklarının kaldırılması, düşme riskinin değerlendirilmesi ve fiziksel çevrenin düzenlenmesi olarak ifade etmiştir. Duman ve Kitiş (2013)'in çalışmasında hemşirelerin düşmeleri önlemek için; sandalye tekerleklerinin kilitli olmasını, hastanın sandalyeye oturtulmamasını, sağlık personelinin organize çalışmasını ve hastanın yalnız bırakılmamasını önerdikleri belirlenmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise, hemşirelerin düşmelerin önlenmesi için, hasta odasındaki fazla eşyaların kaldırılmasını, düşme riski yüksek olan hastaların hemşire istasyonuna yakın bir yere konumlandırılmasını ve fiziksel tespit uygulanmasını önerdikleri belirlenmiştir (Bulut vd., 2013).

Wilson vd. (2016)'nin çalışmasındaki katılımcılar, düşme prevalansının azaltılmasına yönelik stratejileri; hasta ilaçlarının takip edilmesi, çalışanlara eğitim verilmesi, meslekler arası iş birliğinin artırılması olarak bildirmiştir (Wilson et al., 2016). Bu konuda hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise düşmelerin önlenmesine yönelik girişimler; hasta yatağı frenlerinin kilitlenmesi, zemin yüzeylerinin temiz ve kuru tutulması, hastaların uygun ayakkabı giymesi, çağrı zili hastaların ulaşabileceği erişim mesafesinde olması ve düşerek takılma tehlikelerinin ortadan kaldırılması olarak önerilmiştir (Tzeng and Yin, 2013). Özdemir Ürkmez vd. (2015)'nin çalışmasında ise hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik girişimleri; yatak kenarlıklarının yükseltilmesi, hastanın yanında refakatçi bulundurulması, fiziksel tespit kullanılması ve sedatif ilaç uygulanması olarak sıraladıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin bakım sundukları hastalarının düşmesi sonrasında hissettikleri duygular; üzülmeye, endişe, panik, vicdan azabı çekme, korku, suçluluk hissi, elinden geleni yaptığını düşünme olarak belirlenmiştir. Bu konuda yurt dışında yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin hastalarının düşmesi sonrasında stres, kaygı, suçluluk, sağladıkları bakımın kalitesi hakkında kendinden şüphe duyma gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır (King et al., 2018).

Günümüzde düşmeler, hem bireyler hem de sağlık bakım kurumları için önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Hasta düşmeleri bireyleri, hem psikolojik hem fiziksel olarak etkileyebilmektedir. Düşen birey anksiyete, depresyon, düşme korkusu gibi psikolojik problemler yaşayabilmektedir. Düşme sonrası ciddi yaralanmalar hatta ölümler meydana gelebilmektedir. Hastanede yaşanan düşme olayları bireylerin klinikte yatış ve tedavi süresini uzatabilmektedir. Aynı zamanda düşmeler sağlık bakım harcamalarını artırabilmektedir.

Hasta düşmeleri tamamen önlenemese de alınacak önlemlerle en aza indirilebilir. Bu nedenle hemşirelere düşmelerin önlenmesi konusunda önemli sorumluluklar düştüğü söylenebilir. Hemşirelerin düşmeleri önleyebilmesi için öncelikle düşme olayının öneminin farkında olmaları ve alınacak önlemlerin etkinliğine inanmaları gerekir. Hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik pozitif tutumları düşmeleri azaltarak, bireyi ikincil yaralanma ve kazalardan koruyabilir. Ayrıca sunulan hemşirelik bakımının kalitesini artırarak, sağlık bakım maliyetlerini azaltabilir. Bu doğrultuda hemşirelerin düşmelerin önlenmesine yönelik tutumlarının belirlenmesinin oldukça önemli olduğu kaçınılmaz bir şekilde kabul edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nin”, hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu,
- Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nin 5 alt boyut ve 19 maddeden oluştuğu,
- Hemşirelerin, “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” puanının $80,41 \pm 8,94$ olduğu,
- Hemşirelerin, “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği’nden” en yüksek puanı *Koruyucu Önlemler* alt boyutundan ($32,76 \pm 3,23$), en düşük puanı ise *Risk Değerlendirme* alt boyutundan ($9,86 \pm 3,24$) aldığı,
- Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin, “Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği” toplam ve alt boyut puanını etkilediği belirlendi.
- Hemşireler ile yapılan fenomenolojik görüşmeler sonrasında; “*düşmelerin en sık görüldüğü gruplar, düşmeyi etkileyen faktörler, düşmelerin birey üzerine etkileri, düşmelerin önlenmesi için alınan önlemler, düşme sonrası yapılan girişimler ve düşme sonrası hemşirelerin hissettikleri duygular*” olmak üzere 6 tema ile 27 alt tema saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tutumlarının iyileştirilmesi ve bu konudaki farkındalıklarının artırılması için; lisans ve lisansüstü eğitim müfredatında hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik derslere ağırlık verilmesi,
- Hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine yönelik olarak düşmelerin önlenmesi ve alınacak önlemler hakkında hizmetiçi eğitimler düzenlenmesi,
- Hemşirelerin düşme olay bildirimi konusunda cesaretlendirilmesi,
- Düşme riski belirleme ölçeklerinin tüm kliniklerde kullanılarak, yüksek risk taşıyan hastaların belirlenmesi ve yakından izlenmesi,

- Özellikle yüksek düşme riski taşıyan hasta ve yakınlarına düşmelerin önlenmesi konusunda bilgilendirmeler yapılması,
- Hemşire sayısının artırılarak iş yükünün azaltılması,
- Hemşirelerin diğer ekip üyeleri ile işbirliği yaparak, düşmelerin önlenmesine yönelik stratejiler geliştirmesi,
- Düşmelerin önlenmesine yönelik bireysel bakım planlarının hazırlanması,
- Hastanelerde kurum yöneticilerinin düşmeleri önleme programlarını uygulaması,
- Düşmelerin önlenmesinde hemşirelere önemli rol ve sorumluluk düştüğü için, hemşirelerin bu konudaki tutumlarını belirleyecek çalışmaların daha geniş örneklem grupları üzerinde yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AHRQ. (2022). <https://search.ahrq.gov/search?q=falls>. Erişim tarihi: 08.05.2021.
- Ahtisham, Y. and Jacoline, S. (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*. 8(2).
- Aksu, G., Eser, M. ve Güzeller, C.O. (2017). *Açımlayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları*. Ankara: I.B. Detay Yayıncılık. 1-40.
- Aktürk, Ü. ve İster, E.D. (2019). Some features of hospitalized elderly and effects of fall behavior on fall risk. *Medicine Science*. 8(3). 606-612.
- Ambrose, A.E., Cruz L. and Paul G. (2015). Falls and fractures: a systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*. 82(1). 85-93. ISSN: 0378-5122, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.035>.
- Anderson, C., Dolansky, M., Damato, E.G. and Jones, K.R. (2015). Predictors of serious fall injury in hospitalized patients, *Clin Nurs Res*. 24(3). 269-283.
- Ardahan, M. ve Alp, F. (2015). Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2. 85-88.
- Asiri, F., ALMohiza, M.A., Faia Aseeri, M., Mehtab Alam, M., Ataalla, S.M., Alqahtani, M. and Alshahrani, A. (2018). Fall prevention knowledge and practice patterns among home healthcare professionals in Southern Saudi Arabia: an observational study. *Journal Of International Medical Research*. 46(12). 5062-5073.
- Ayre, C. and Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 47(1). 79-86.
- Baris, V.K., Intepeler, S.S. ve Yeginboy E.Y. (2016). The cost of serious patient fall-related injuries at hospitals in Turkey: a matched case-control study. *Clinical Nursing Research*. 27(2). 162-179.
- Bayraktar, E. ve Türk, G.(2021). Hasta düşmelerini önleyici hemşirelik girişimlerinin uygulanma durumu ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 12(2). 401-410.
- Bekelis, K., Missios, S. and Spinner, R.J. (2015). Falls and peripheral nerve injuries: an age-dependent relationship. *Journal of Neurosurgery JNS*. 123(5). 1223-1229, <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/123/5/article-p1223.xml> (Erişim Tarihi: 03.01.2023).
- Bernet, N.S., Everink, I.H., Schols, J.M., Halfens, R.J., Richter, D. and Hahn, S. (2022). Hospital performance comparison of inpatient fall rates; the impact of risk adjusting for patient-related factors: a multicentre cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 22(1). 1-14.

- Berry, S., Kiel, D. P., Schmader, K. and Sullivan, D. (2017). Falls: Prevention in nursing care facilities and the hospital setting. *UpToDate. Waltham (MA): UpToDate.*
- Bowden, V., Bradas, C. and McNett, M. (2019). Impact of level of nurse experience on falls in medical surgical units. *Journal of Nursing Management.* 27(4). 833-839.
- 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.
- Byrne, E. and Bury, G. (2018). Barriers to the medication error reporting process within the Irish national ambulance service, a focus group study. *Irish Journal of Medical Science.* 187(4). 867-871.
- Callis, N. (2016). Falls prevention: identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research.* 29. 53-58.
- CDC. (2022). <https://www.cdc.gov/falls/facts.html>. (Erişim Tarihi:19.10.2020).
- Cho, M.Y. and Jang, S.J. (2020). Nurses' knowledge, attitude, and fall prevention practices at south korean hospitals: a cross-sectional survey. *BMC Nursing.* 19(1). 1-8, <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00507-w>.
- Choi, A.S. and Oh, P.J. (2013). A study on self-leadership, fall attitude, and nurses' behavior to prevent patient falls. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration.* 19(3). 394-403, <https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.3.394>.
- Chu, R. Z. (2017). Preventing in-patient falls: The nurse's pivotal role. *Nursing 2022.* 47(3). 24-30.
- Collerton, J., Kingston, A., Bond, J., Davies, K., Eccles, M. P., Jagger, C. and Newton, J. L. (2012). The personal and health service impact of falls in 85 year olds: cross-sectional findings from the newcastle 85+ cohort study. *Plos One.* 7(3). e33078.
- Cozart, H.C.T. and Cesario, S.K. (2009). Falls aren't us: state of the science. *Critical Care Nursing Quarterly.* 32(2). 116-127.
- Çakır, A. D. ve Büyükyılmaz, F. (2020). İtaki düşme ölçeği: bağımsız gözlemciler arası uyum çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 9(1). 1-7.
- Çekmez E., Yıldız C. ve Bütün S.P. (2012). Phenomenographic research method. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED).* 6(2)-77-102.
- Çetinkaya, A. ve Özsoy, S. (2021). *Nitel Araştırma Hemşirelik Alanından Örnekler.* Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Çiçek Korkmaz, A. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi.* 6(1). 10-19.
- Çubukçu, M. (2018). Evde bakım alanlarda düşme riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 22(2). 50-57.

- De Souza, A.B., Röhsig, V., Maestri, R.N., Mutlaq, M.F.P., Lorenzini, E., Alves, B.M. and Gatto, D.C. (2019). In hospital falls of a large hospital. *BMC Research Notes*. 12(1). 1-3. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4318-9>.
- Dhar, M., Kaeley, N., Mahala, P., Saxena, V. and Pathania, M. (2022). The prevalence and associated risk factors of fear of fall in the elderly: a hospital-based, cross-sectional study. *Cureus*. 14(3).
- Domer, G., Gallagher, T. M., Shahabzada, S., Sotherland, J., Paul, E. N., Kumar, K. N., ... and Kaur, P. (2021). Patient safety: preventing patient harm and building capacity for patient safety. *In Contemporary Topics in Patient Safety*.1.
- Duman, S. ve Kitiş, Y. (2013). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*. 11(2). 72-79.
- Eagly, A.H. and Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*. 25(5). 582–602. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.582>
- Ek, S., Rizzuto, D., Fratiglioni, L., Johnell, K., Xu, W. and Welmer, A.K. (2018). Risk profiles for injurious falls in people over 60: a population-based cohort study. *The Journals Of Gerontology: Series*.73(2). 233-239. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx115>.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Latouche, A., Aegerter, P., Charles, M.A. and Dargent-Molina, P. (2015). Effectiveness of two year balance training programme on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: ossébo randomised controlled trial. *Bmj*. 351.
- Enderlin, C., Rooker, J., Ball, S., Hippensteel, D., Alderman, J., Fisher, S.J. and Jordan, K. (2015). Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications. *Geriatric Nursing*. 36(5). 397-406.
- Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* .30(3). 211-216.
- Erdem, Ö. ve Atay, S. (2018). Acil servise başvuran bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 5(2). 128-137.
- Erdoğan, S., Nahçıvan, N. ve Esin, M. (2014). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, uygulama ve kritik*. Nobel Tıp Kitabevleri. 190-230.
- Erkus, A. (2003). Psikometri üzerine yazılar. *Türk Psikologlar Dernegi Yayinlari*. 24. 34-72.
- Esin, M. N. (2014). *Veri Toplama Yontem ve Araclari & Veri Toplama Araclarinin Guvenirlik ve Gecerligi Hemsirelikte Arastirma: Surec, Uygulama ve Kritik*, Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 169-192.
- Eşkin Bacaksız, F., Taşkırıan Eskici, G., Uğuz, G. ve Harmancı Seren, A.K. (2020). Türkiye’de “Hasta güvenliği” konusunda son on yılda (2008-2017) yayımlanan ulusal çalışmaların

- değerlendirilmesi: bibliyografik bir inceleme. *Journal of Academic Research in Nursing*. 6(3). 523-537.
- Fallahi, A., Riahi, L. and Nikravan, A. (2021). The effect of falls on medical costs among elderly inpatient; a case-study in Iran. *Journal of Community Health Research*. 10(3). 251 -263.
- Fishman, J., Yang, C. and Mandell, D. (2021). Attitude theory and measurement in implementation science: a secondary review of empirical studies and opportunities for advancement. *Implementation Science*. 16(1). 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01153-9>.
- Foley, A.L., Loharuka, S., Barrett, J.A., Mathews, R., Williams, K., McGrother, C.W. and Roe, B. (2012). Leicestershire mrc inkontinans çalışmasından alınan verileri kullanarak geriatrik devler idrar kaçırma ve yaşlılarda düşmeler arasındaki ilişki. *Age and Aging*. 41(1). 35–40, <https://doi.org/10.1093/ageing/afr125>.
- Ganabathi, M., Mariappan, U. and Mustafa, H. (2017). Nurses' knowledge, attitude and practices on fall prevention in King Abdul Aziz Hospital, Kingdom of Saudi Arabia. *Nur Primary Care*. 1(5). 1-6.
- Gazibara, T., Kurtagic, I., Kisic-Tepavcevic, D., Nurkovic, S., Kovacevic, N., Gazibara, T. and Pekmezovic, T. (2017). Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. *Psychogeriatrics*. 17(4). 215-223.
- Geravandi, S., Sahebalzamani, M., Moghadam, F.A., Mehrpour, M., Yousefi, F., Ahangari, S. A.H. and Mohammadi, M.J. (2019). Refusing to report the medication errors observed in Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences during 2014–2015. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 7(4). 620-625.
- Ghosh, M., O'Connell, B. and Afrifa-Yamoah, E. (2022). A retrospective cohort study of factors associated with severity of falls in hospital patients. *Sci Rep*. 12. 12266 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16403-z>.
- Gillis, A. and Jackson, W. (2002). Research for nurses: Methods and interpretation. *FA Davis Company*.
- Gong, Y.(2022). Challenges and opportunities of patient safety event reporting. *Accident and Emergency Informatics*. 133-150.
- Gu, Y. Y., Balcaen, K., Ni, Y., Ampe, J. and Goffin, J. (2016). Review on prevention of falls in hospital settings. *Chinese Nursing Research*. 3(1). 7-10.
- Gürler, H., Bayraktar, N. ve Erdil, F. (2017). Cerrahi girişim uygulanan yaşlı bireylerde düşmelerin önlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics*. 3(2). 124-129.

- Haddock, G. and Maio, G. R. (2008). Attitudes: content, structure and functions. Hewstone, M., Stroebe, W. and Jonas, K.(Eds.): *Introduction to social psychology: A European perspective*. 112-133.
- Haines, T.P., Cornwell, P. And Fleming, J. (2008). Documentation of in-hospital falls on incident reports: Qualitative investigation of an imperfect process. *BMC Health Serv Res*. 8. 254. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-254>.
- Hammarberg, K., Kirkman, M. and de Lacey, S. (2016). Qualitative research methods: when to use them and how to judge them. *Human reproduction*. 31(3). 498-501.
- Han, Y., Kim, H. and Hong, H. (2020). The effect of knowledge and attitude on fall prevention activities among nursing staff in long-term care hospitals. *Open Journal of Nursing*. 10. 676-692. doi: 10.4236/ojn.2020.107048.
- Harrison, R., Sharma, A., Walton, M., Esguerra, E., Onobrakpor, S., Nghia, B. T. and Chinh, N. D. (2019). Responding to adverse patient safety events in Viet Nam. *BMC Health services research*. 19(1). 1-8.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American Journal of Nursing*. 62-68.
- Hill, A.M., Hoffmann, T., Hill, K., Oliver, D., Beer, C., McPhail, S., Brauer, S. and Haines T.P. (2010).Measuring falls events in acute hospitals-a comparison of three reporting methods to identify missing data in the hospital reporting system. *J Am Geriatr Soc*.58(7). 1347-52. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02856.x.
- Ibáñez, J. M. F., Ballesteros, M. D. C. M., Moreno, M. M., Sánchez, E. M., Arias, Á. A. and González, O. R. (2020). Uso de sujeciones físicas en relación con el riesgo de caídas en una residencia de ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(1), 3-10.
- Innab, A.M. (2022). Nurses' perceptions of fall risk factors and fall prevention strategies in acute care settings in Saudi Arabia. *Nurs Open*. 9(2). 1362-1369. doi: 10.1002/nop2.1182. Epub 2022 Jan 30. PMID: 35099122; PMCID: PMC8859041.
- Inceoğlu, M. (2010). *Tutum Algı İletişim*, 5. Baskı. İstanbul, Beykent Üniversitesi Yayınları. 13.
- James, K. M., Ravikumar, D., Myneni, S., Sivagnanam, P., Chellapandian, P., Manickaraj, R. G. J., ... and Surapaneni, K. M. (2022). Knowledge, attitudes on fall and awareness of hospitalized patient's fall risk factors among the nurses working in tertiary care hospitals. *AIMS Medical Science*. 9(2). 304-321. doi: 10.3934/medsci.2022013.
- Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, B., Kujawska-Danecka, H., Nowicka-Sauer, K., Chudiak, A., Dudek, K. and Rosińczuk, J. (2019). Assessment of frailty syndrome using Edmonton frailty scale in Polish elderly sample. *The Aging Male: The Official Journal of the International Society for the Study of the Aging Male*. 22(3). 177– 186. <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1450376>.

- Jebb, A. T. and Tay, L. (2017). Introduction to time series analysis for organizational research: Methods for longitudinal analyses. *Organizational Research Methods*. 20(1). 61-94.
- Jiang, Y., Xia, Q., Wang, J., Zhou, P., Jiang, S., Diwan, V. K. and Xu, B. (2019). Environmental risk factors associated with falls among older people living in long-term aged care facilities: a prospective study. *The Lancet*. 394. 23.
- Johnson, R.B. and Christensen, L. (2014). Educational Research Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches. Fifth Edition. United Kingdom: SAGE Publications Asia-Pacific Pte. Ltd.
- Joint Commission International (2022). <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>. (Erişim Tarihi:19.10.2020).
- Kara Kaşıkçı, M. ve Akın E. (2021). *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Kitapevi.
- Karaaslan, E., Tuna, A. ve Soylu, A. (2019). Öğrenci gözüyle özel bir hastanedeki hastaların düşme riski ve hemşirelik önlemleri. *Kahramanmarař Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*. 14(2). 52-56.
- Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kóltrünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 1(1). 9-18.
- Karakoç, F. Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 13(40). 39-49.
- Karlsson, M.K., Magnusson, H. and Schewelov, T. (2013). Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int*. 24. 747–762. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-2256-7>
- Kılıç, Ü., Gúdük, Ö., Gúdük, Ö. ve Okut G. (2021). Hemşirelik bakım göstergesi olarak hasta düşmelerinin değerlendirilmesi. *Erü Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi*. 8(2). 1-9.
- Kıbar, E., Aslan, D., Karakoç, Y. ve Kutsal, Y. G. (2015). Ankara'da bir kurumda yaşayan yaşlılar arasında düşme sıklığı, risk faktörleri ve korunmaya ilişkin yaklaşımlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 14(1).
- Kim, H. and Kollak, I. (2006). Nursing theories: Conceptual and philosophical foundations. *Springer Publishing Company*. 21.
- Kim, S. H. and Seo, J. M. (2017). Geriatric hospital nurses' knowledge, attitude toward falls, and fall prevention activities. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 19(2). 81-91.
- Kim, S.H. (2013) Fall, knowledge, attitude and fall prevention activities of nurses in elderly hospitals. *Master Thesis, Busan University, Busan*.

- Kim, Y. L. and Jeong, S. H. (2015). Effects of nursing interventions for fall prevention in hospitalized patients: A meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 45(4). 469-482.
- King, B., Pecanac, K., Krupp, A., Liebzeit, D. and Mahoney, J. (2018). Impact of fall prevention on nurses and care of fall risk patients. *The Gerontologist*. 58(2). 331-340. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw156>.
- Kobayashi, K., Imagama, S., Ando, K., Inagaki, Y., Suzuki, Y., Nishida, Y., ... and Ishiguro, N. (2017). Analysis of falls that caused serious events in hospitalized patients. *Geriatrics & Gerontology International*. 17(12). 2403-2406.
- Korkmaz, E. Hasta Güvenliğine Genel Bir Bakış. *Journal of Anatolian Medical Research*. 7(1). 23-29.
- 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.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 28(4). 563-575
- LeLaurin, J. H. and Shorr, R. I. (2019). Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *Clinics in Geriatric Medicine*. 35(2). 273-283.
- Liu, Y., Yang, Y., Liu, H., Wu, W., Wu, X. and Wang, T. (2020). A systematic review and meta-analysis of fall incidence and risk factors in elderly patients after total joint arthroplasty. *Medicine*. 99(50).
- Luzia, M.D.F., Almeida, M.D.A. and Lucena, A.D.F. (2014). Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014. 48: 632-640.
- Merriam, S. B. and Tisdell, E. J. (2015). Qualitative research: A guide to design and implementation. *John Wiley & Sons*.
- Mıdık, Ö. (2018). *Tutumun Ölçme ve Değerlendirmesi*. Balkan A, editör. Tıp Eğitiminde Ölçme ve Değerlendirme. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınları. p.19-26.
- Miake-Lye I.M., Hempel S., Ganz D.A. and Shekelle P.G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy. *Ann. Intern. Med.* 158:390–396. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005.
- Mikos, M., Banas, T., Czerw, A., Banas, B., Strzepak, Ł. and Curyło M. (2021). Hospital inpatient falls across clinical departments. *Int J Environ Res Public Health*. 2.18(15). 8167. doi: 10.3390/ijerph18158167.
- Moe, K., Brockopp, D., McCowan, D. and Merritt, S. (2015). Major predictors of inpatient falls: a multisite study. *J Nurs Adm.* 45(10). 498-502.
- Mollaoğlu, M., Fertelli, T. ve Özkan Tuncay, F. (2013). Dâhili kliniklerde yatan bireylerin düşme riski ve alınan önlemlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 12(1).

- Montejano-Lozoya, R., Miguel-Montoya, I., Gea-Caballero, V., Mármol-López, M.I., Ruíz-Hontangas, A. and Ortí-Lucas, R. (2020). Impact of nurses' intervention in the prevention of falls in hospitalized patients. *Int J Environ Res Public Health*. 20. 17(17). 6048. doi: 10.3390/ijerph17176048. PMID: 32825282; PMCID: PMC7504031.
- Moon, S., Chung, H.S., Kim, Y.J., Kim, S.J., Kwon, O., Lee, Y.G., Yu, J.M. and Cho, S.T. (2021). The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 19. 16(5). 0251711. doi: 10.1371/journal.pone.0251711.
- Morello, R.T., Barker, A.L. and Watts, J.J. (2015). The extra resource burden of in-hospital falls: a fall cost study. *Med J Aust*. 203 (9). 367. doi: 10.5694/mja15.00296.
- Morris, R. and O'Riordan, S. (2017). Hastanede düşmelerin önlenmesi. *Klinik Tıp*. 17 (4). 360.
- Morse, J.M., Tylko, S.J. and Dixon, H.A. (1987). Düşmeye eğilimli hastanın özellikleri. *Gerontolog*. 27. 516-22.
- Najafpour, Z., Godarzi, Z., Arab, M. And Yaseri, M. (2019). Risk factors for falls in hospital in-patients: a prospective nested case control study. *Int J Health Policy Manag*. 8(5). 300-306.
- National Database of Nursing Quality Indicators-NDNQI. <https://www.nm.org/search?terms=falls>. Erişim Tarihi: 19.05.2021.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). Assessment and prevention of falls in older people. Erişim Adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>. Erişim Tarihi: 19.05.2021.
- NCO. National Council on Aging. NCO <https://www.ncoa.org/article/chronic-conditions-and-fall-risk-cross-promoting-programs-across-continuum-of-care>. Erişim, 25 Aralık 2022.
- O'Rourke, N. and Hatcher, L. (2013). *Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Second Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Oersakul, B., Sirapo-ngam, Y., Strumpf, N.E. and Malathum P. (2011). Physical restrain use among hospitalized elderly Thais. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 15(2). 125-135.
- Oh, H.S. (2014). A study on the knowledge, attitude, and prevention activities of falls in nursing care workers for the elderly. *Master Thesis, Nambu University, Gwangju*.
- Oksel, E. (2018). Düşmeye hemşire bakışı ve değerlendirilmesi. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*. 1(4). 140-142.
- Özdamar, K. (2017). *Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Eskişehir: Nisan Kitabevi Yayınları.
- Özdemir Ürkmez, D., Özel, H. Ö., Sertoğlu, E., Çevik, L. Ç., Koç, S., Demiray, S. ve Cebeci, Z. (2015). Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta

- düşmelerine yönelik aldıkları önlemlerin değerlendirilmesi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 31(4). 184-188.
- Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 5(1). 60-68.
- Özmete, E. ve Aras S. (2018). *Yaşlıda Sık Görülen Durumlar-1 Geriatrik Sendromlar*. Ankara: Hedef SC Yayıncılık ve Mühendislik.
- Paliwal, Y., Slattum, P.W. and Ratliff SM. (2017). Chronic health conditions as a risk factor for falls among the community-dwelling us older adults: a zero-inflated regression modeling approach. *Biomed Res Int*. doi: 10.1155/2017/5146378.
- Peter, L., Elkin, Henry, C., Johnson, M.R. and David, C. (2016). Classen, Improving patient safety reporting with the common formats: Common data representation for Patient Safety Organizations. *Journal of Biomedical Informatics*. 64.116-121. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.020>.
- Petty, R. E., Briñol, P. and DeMarree, K. G. (2007). The Meta-Cognitive Model (MCM) of attitudes: Implications for attitude measurement, change, and strength. *Social cognition*. 25(5). 657-686.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. and Hall, A. (2021). *Potter & Perry's Essentials of Nursing Practice, Sae, E Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., Hall, A. and Peterson, V. (2019). *Clinical Companion for Fundamentals of Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Pthak, V., Jena, B. and Kalra, S. (2013). Qualitative research. *Perspect Clin Res*. 4(3). 192. doi: 10.4103/2229-3485.115389.
- Puszczalowska-Lizis, E., Mikulakova, W., Lizis, S., Koziol, K. and Omorczyk J. (2022). Relationships between the perception of footwear comfort and the fear of falls in people at the early period of old age. *Int J Environ Res Public Health*. 19(10):6267. doi: 10.3390/ijerph19106267.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017). Preventing of falls and reducing injury from falls. Erişim Adresi: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Preventing_Falls_FINAL_WEB.pdf. Erişim Tarihi: 20.04.2021.
- Resmi Gazete. (2009). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>. 15 Kasım 2018.
- Resmi Gazete. (2011). Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. URL:<http://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sakallı-Uğurlu, N. (2018). *Sosyal psikolojide tutumlar ve tutum değişimi*. Ankara: İmge Kitabevi.

- Sattar, S., Haase, K.R., Milisen, K., Campbell, D., Kim, S.J., Chalchal, H. and Kenis C. (2021). Oncology clinic nurses' attitudes and perceptions regarding implementation of routine fall assessment and fall risk screening: A survey study. *Can Oncol Nurs J.* 1;31(4):367-375. doi: 10.5737/23688076314367375.
- SaudiMOH. (2021). General Department of Nursing, Patient Falls Prevention And Management A Clinical Guideline For Nurses Agency for Therapeutic Services Ministry of Health Saudi Arabia February.
- SB. (2019). Güvenlik raprolama sistemi. <http://OBS.saglik.gov.tr/BM/UOBS.aspx>. Erişim tarihi:02.05.2021.
- Schwendimann, R., Bühler, H., De Geest, S. and Milisen, K. (2008). Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology.* 54(6). 342-8. doi: 10.1159/000129954.
- Seçer, İ. (2015). Psikolojik test geliştirme ve uyarılama süreci SPSS ve lisrel uygulamaları. Ankara: 1.B. Anı Yayıncılık. 65-76.
- Seren İntepeler, Ş. ve Dursun M. (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 15(2). 129-135.
- Shorr, R. I., Ahrentzen, S., Luther, S. L., Radwan, C., Hahm, B., Kazemzadeh, M., ... & Fischer, G. M. (2021). Examining the relationship between environmental factors and inpatient hospital falls: protocol for a mixed methods study. *JMIR research protocols.* 10(7). 24974.
- Silva, R. B., Eslick, G. D. and Duque, G. (2013). Exercise for falls and fracture prevention in long term care facilities: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association.* 14(9). 685-689.
- Stathopoulos, D., Ekvall, Hansson, E. and Stigmar K. (2021). Exploring the environment behind in-patient falls and their relation to hospital overcrowdedness-a register-based observational study. *Int J Environ Res Public Health.* 13.18(20).10742. doi: 10.3390/ijerph182010742.
- Tavşancıl, E. (2018). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- TDK. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim tarihi:02.05.2021.
- Tekin, H. (2016). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Yargı Yayınları.
- Tezcan, B. G. ve Karabacak, B. (2021). Klinik uygulamada sık kullanılan düşme riski tanılama ölçekleri. *JAREN.* 7(2). 105-112.
- The Joint Commission (TJC). (2015). Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. *Sentinel Event Alert.* 55.

- Toren, O. and Lipschuetz, M. Hastanelerde düşme önleme-yeni bir yaklaşım ihtiyacı bütünleştirici bir makale. *Hemşire Bakımı Açık Erişim J.* 2017. 2(3):93-96. DOI: 10.15406/ncoaj.2017.02.00040.
- Toyabe, S. (2015). Characteristics of inpatient falls not reported in an incident reporting system. *Glob J Health Sci.* 25.8(3).17-25. doi: 10.5539/gjhs.v8n3p17.
- Trinh, LTL., Assareh, H., Ahşap, M., Addison-Wilson, C. and Sathiyaseelan, Y. (2020). Falls causing injury in the hospital. *Journal of Quality in Health.* 42(1). 1-11. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000179
- Turhan, B. ve Unalan, D. (2022). Hasta düşmelerinin sıklığının kök neden analizi ile incelenmesi: Kayseri Şehir Hastanesi örneği. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi.* 5(2). 26-38.
- Turner, K., Bjarnadottir, R., Jo, A., Repique, R. J. R., Thomas, J., Green, J. F. and Staggs, V. S. (2020). Patient falls and injuries in US psychiatric care: Incidence and trends. *Psychiatric Services.* 71(9). 899-905.
- Tzeng, H. M. and Yin, C. Y. (2013). Frequently observed risk factors for fall-related injuries and effective preventive interventions: A multihospital survey of nurses' perceptions. *Journal of Nursing Care Quality.* 28.(2). 130–138. 10.1097/NCQ.0b013e3182780037.
- Ülkü H.H. ve Türk, G. (2019).Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 6(3). 141-148.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık&hastalık, hemşirelik. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 1(1). 11-28.
- Vu, H.M., Nguyen, L.H., Nguyen, H.L.T., Vu, G.T., Nguyen, C.T., Hoang, T.N., Tran, T.H., Pham, K.T.H., Latkin, C., Xuan Tran, B., Ho, C. and Ho, R.C.M. (2020). Individual and environmental factors associated with recurrent falls in elderly patients hospitalized after falls. *Int J Environ Res Public Health.* 3.17(7).2441. doi: 10.3390/ijerph17072441.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L. and Lenz, E.R. (2010). *Measurement in nursing and health research.* Fourth Edition. 620-625.
- Wang, L., Zhang, L., Roe, E., Decker, S., Howard, G., Luth, A., ... and Whitman, B. (2022). The perceived knowledge of fall prevention in nurses working in acute care hospitals in china and the united states. *Journal of Patient Safety.* 18(2). e580-e584.
- DSÖ. (2014). Reporting and Learning Systems for Medication Errors: The Role of.
- DSÖ. Falls (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>. (Erişim Tarihi:19.10.2020).
- Wilson, D. S., Montie, M., Conlon, P., Reynolds, M., Ripley, R. and Titler, M.G. (2016). Nurses' perceptions of implementing fall prevention interventions to mitigate patient-specific fall risk factors. *Western Journal of Nursing Research.* 38(8). 1012–1034. 10.1177/0193945916644995.

- Yaşar, G. ve Türk, G. (2018). Hasta düşmelerinde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 1(1). 15-20.
- Yılmaz, İ. G. ve Ünal, B. (2021). Kapalı psikiyatri kliniğinde düşme bildirimlerinin geriye dönük incelenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*.
- Yılmaz, S. ve Khorshid, L. (2019). Yaşlı hastalarda düşmeler ve risk faktörleri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 4(3). 117-121.
- Yoo, K. S. (2017). Knowledge, attitude and prevention activities related to fall among of geriatric hospital nurse. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 31(3). 436–450. <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2017.31.3.436>.
- Yurdabakan, İ. ve Çüm S.(2017). Davranış bilimlerinde ölçek geliştirme (açıklayıcı faktör analizine dayalı). *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 11(2). 108-126.
- Yves, M. Galvão, J.F., Vinícius, A. Albuquerque, Pablo Barros, Bruno J.T. and Fernandes, A. (2020). Multimodal approach using deep learning for fall detection. *Expert Systems with Applications*.168.
- Zhao, Y. and Kim, H. (2015). Older adult inpatient falls in acute care hospitals: intrinsic, extrinsic, and environmental factors. *Journal of Gerontological Nursing*. 41(7). 29-43.

EKLER

Ek 1: Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
3. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
4. Eğitim durumunuz: () Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
5. Mesleğinizi seviyor musunuz? () Evet () Hayır () Kısmen
6. Mesleğinizi isteyerek mi tercih ettiniz? () Evet () Hayır
7. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?.....
8. Hangi serviste çalışıyorsunuz?.....
9. Halen çalışmakta olduğunuz serviste kaç yıldır görev yapıyorsunuz?
10. Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:.....
11. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....
12. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?.....
13. Çalışma şekliniz: () Vardiyalı () Sürekli gündüz () Sürekli gece () Diğer belirtiniz:
14. Çalıştığınız serviste düşme riskini değerlendirmek için ölçek kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır
15. Cevabınız evet ise hangi düşme riski değerlendirme ölçeğini kullanıyorsunuz?
() Hendrich II () İtaki () Diğer.....
16. Çalıştığınız klinikte düşme riski olan hastalar için belirteç kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır
17. Çalıştığınız klinikte düşmeleri önlemek için fiziksel tespit yapılıyor mu?
() Evet () Hayır
18. Bakım verdiğiniz hastalarınız ile ilgili düşme durumu deneyimlediniz mi?
() Evet () Hayır
19. Cevabınız evet ise daha önce kaç kez hasta düşmesiyle karşılaştınız?.....
20. Bakım verdiğiniz hastanızın düşme durumu sonrasında ne/neler yaptınız?.....
21. Sizce bakım verdiğiniz hastalarınızın düşmesine neden olan faktör/faktörler nelerdir?.....
22. Hastalarda düşmelerin önlenmesine yönelik olarak eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır
23. Hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik ne/neler yapılmasını önerirsiniz?.....

Ek 2: Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği Taslağı

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Düşme riski ve düşme öyküsü olan hastaları daha sık gözlemlemenin önemli olduğunu düşünüyorum.					
2. Düşme riski yüksek olan hastalara, bireyselleştirilmiş bakım planı hazırlanması gerektiğine inanıyorum.					
3. Klinikte hastaların duyuşsal bozukluk (görme, işitme vb.) durumunun değeriendirilmesi düşmeyi önlemek açısından önemlidir.					
4. Düşme riski yüksek olan hastaları, klinikte daha iyi gözlemleyebileceğim bir odaya konumlandırmaya özen gösteririm.					
5. Düşme riski yüksek olan hastaların yatağını, düşük seviyede tutmaya dikkat ederim.					
6. Düşme riski yüksek olan hastaların odasına belirteç (dört yapraklı yonca veya düşen insan figürü) asılmasını önemserim.					
7. Bakım ve tedavisini üstlendiğim hastaların düşme riskini değeriendirmeye dikkat ederim.					
8. Hastalar kliniğe ilk geldiğinde uygun ölçekler kullanılarak, hastaların düşme riskleri belirlenmelidir.					
9. Hastalar kliniğe ilk geldiğinde fiziksel çevre tanıtılmalıdır.					
10. Düşme sonrası hastalarda, düşmeye neden olan faktörlerin değeriendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
11. Klinikte hasta düştüğünde, olay bildiriminde bulunmanın bir zorunluluk olduğunu düşünüyorum.					
12. Klinikte hasta düşmelerini önlemek için klinik rehberlere ve kanıta dayalı uygulamalara yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
13. Klinikte düşme riski yüksek olan hastaların yanında, bir yakınının bulunması gerektiğini düşünüyorum.					
14. Hastanın sık kullandığı malzemelerin (yürüteç, gözlük, işitme cihazı vb.) hastaya yakın olmasına özen gösteririm.					
15. Hemşirelere düşmelerin önlenmesine yönelik hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
16. Hasta düşmelerinin ekip çalışması ile önenebileceğini düşünüyorum.					
17. Hemşirelik eğitiminde, hasta güvenliği konusunun daha fazla vurgulanması gerektiğini düşünüyorum.					
18. Hastanın mobilizasyonu sırasında yanında olmaya dikkat ederim.					

19. Hastaların düşmesini önlemek için IV kateter / üriner kateter/ dren vb. ekipmanların güvenliğini sağlamaya özen gösteririm.					
20. Güçsüzlük, yürüme ya da denge bozukluğu olan hastalarda düşmeyi önlemek için yatak içi egzersiz planlanmasının önemli olduğunu düşünüyorum.					
21. Düşme riski yüksek olan hastalarda, yatak kenarlıklarının kapalı olmasının önemi hasta ve yakınlarına açıklanmalıdır.					
22. Hasta odasından gelen çağrı ziline sesini duyar duymaz hastanın yanına giderim.					
23. Hasta odalarındaki çağrı ziline çalışır durumda olmasına özen gösteririm.					
24. Hasta yakınlarını, hastalarının durumundaki değişiklikleri hemşirelere bildirmeleri konusunda bilgilendirmeye özen gösteririm.					
25. Hasta ve yakınlarını düşme nedenleri ve düşmelerin önlenmesi konusunda bilgilendirmeye dikkat ederim.					
26. Düşme riski yüksek olan hastaların oda kapısının açık olmasına özen gösteririm.					
27. Düşme riski yüksek olan hastaların gece lavaboya yalnız gitmemeleri gerektiği konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.					
28. Banyo sırasında hastanın güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.					
29. Düşmeleri önlemek için ihtiyaç duyulduğunda, hastalara fiziksel tespit uygulanabileceğini düşünüyorum.					
30. Klinikte zeminin ıslak ve kaygan olmamasına dikkat ederim.					
31. Klinikte zemin ıslak olduğunda kaygan zemin uyarı levhası kullanılmasını önemserim.					
32. Hasta odalarındaki eşyaların düzenli bir şekilde yerleştirilmiş olmasına özen gösteririm.					
33. Hasta odasının yeterli düzeyde aydınlatılmış olmasını önemserim.					
34. Klinikte araç gereçlerin (sandalyelerin, yatakların, sedyelerin) çalışır durumda olmasına dikkat ederim.					
35. Hasta transferinde düşmelerin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin (kenarlıkların kaldırılması, sabitleme, belirteç kullanımı) alınmış olmasına özen gösteririm.					
36. Başka kliniğe transfer edilen hastalarda, hastanın düşme riski konusunda klinik hemşiresinin bilgilendirilmesini önemserim.					
37. Yaşam bulguları stabil olmayan hastaların düşme riski yönünden daha sık gözlenmesini önemserim.					
38. Kliniklerin koridor, banyo ve tuvaletlerinde hastalar için tutunma barlarının bulunmasının önemli olduğunu düşünüyorum.					
39. Düşme riski olan hastaya, yataktan yalnız kalkmaması gerektiğini belirtirim.					

40. Çalıştığım klinikteki hasta düşmelerini analiz ederim.					
41. Hasta düşmesini önleyici stratejiler geliştirmede görev almak isterim.					
42. Boşaltım ihtiyacı fazla olan hastaların daha sık gözlemlenmesini öneririm.					
43. Hastanın düşme durumunu algılayan yatak sensörlerinin kullanılması gerektiğini düşünüyorum.					
44. Hareket kısıtlılığı olan hastaların düşme riski açısından yakından takip edilmesi önemlidir.					
45. Klinik deneyimi fazla olan hemşirelerin düşmelerin önlenmesinde daha yetkin olduklarını düşünüyorum.					
46. Klinikteki tüm hastaların düşme riski yönünden etkin bir şekilde izlenmesinin mümkün olmadığını düşünüyorum.					
47. Klinikte düşmelerin önlenmesine yönelik sorumluluklarımı yerine getirdiğime inanıyorum.					
48. Hasta düşmelerinin çoğunun önlenabilir olduğunu düşünüyorum.					
49. Hasta düşmelerinin önlenmesinin, hemşirenin görevi olduğunu düşünüyorum.					
50. Hasta düşmelerinin, hasta güvenliğine yönelik önlemlerin yeteri kadar alınmamasının bir sonucu olduğunu düşünüyorum.					
51. Bakım verdiğim hastanın düşmesi durumunda kendimi suçlu hissedebilirim.					
52. Hastanelerde hasta düşmelerinin kaçınılmaz bir durum olduğunu düşünüyorum.					
53. Düşme riski yüksek olan hastalara bakım vermektan çekinirim.					
54. Klinikte bakım verdiğim hasta düşerse, bu durumun iş yükümü artıracığını düşünüyorum.					
55. Hasta düşmelerinin önlenmesinin hemşirelerin etik bir sorumluluğu olduğunu düşünüyorum.					
56. Düşme sonrası, hastalarda fiziksel bir yaralanma olmadığı sürece olay bildiriminde bulunmanın gerekli olmadığını düşünüyorum.					
57. Düşme riski yüksek olan hastalara çağrı zili kullanımının önemini belirtirim.					
58. Bağımsız olarak boşaltım ihtiyacını karşılayamayan ve düşme riski yüksek olan hastalara gerekli malzemelerin (sürgü, ördek) kullanılması konusunda yardımcı olmayı önemserim.					
59. Hasta, düşmeyi engellemek amacıyla temin edilen araç-gereci (walker, yürüteç vb.) kullanmayı reddederse bu durumu rapor etmekten çekinmem.					
60. Nöbet devir teslimlerinde düşme riski yüksek olan hastaların sözel olarak rapor edilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
61. Hasta düşmelerinin önlenmesinde hastane yönetiminin ve servis sorumlu hemşirelerinin önemli sorumlulukları olduğunu düşünüyorum.					

62. Klinikteki hasta düşmelerinin nedenlerinin birim düzeyinde tartışılması gerektiğini düşünüyorum.					
63. Hasta düşmelerinin tıbbi bir hata olduğunu düşünüyorum.					



Ek 3. Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları Ölçeği

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Koruyucu önlemler					
1. Düşmeleri önlemek için ihtiyaç duyulduğunda, hastalara fiziksel tespit uygulanabileceğini düşünüyorum.					
2. Hasta transferinde düşmelerin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin (kenarlıkların kaldırılması, sabitleme, belirteç kullanımı) alınmış olmasına özen gösteririm.					
3. Hasta ve yakınlarını düşme nedenleri ve düşmelerin önlenmesi konusunda bilgilendirmeye dikkat ederim.					
4. Banyo sırasında hastanın güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.					
5. Düşme riski yüksek olan hastalarda, yatak kenarlıklarının kapalı olmasının önemi hasta ve yakınlarına açıklanmalıdır.					
6. Hasta yakınlarını, hastalarının durumundaki değişiklikleri hemşirelere bildirmeleri konusunda bilgilendirmeye özen gösteririm.					
7. Düşme riski yüksek olan hastaların gece lavaboya yalnız gitmemeleri gerektiği konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.					
Risk değerlendirme					
8. Klinikteki tüm hastaların düşme riski yönünden etkin bir şekilde izlenmesinin mümkün olmadığını düşünüyorum.					
9. Hastanelerde hasta düşmelerinin kaçınılmaz bir durum olduğunu düşünüyorum.					
10. Düşme riski yüksek olan hastalara bakım vermektan çekinirim.					
Düşmelerin Önlenmesi					
11. Hasta düşmesini önleyici stratejiler geliştirmede görev almak isterim.					
12. Hasta düşmelerinin önlenmesinde hastane yönetiminin ve servis sorumlu hemşirelerinin önemli sorumlulukları olduğunu düşünüyorum.					
13. Klinikteki hasta düşmelerinin nedenlerinin birim düzeyinde tartışılması gerektiğini düşünüyorum.					
Olay bildirim ve Raporlama					
14. Düşme riski yüksek olan hastalara, bireyselleştirilmiş bakım planı hazırlanması gerektiğine inanıyorum.					
15. Klinikte hasta düştüğünde, olay bildiriminde bulunmanın bir zorunluluk olduğunu düşünüyorum.					
16. Klinikte hasta düşmelerini önlemek için klinik rehberlere ve kanıta dayalı uygulamalara yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
Bakımı planlama					
17. Hasta düşmelerinin çoğunun önlenebilir olduğunu düşünüyorum.					
18. Hasta düşmelerinin önlenmesinin, hemşirenin görevi olduğunu düşünüyorum.					
19. Hasta düşmelerinin önlenmesinin hemşirelerin etik bir sorumluluğu olduğunu düşünüyorum.					

Ek 4. Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi



Ek 5. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi



Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul İzni



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
27.11.2020	10	2020/755

KARAR NO:
2020/755

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora öğrencisi Esra ÖZBUDAK' ın Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmalığında "Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" isimli Doktora Tezine ilişkin anket çalışmasını içeren 39258 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora öğrencisi Esra ÖZBUDAK' ın Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmalığında "Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" isimli Doktora Tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek 7. Kurum Araştırma İzinleri



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma
İzni-Öğr.Gör.Esra ÖZBUDAK

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Reşadiye Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Bölümü)

İlgi : Öğr.Gör.Esra ÖZBUDAK 'ın 21/01/2021 tarihli dilekçesi

Üniversiteniz Reşadiye Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Bölümü Öğretim Görevlisi Esra ÖZBUDAK'ın 25.02.2021-25.02.2022 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürlüğünde görevli Hemşirelere yapmayı planladığı "Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" isimli doktora tez çalışması Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları İnceleme Komisyonunca incelenmiş oy birliği ile ; COVID-19 pandemi önlemleri alınarak (sosyal mesafe, koruyucu ekipman kullanımı, anket uygulamasının 10 dakika süresini aşmaması) yapılması uygun görülmüştür. Komisyon Karar tutanağı ekte hem dijital hemde posta yolu ile gönderilmiş olup; çalışmanın yapılacağı bağlı birimimiz ile gerekli yazışmalar yapılmıştır. Bu bağlamda; komisyon karar tutanağının ilgili personele tebliği hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- Komisyon Karar Tutanağı-Esra ÖZBUDAK
2- Komisyon Karar Tutanağı aslı (Kapalı Zarf)

Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hoca Ahmet Mh. Mesur GÜRGENÇ cd.

Bilgi için: Serhan ÖZELCE

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

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.01.2021-7915



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :E-21979232-020-7915
Konu :Çalışma İzni

Sayın Öğr. Gör. Esra ÖZBUDAK
Öğretim Görevlisi

İlgi : , 20.01.2021 tarihli ve bila sayılı yazı.

İlgi başvuruda bahsi geçen "Hemşirelerin Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Tutumları: Bir Ölçek Geliştirilme çalışması" başlıklı çalışmanızın online olarak yapılması uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nihat ULUOCAK
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BEZPKHPLH Pin Kodu :35332

Belge Takip Adresi :
https://oby1.gop.edu.tr/en/Vision/Validate_doc.aspx?V=BEZPKHPLH

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Erek Yarıleşesi Merkez Tokat

Bilgi için: Elif Mızman

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.'n Evrak doğrulaması (VALURL) adresinden yapılabilir.

Ek 8. Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	Amasya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Asuman ŞENER	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Selin Keskin KIZILTEPE	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Dr. Tuğba ÇINARLI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Cansev BAL	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Uzm. Hem. Dr.Dilek KIYMAZ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Doktora Öğrencisi
Öğr. Gör. Gülşah KAYA	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Esra DANACI	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Nida KIYICI	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr. Zeynep SAĞLAM	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Yasemin ÖZYER	Sinop Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZ GEÇMİŞ

Esra ÖZBUDAK ilk, orta, lise ve üniversite öğrenimini Çorum'da tamamladı; 2013 yılında Hitit Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Aynı yıl Kastamonu Bozkurt İlçe Devlet Hastanesi'ne hemşire olarak atandı. 2016 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Reşadiye Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Bölümü'nde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2021 yılında Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaya devam etti. Halen bu görevine devam ettirmektedir. Aynı zamanda 2018 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda başlamış olduğu doktora eğitimini sürdürmektedir.

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0003-2622-7863

Yayınlar:

1. Ozbudak, E. and Koc, Z. (2021). Determination of nursing students' attitudes towards preventing falls and approaches to reporting incidents. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. (13). 046-056.
2. Ozbudak, E. and Koc, Z. (2021). The effects of nursing students' approaches to team work on their attitudes towards patient safety. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. (13). 057-070.