

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOCUK HASTALARDA DÜŞME RİSKİ VE**  
**HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİ**

*(Yüksek Lisans Tezi)*

**Devran ATALAY**

**Danışman**

**Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Kars 2018**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOCUK HASTALARDA DÜŞME RİSKİ VE**  
**HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİ**

*(Yüksek Lisans Tezi)*

**Devran ATALAY**

**Danışman**

**Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Kars 2018**

T.C.

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde **Devran Atalay** tarafından hazırlanmış olan **...Sarı... Hastalarda... Nüme**  
**Reaksi... ve... Hemşirelerin... Görüşleri** adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmenliği uyarınca değerlendirilerek oy **...birliği...** ile **...kabul** edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/05/2018

**Adı Soyadı:**

**Başkan:** Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN

**İmza:**



Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../... gün ve ..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

**Enstitü Müdürü**

Doç Dr. Duygu KAYA

**İÇİNDEKİLER**

<b>SİMGELER VE KISALTMALAR .....</b>	<b>IV</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>V</b>
<b>ÖNSÖZ.....</b>	<b>VI</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>VII</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>VIII</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Düşmenin Tanımı .....	3
2.2. Hasta Güvenliği Çalışmalarında Düşmenin Önemi.....	3
2.3. Çocuklarda Düşme Riskini Etkileyen Etmenler.....	5
2.4. Düşme Riskinin Belirlenmesi.....	9
2.5. Düşmenin Komplikasyonları.....	10
2.6. Çocuklarda Düşme Risk Düzeyinin Belirlenmesi.....	11
2.7. Düşmenin Önlenmesi.....	13
2.8. Düşmeyi Önlemede Hemşirenin Rolü.....	14
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>17</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	17

3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	17
3.5. Veri Toplama Araçları.....	17
3.6. Verilerin Toplanması.....	19
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	19
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	20
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği.....	20
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>21</b>
<b>5. TARTIşMA.....</b>	<b>34</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>40</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>42</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>51</b>
<b>9. ÖZGEÇMİş .....</b>	<b>62</b>

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

Uluslararası Birleşik Sağlık Komisyonu (Joint Commission International)	<b>JCI</b>
Sağlık Bakım Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)	<b>JCAHO</b>
Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Foundation)	<b>NSPF</b>
Behçet Uz Çocuk Hastanesi	<b>BUÇH</b>
Sağlıkta Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)	<b>AHRQ</b>
Dünya Sağlık Örgütü	<b>DSÖ</b>
Ulusal Güvenlik ve Kalite Hizmet Standartları (National Safety and Quality Health Service Standards)	<b>NSQHS</b>

**TABLolar DİZİNİ**

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistik Testler	19
<b>Tablo 2.</b> Çalışmada Kullanılan Ölçeğin İç Geçerliliğinin İncelenmesi	20
<b>Tablo 3.</b> Çocukların Özelliklerine Göre Dağılımı	21
<b>Tablo 4.</b> BUÇH II Skorlarının Dağılımı	22
<b>Tablo 5.</b> Çocukların Özelliklerine Göre Düşme Riskleri	23
<b>Tablo 6.</b> Hemşirelerin Özelliklerine Göre Dağılımı	24
<b>Tablo 7.</b> Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşlerinin Dağılımı	25
<b>Tablo 8.</b> Eğitim Düzeyine Göre Hemşirelerin Düşme Riskini Önlemeye Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması	28
<b>Tablo 9.</b> Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşlerine Göre Çalışma Süre Ortalamalarının Karşılaştırılması	32

## ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde, eğitimime büyük katkıları olan ve benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR'e, tezimin değerlendirilmesinde değerli görüş ve katkılarından dolayı kıymetli hocalarım Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ'ye ve Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN'e, bugünlere gelmemde en büyük payı olan ve hayatımın tüm aşamalarında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim süresince de bana sevgi ve desteklerini bir an dahi bile eksik etmeyen ve bana sabırlarını sunan sevgili aileme ve beni sürekli teşvik edip destekleyen arkadaşlarım Serdar ÖZKILIÇ, Kübra YILDIRIM, Damla GÖKDENİZ ve Ruken EFE'ye teşekkür ederim.





**ÖZET****ÇOCUK HASTALARDA DÜŞME RİSKİ VE HEMŞİRELERİN  
GÖRÜŞLERİ**

Bu araştırma, çocuk hastalarda düşme riskini değerlendirmek ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki araştırmanın evrenini, Kars ili Harakani Devlet Hastanesi ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan 0-18 yaş arası çocuklar (S:161) ve bu kliniklerde çalışan hemşireler (S: 60) oluşturmuştur. Veriler; "Çocuk Düşme Riski Değerlendirme Formu", Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "BUÇH II Düşme Riski Tanılama Ölçeği" ile toplanmıştır. Araştırma verileri SPSS for Windows 20 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin yorumlanmasında ise frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma hesaplanmış ve  $\chi^2$ , t testi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Çocukların %41.6'sında BUÇH II skoruna göre düşme riski vardır ve ortalama düşme riski puanı  $5.06 \pm 1.04$ 'dür. Erkek çocukların, 1-6 yaş grubunda olanların, oryantasyon sorunu olmayanların, ebeveyni yanında olanların, sedasyon almayanların ve mobilizasyonda kısıtlaması olmayanların düşme riski taşıma oranları daha yüksektir. Hemşirelerin %58.3'i çocuklardaki düşmelerin mesleki bir hata olduğunu %90'ı hemşirenin çocuklardaki düşmelerin önlenmesi ile ilgili sorumluluğu olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin %96.7'si her çocuğun düşme riski yönünden değerlendirilmesi gerektiğini, %85'i çalıştığı klinikte her çocuğu düşme riski açısından değerlendirdiğini ve %78.3'ü çalıştığı klinikte düşmeye yönelik yeterince önlem aldığını bildirmiştir. Çocuk hastaların önemli bir bölümü düşme açısından risklidir. Hastanede yatan tüm çocukların düşme risk düzeyleri uygun değerlendirme araçları kullanılarak belirlenebilir ve hemşirelerin düşmeyi önleme programları kapsamında yapılacak eğitimlerle konu hakkındaki farkındalıkları artırılabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk, düşme riski, hasta, hemşirelik

## SUMMARY

### DETERMINATION OF RISK OF FALLING IN PEDIATRIC PATIENTS AND VIEWS OF NURSES

This study was conducted to evaluate the risk of falling in pediatric patients and to determine the views of nurses in this regard. The population of the descriptive and cross-sectional study consisted of children aged between 0-18 years (N: 161) hospitalized in the services of Harakani State Hospital and Kafkas University Health Research and Application Center in Kars province as well as nurses (N: 60) working in these services. The data were collected by using "Pediatric Fall Risk Assessment", "Information Form for Nurses" and "BUÇH II Fall Risk Scale". SPSS 20 program was used to analyze the data of the study. In the interpretation of the data, frequency, percentage, arithmetic mean, and standard deviation were calculated and  $\chi^2$ , t test, Kruskal Wallis, and Mann Whitney-U test were used. 41.6% of the children included in the study had a risk of falling according to the BUCH II score and the mean score of risk of falling was  $5.06 \pm 1.04$ . Those who were boys, 1-6 age group, had no orientation problems, were staying with their parents, non-sedated and are not restricted by mobility were more likely to have a risk of falling. 58.3% of the nurses considered that falls in children were a professional mistake and 90% thought that nurses had responsibility for the prevention of falls in children. Of the nurses, 96.7% stated that each child should be assessed in terms of risk of falling, 85% assessed each child in their service in terms of risk of falling, and 78.3% reported that they took adequate measures against falling in the service. A significant proportion of the pediatric patients were at risk for falls. It is recommended to determine the risk levels of falls in all hospitalized children using appropriate assessment tools and to raise the related awareness of nurses through trainings to be provided within the context of fall prevention programs.

**Key Words:** Child, fall risk, patient, nursing

## 1. GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı

Sağlıkta kalite programlarının önemli konularından birisi hasta güvenliğidir. Sağlık alanında hizmet sunan tüm sağlık çalışanları hasta güvenliğinin tehlikeye girdiği durumlarla karşılaşabilmektedir (Çırpı ve ark. 2009).Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde mesleki hataların önlenmesi ve tüm sistemin bu mesleki hataların yol açtığı yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılması için yeniden düzenlenmesidir (Türk Tabipler Birliği 2013).

Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Foundation-NSPF) tarafından hasta güvenliği;sağlık bakımıuygulanırken oluşabilecek kasıtsız kazalar veyaralanmalardan kaçınma, bu tür olayları önleme ve düzeltme amacıyla sağlık kurumlarında izlenen süreçler olarak tanımlanmaktadır (NSPF 2008).Hasta güvenliği kapsamı içindeki düşmelerin şiddeti ve sonuçları ölümcül olabilmektedir. Düşmelerin önlenmesi uluslararası hasta güvenliği hedeflerinden biri olup, hasta güvenliğini tehdit eden durumlar içinde yer almaktadır (JCAOH 2007, Uslu 2008).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) düşmeyi; 'kişinin istemeden yere veya bulunduğu düzeyin altına inmesi ile sonuçlanan olay' olarak tanımlamaktadır (WHO 2004).Düşme, kişinin kendi kendine bakabilme yeteneğini ve sosyal yaşama katılımını azaltan en önemli nedenlerden birisidir. Sağlıkta Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) verilerine göre Amerika'da bir yılda bir milyona yakın kişi düşme nedeni ile hastanelere başvurmaktadır. Düşme sonucunda: Hastada; kesikler, kırıklar veya iç organ kanaması gibi ciddi yaralanmalar meydana gelebilmektedir. Bunlara bağlı olarak, hastanın hastanede kalış süresi artmakta, hastaların fonksiyonel kapasiteleri azalmakta ve sağlık bakım maliyetleri ise yükselmektedir (AHRQ 2013, Schwendimann ve ark.2006).Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda hastanede yatan hastalarda düşme sonucu kırıklar ve yaralanmaların geliştiğini belirtilmiş ve bireylerin bu durum sonucunda ilave sorunlar yaşadığı bildirilmiştir (Lök 2010, Beyazay 2011, Naharcı ve Doruk 2009).

Gelişimsel özellikleri nedeniyle çocuklar, düşme yönünden en riskli gruplar arasındadır. Bunun nedeni; bedensel, nöromotor, duyuşsal, bilişsel ve psikososyal açıdan gelişimlerinin sürdürüyor olmalarıdır. Motor aktivitelerinin yeterli olmaması, dar görme alanları, denge sağlamalarındaki zorluk, sesleri lokalize etme yeteneklerinin az olması, reaksiyonlarının yavaş olması, aynı anda iki farklı uyarıyı algılayamamaları, büyükleri taklit etmeleri, araştırma ve öğrenme konularındaki merakları, uzaklık yakınlık algısı vesürekli hareket halinde olmaları çocukların kazalarla karşılaşmalarına neden olmaktadır (Çelik 2004). Düşmeye yol açan bu risk faktörlerinin her biri için alınacak önlemler ve bu konuda oluşturulan hemşirelik protokolleri ile düşme olaylarının ve düşmeye bağılı gelişen komplikasyonların engellenmesine çalışılmaktadır (Harvey ve ark. 2011). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılı Haziran ayından itibaren yürürlüğe giren hastanelerin Hizmet Kalite Performans puanını belirleyen “Hastane Hizmet Kalite Standartları’nda”, düşme riskinin tanılanması ve düşmeleri önlemeye yönelik tedbirlerin alınması konusu yer almaktadır. Buna göre düşme riski bulunan hastaların, Hasta Düşmelerini Önleme Prosedürlerine uygun önlemler alınmak şartıyla, Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formu’nun doldurulması sırasında risk alanları belirlenmeli, düşmelerin izlemi ve belirli aralıklarla analizleri yapılarak buna yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2017). Hasta düşmeleri önenebilir durumlardır. Sağlık kurumlarında, düşme olaylarının yaşanmaması için gerekli tüm önlemlerin alınması gereklidir. Hemşirelerin düşmeler açısından risk oluşturan durumların farkında olmaları ve düşmeye yönelik aldıkları önlemlerin belirlenmesi hasta güvenliği açısından önemlidir (Duman 2012). Bu gerçekler doğrultusunda yapılan araştırma, Kars ilindeki hastanelerdeki çocuk hastaların düşme risklerinin belirlenip, bu kliniklerde çalışan hemşirelerin düşmeyi önlemeye ilişkin farkındalıklarını, eğitim gereksinimlerini belirlemek ve bu konuda rehberlik edebilecek öneriler sunabilmek adına yapılmıştır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Çocuk hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi, hemşirelerin düşme riski ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Düşmenin Tanımı

“Düşmek” eylemi Türkçe sözlükte; yer çekiminin etkisiyle boşlukta, yukarıdan aşağıya inmek; durduğu, bulunduğu, tutunduğu yerden ayrılarak veya dayanağını, dengesini yitirerek yukarıdan aşağıya inmek şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu 2017). Uluslararası Birleşik Sağlık Komisyonu (Joint Commission International-JCI) düşmeyi, fiziksel bir yaralanmaya sebep olabilecek planlanmamış yere doğru ani hareket değişiklikleri olarak tanımlarken (JCI 2010), Fonda ve ark. (2006) ise; pozisyon değişimi sırasında bireyin, kazara yaptığı yere ya da diğer yüzeylere yönelmesi şeklinde belirtmiştir (Fonda ve ark. 2006). Düşme, şiddetli vurma ya da kasti yapılan hareketlerin dışında ani, kontrol edilmeyen, vücudun istemsiz bir şekilde bir yerden başka bir yere ya da diğer nesnelere doğru hareket etmesidir (Atıcılar 2011, Düşmeyi Engelleme Programı 2017).

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı hastanelerde yaşanan düşme olaylarını üç şekilde sınıflandırmaktadır.

**a. Kaza ile oluşan düşmeler;** çevresel faktörler (kaygan zemin olması,yetersiz aydınlatma vb.) veya teknik araç gereçten (idrar sondası, IVbağlantı vb.) kaynaklanan düşmelerdir. Tüm düşmelerin %14'ünü oluşturmaktadır.

**b. Tahmin edilebilen düşmeler;** gelişebileceği öngörülen, alınan tedavilere bağlı risk faktörleri yüksek olan hastaların düşmesidir. Tüm düşmeler içinde %78 oranında görülür.

**c. Tahmin edilemeyen düşmeler;** daha önceden bilinen bir risk faktörü olmaksızın meydana gelendüşmelerdir. Tüm düşmeler içinde %8 oranında görülür. (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı 2017).

### 2.2. Hasta Güvenliği Çalışmalarında Düşmenin Önemi

Son yıllarda, sağlık bakım kalitesinin artırılması kapsamında ele alınan güncel veönemli konulardan birihasta güvenliğidir. NPSF tarafından hasta güvenliği, sağlık bakımı esnasında istenmeyen olaylardan ve yaralanmalardan kaçınma ve bu tür durumları önleme amacıyla izlenen süreçler olarak, tanımlanmaktadır (NPSF

2008). Hasta güvenliği, hasta odaklı çalışarak hastanın sağlık hizmetini alırken hiçbir zarar görmemesini sağlamaktır (JCI 2010). Hasta güvenliği konuları tüm sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin aldığı önlemlerle engellenebilir olan durumlardır. Sağlık bakım ortamında oluşabilecek hatalardan en çok etkilenen birey hastadır. Hastalarda meydana gelen zarar sadece hastanın bireysel sağlık durumu ile sınırlı kalmayıp genelde sağlık bakım maliyetini de artırmaktadır (Saray Kılıç ve ark 2014). Hasta güvenliğini tehdit eden çeşitli faktörler vardır;

- **Sağlık çalışanlarına ait faktörler;** yorgunluk, eğitim yetersizliği, yeterli özen göstermeme, alınabilecek önlemleri ihmal etme, dikkatsizlik, iletişim eksikliği.
- **Kuruma ait faktörler;** hastanenin fiziki koşullarındaki yetersizlikler, uygulanan yanlış politikalar, idari/finansal yetersizlikler, yöneticilerin görevlerini yeterince bilmemesi, denetlemedeki eksiklikler, görevli çalışanların işe yabancı oluşu.
- **Teknik faktörler;** yetersiz, eksik ve uygun olmayan ekipmanlar, gürültü vb. (Akalin 2005).

Birleşik Sağlık Komisyonu'nun, Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri olarak adlandırdığı hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyen durumlara karşı oluşturulan çeşitli hedefler bulunmaktadır. Bu hedefler arasında, "Düşme riskinin azaltılması" hususu yer almaktadır (JCI 2014). Düşmelerin önlenmesi Ulusal Güvenlik ve Kalite Hizmet Standartları (National Safety and Quality Health Service Standards- NSQHS) kapsamında da yer almaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunan kurumların düşmeleri önleme amacına yönelik olarak kontrol sistemlerinin olması gerektiği vurgulanmıştır (NSQHS 2012).

Düşmeler, hareket kaybının ve yaralanmaların başlıca nedenidir. Düşmeler, hastalarda ciddi yaralanmalar oluşturabilmekte, hastanede kalma süresinde uzama, buna bağlı çeşitli yoksunluklar ve daha yüksek sağlık harcamalarına yol açabilmektedir (Madak 2010, Mollaoğlu ve ark.2013). Düşmeler, diğer sağlık problemlerinden ayrı olarak, hareket kısıtlılığına (%20-%30), günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın yitirilmesine ve uzun süreli bakım ihtiyacına sebep olmakta vemaalîyet artışına da yol açmaktadır (Işık 2006).Düşmelerden sonra bakım gideri olarak hasta başına her yıl ortalama altı bin dolar harcadığı belirtilmektedir. Düşme sonucunda oluşanyaralanmaların tedavi ve bakım giderleri olarak, 2020

yılında bu rakamın 32 milyon doların üstüne çıkacağı tahmin edilmektedir.Yılda 98 bin kişinin tıbbi hatalardan dolayı kaybedildiği ve düşme olayının tıbbi bir hata olduğu, literatürde ayrıca vurgulanmaktadır (Britan 2017). Ulusal Güvenlik Kurul raporlarına göre düşmelerin, kasıtsız olmayan ölümlerin ikincil nedeni olarak bildirilmiştir (Düşme Engelleme Programı 2009).

Sağlık Bakım Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAOH) 2005 yılında İzmir Memorial Hastanesi'nde yapmış olduğu çalışma raporuna göre 271 düşme vakası olduğunu, bunun da %5.8'inin tıbbi hatalar olduğunu belirtmiştir. Düşmenin engellenmesi uluslararası hasta güvenliği hedeflerinden birisidir (Uslu 2008).

### **2.3.ÇocuklardaDüşme Riskini Etkileyen Etmenler**

Günümüzde,gelişmiş ve gelişmekte olantüm ülkelerde, kaza ve yaralanmalar her yaş grubundaki bireyler ve özellikle de çocukluklar için önlenebilir sağlık sorunlarıarasında ilk sıralarda yer almakta, sakatlık ve ölüm nedenlerininbaşında gelmektedir (Rivara ve ark. 2007, Karatepe ve Ekerbiçer 2017).

Gelişimsel özellikleri nedeniyle çocuklar, düşme yönünden en riskli gruplardan biridir. Bunun nedeni; bedensel, nöromotor, duyuşsal, bilişsel ve psikososyal açıdan gelişimlerini sürdürüyor olmalarıdır. Motor aktivitelerinin yeterli olmaması, dar görme alanları, denge sağlamalarındaki zorluk, sesleri lokalize etme yeteneklerinin az olması, reaksiyonlarının yavaş olması, aynı anda iki farklı uyarıyı algılayamamaları, büyükleri taklit etmeleri, araştırma ve öğrenme konularındaki merakları ve sürekli hareket halinde olmaları çocukların kazalarla daha çok karşılaşmalarına neden olmaktadır (Çelik 2004).

Çocuklarda düşmeye yol açan faktörler; gelişimsel,çevresel, psikolojik, aile dikkatsizliği,tedavi ile ilişkilive bilinmeyen nedenler olarak sınıflandırılmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda, hastanın çevresinin ve varolannörolojik hastalıklarının çocuklarda düşmeye bağlı gelişen ölüm ve yaralanmalarda en önemli faktör olduğu belirtilmiştir. Düşmeye neden olan diğer faktörlerin ise yaş, bilişsel gelişim düzeyi,cinsiyet, önceki düşme öyküsü, ilaç kullanım durumu, sedasyon-cerrahi girişimlere verilen yanıtlar olduğu açıklanmıştır (Perrell ve ark. 2001, Razmus ve ark. 2006). Bunun yanı sıra,yardımcı araç kullanma durumu (tekerlekli

sandalye,koltuk değneği vb.), bağımlılık düzeyi ve çocuğun yanında bakımvereninin bulunma durumu çocuk hastalarda düşmeye yol açan nedenler arasında sayılmıştır (Levene ve Bonfield 1991).

### 2.3.1.Çevre

Hastane ortamında bulunan çocuklarda çevreye bağlı düşmeler ekipman, ortam ve etkinliklerle ilgilidir. Hastane koşullarındaki faktörleri risk olarak ilk rapor eden çalışmada, beş yaş ve daha küçük yaştaki çocuklarda 88 düşme olayına dayanarak düşmeye en çok neden olan ekipmanların yatak, sandalye ve oyuncaklar olduğunu tespit edilmiştir (Helfer ve ark. 1977). Daha sonra, 6 yaş ve altı çocuklara yönelik sekiz hastanede yapılan bir çalışmada ise düşmelerin hastanede en sık görülen kazalar (%78) olduğu bildirilmiştir (Levene ve Bonfield 1991).Düşme riski olarak, tanımlanan çocuğa ait faaliyetlerin ise yatağa girip çıkma, hastalıktan veya ameliyattan sonra ayağa kalkıp dolaşma, tuvalete gitme, birisinin kucağında tutulurken düşme, ıslak zeminde yürüme ve kayma gibi durumlar olduğu belirtilmiştir (Helfer ve ark. 1977, Levene ve Bonfield 1991, Razmus ve ark. 2006, Cooper ve Nolt 2007, Tung ve ark. 2009).

Çocukların hastanede düştükleri yerler hakkında da çalışmalar mevcuttur (Razmus ve ark. 2006, Cooper ve Nolt 2007). Yapılan bir çalışmada; yatarak tedavi gören çocuklarda düşmelerin çoğunluğunun oda içinde olduğu bildirilmiştir (Razmus ve ark. 2006).Daha spesifik olan pediatrik yoğun bakım üniteleri, rehabilitasyon ve onkoloji gibi birimlere kıyasla poliklinik, acil servis, fizik tedavi poliklinikleri ve genel akut pediatrik birimlerde düşme sayısı daha fazla olmaktadır (Razmus ve ark. 2006, Cooper ve Nolt 2007).

### 2.3.2.Yaş

Yatarak tedavi gören çocuk hastalar için yaş, düşmede önemli bir risk faktörüdür. Yapılan bir çalışmada; düşmelerin bebeklerde (%25), adölesanlarda (%23) ve okul çağındaki çocuklarda (%19) daha fazla meydana geldiği bildirilmiştir (Cooper ve Nolt 2007). Küçük yaş grubundaki çocuklarda düşme insidansının yüksek olması yapılan diğer çalışmalarla da kanıtlanmıştır (Nimityongskul ve Anderson 1987, McGreevey 2005, JCI 2010, Cumming 2006, Tung ve ark. 2009).



Yaşa yönelik yapılan ilk araştırmalardan biri doğumdan itibaren başlanılarak geçen 16 yıllık süreyi kapsamıştır. Daha ileri yaş grubundaki çocuklar karşılaştırıldığında, beş yaş veya daha küçük yaştaki çocukların düşme sıklığının (%75) daha fazla olduğu görülmüştür (Nimityongskul ve Anderson 1987). Hastanede yatan çocuklardayapılan diğer çalışmalarda, yeni yürümeye başlayan çocuklarda düşmenin daha yüksek bir oranda olduğu belirtilmiştir (Mcgreevey 2005, Cumming 2006). Hastanede yatan 150 okul öncesi ve okul çağı çocuğunda yapılan bir çalışmada; düşmelerin üç yaşından küçük çocuklarda %37, 13 yaş ve üstündekilerde ise %30 oranında olduğu bildirilmiştir (Hill-Rodriquez ve ark. 2008). Wood (2006), üç yaşın altında ve 12 yaşından büyük çocuklarda oluşan düşmeleri tanımlamış ve daha ileri yaştaki çocuklarda düşmelerinin nörolojik bir bozukluk ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Wood 2006). Yatarak tedavi gören pediatrik hastalarda düşmeler, çocukların gelişimsel yetenekleri ve çevresel ihtiyaçlarıyla da ilişkilidir. 205 hastada yapılan bir çalışma sonucunda, düşmelerin çoğunluğunun (%60) karyolalardan düşen daha küçük yaştaki çocuklar olduğunu göstermiştir (Lyons ve Oates 1993). Diğer yaygın düşmelerin ise nakil sırasında ya da banyoda düşen çocuk ve adölesanlar olduğu görülmüştür (Cooper ve Nolt 2007). Yenidoğan bebeklerin düşme eğilimi incelenmiş ve düşmelerin en çok başkası tarafından tutulurken (diğer bir deyişle, gece ve sabahın erken saatlerinde ebeveynler uykuya daldığında), teslim odasında ve güvenli olmayan bebek karyolalarından meydana geldiğini belirtmiştir (Monsonve ark. 2008).

### **2.3.3. Zaman Aralığı**

Hastanede düşme olaylarının gerçekleştiği zaman aralıklarını araştıran çalışmalarda sabahın erken saatlerinde, akşamları ve uyku vakitlerinde düşmenin daha sık meydana geldiği tespit edilmiştir (Levene ve Bonfield 1991, McGreevey 2005, Cummings 2006).

#### 2.3.4. Ebeveyn Varlığı

Birçok hemşire, ebeveynlerin ve aile üyelerinin bulunduğu zaman çocuklardaki düşmelerin daha az olacağını düşünmektedir. Yapılan bir çalışmada, çocukların düştüğü sırada %52'si'nin yanında bir ebeveyn bulunduğu tespit edilmiştir (Levene ve Bonfield 1991). Diğer bir çalışmada ise çocukların düştüğü sırada ebeveynlerin %83 oranında yanında oldukları bildirilmiştir. Bunun nedeni olarak ise çocukların ailelerinin yanındayken kendilerini daha rahat hissetmeleri ve normal gelişimsel faaliyetlerini (ör. koşu vb.) gerçekleştirme eğilimlerinin daha fazla olması olarak açıklanmıştır (Rasmus ve ark. 2006).

#### 2.3.5. Hasta Özellikleri

Yatan hastalardaki yaygın düşme riskleri, hareket bozukluğu, zihinsel durum bozukluğu, düşme öyküsü, hastanede kalış süresi ve cinsiyettir (Cummings 2005, Graf 2005, Rasmus ve ark. 2006). Daha spesifik olan risk faktörleri ise; hareket bozukluğu ile artan düşme riski, ortopedik tanı, nöbetler, sakinleştirici ilaçlar olarak tanımlanmıştır. Nöbet ve ağrı kesici ilaçlar, sedatif ilaçların kullanımı, bozuk mental durum olarak sınıflandırılan durumlarda etkili faktörler arasındadır (Cummings 2006, Rasmus ve ark. 2006).

Literatürde çocukların cinsiyetleri ve hastanede kalış sürelerinin düşme riskine etkisi olduğu, fakat bunun belirleyici olmadığı bildirilmiştir. Bazı çalışmalar, erkeklerin daha sık düştüğünü bildirirken (Levene ve Bonfield 1991, Lyons ve Oates 1993, McGreevey 2005), bazı çalışmalarda ise kızların erkeklere kıyasla daha sık düştüğünü bildirilmektedir (Cooper ve Nolt 2007). Hill-Rodriguez ve ark. (2008), 150 olgunun retrospektif incelemesine dayanan araştırmasında, cinsiyetin risk faktörü açısından anlamlı olmadığını belirtmiştir (Hill-Rodriguez ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada; çocuğun hastanede kalış süresinin düşme riskinde çok az etkisi olduğu belirtilirken (Rasmus ve ark. 2006), başka bir çalışmada ise, hastanelerde kalış süresinin çocuklardaki düşme riskini arttırdığı ifade edilmiştir (McGreevey 2005).

#### 2.4. Düşme Riskinin Belirlenmesi

Düşmeyi önleme girişimlerinin ilk aşamasını, hemşirelerin tüm hastalarını düzenli olarak, düşme risk faktörleri açısından değerlendirip hemşirelik tanısı koymaları oluşturmaktadır. Düşme riski birden fazla nedenle bağlantılı olduğundan, hazırlayıcı ve riski artırıcı faktörler belirlenmeli ve gerekli durumlara uygun girişimler planlanmalıdır. Önceden düşme öyküsü olan hastalarda düşmenin nerede, ne zaman ve ne tür aktiviteler sırasında olduğu ve sonrasında yaralanma olup olmadığı sorularak not edilmelidir. Düşülen çevrenin çevresel faktörler açısından incelenmelidir. Yürüme, hareket etme gibi aktiviteler esnasında düşmenin olması, hastada yürüme, görme veya dengeye ilişkin bir bozukluğun varlığını gösterebileceği gibi; oturan veya yatan bir hastanın ani kalkmaya çalışması sonucunda düşmesi postural hipotansiyona işaret edebilir. Düşme meydana gelmeden önce kullanılan ilaçlara ilişkin doz değişikliği ya dayeni başlanan ilaçlar varsa hasta veya dosyadan bilgi edinilmelidir (Eyigör 2012).

Düşme riskinin belirlenmesinin amacı; düşme riskinin belirlenmesi, tedavinin göz önünde bulundurulması, çevresel risk faktörlerinin azaltılması, riski yüksek olan hastaların aktivite ve mobilizasyonları süresince fiziksel yardım ve sağlık çalışanlarında konu hakkında farkındalığının artırılmasını sağlamaktır (Mollaoğlu ve ark. 2013). Hemşirenin düşme riski ölçekleri kullanarak düşme riski olan hastaları tespit etmesi önemlidir. Ancak, bazı düşme riski ölçeklerinin düşme riskini saptamada yeterli olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle, düşme riskinin belirlenmesinde, topluma uygun risk değerlendirme araçlarının geliştirilmesi, farklı toplumlarda geliştirilmiş düşme riski araçlarının ise uyarlamalarının, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarının yapılması ve sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşlarda kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir (Özden ve ark. 2012). Bazı ölçeklerin ise geçerli ve güvenilir olmasına rağmen hastanelerdeki farklı birimlerde düşme riskinin belirlenmesinde uygun olamayacağı da bildirilmektedir (Terrell ve ark. 2009).

## 2.5. Düşmenin Komplikasyonları

Düşme olayları sonucunda meydana gelen yaralanmalar, sonuçları açısından oldukça ciddi olan durumlardır (Tinetti 2010). Düşmelerin sonucunda, sıklıkla kırıklar, yumuşak doku yaralanmaları, kafa travması ve buna bağlı intrakranial kanamalar, yeti kaybı ve ölüm görülmektedir. Tüm düşme vakalarının yaklaşık %10'unu major travmalar ve %5'ini ise kırıklar oluşturmaktadır. Oluşan kırık türleri; çoğunlukla pelvis, vertebra, ön kol ve diğer kırıklardır (Hitcho ve ark 2004, Çapacı 2007, Fonad ve ark 2008, Erdil ve Bayraktar 2010, Savaş ve Akçiçek 2010, Acute Care Fall Prevention Community 2011, Atıcılar 2011, Eyigör 2012, Gallardo ve ark 2012, Savcı ve Bilik 2014). Kırıklar arasında da mortalite ve morbidite oranları en yüksek olanı pelvis kırıklarıdır (Nguyen ve ark 2005, Eyigör 2012).

Gilbert ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, katılanlar arasında, düşen 24 hastanın %100'ünün kafa yaralanması yaşadığı (%62'sinde kafatası fraktürü), %37'sinin yatış süresinin iki aya kadar uzadığı, %8'inin yaklaşık 24 saat hastanede gözlem altında kaldığı ve %54'ünün acil bakım ünitesinden eve ya da bir polikliniğe yönlendirildiği ifade edilmektedir (Gilbert ve ark 2012). Yapılan başka bir çalışmada, düşen hastaların %46'sında burkulma, %36'sında kanama ya da ekimoz, %16'sında ise kırık olduğu belirlenmiştir (Başkan ve ark 2009). Yapılan bir çalışmada, hastaların %4,1'inde düşme olayı görülmüş ve bunların %1'i düşme sonrası yaralanmıştır (Raeder ve ark 2010). Başka bir çalışmada ise, hastaların hastanede yatışı sırasında gerçekleşen 202 düşme olayının sonucunda yaralanma durumları incelenmiş ve %24,8'inde minör yaralanma, %5,9'unda ise majör yaralanma meydana geldiği görülmüştür (Milisen ve ark 2012). Sterke ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları bir çalışmada, araştırmaya katılan hastaların %32,2'si yaralanmayla sonuçlanan düşme deneyimlemişlerdir. Yine aynı çalışmada, hastalardan 1'i düşme sonucunda ölmüş, %3,1'i kırıkla sonuçlanmıştır. Hastaların %30'unda kırıkların dışında sıyrıklar, açık yaralar, burkulmalar, şişme ve morarmalar meydana gelmiştir (Sterke ve ark 2012).

Düşmeler kişiyi sadece fiziksel açıdan etkilemeyip, aynı zamanda psikolojik olarak da olumsuz etkilemektedir. Düşmelerin kişilerde yaralanma, ağrı ve fonksiyon kayıplarına neden olmalarının dışında; hastanede kalma sürelerini uzatması, tedavi maliyetlerini arttırması, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi, hasta, hasta yakınları ve

hastane personeline endişe ve korku yaşatması da bilinen sonuçları arasındadır. Bazı durumlarda ise yasal sorunlara neden olabilmektedir. Aynı zamanda, kişinin yaşadığı düşme sonrasında, düşmenin tekrarlayacağına dair korku üretmesi ve yaşamsal faaliyetlerini kısıtlaması sonucunda, özellikle yaşlı bireylerde, kas zayıflığı, eklem sertliği ve denge kayıplarının ilerlemesine neden olmaktadır. Bireyin düşme sonucunda yaralanması, bakımına ilişkin değişen yaşam stili ve aile içindeki rol değişikliği de birey üzerinde olumsuz etki yaratarak bireyin sosyal izolasyonuna neden olmaktadır (Rubenstein 2006, Çapacı 2007, National Patient Safety Agency 2007, British Columbia Falls & Injury Prevention Coalition 2007, Cameron ve ark 2010, Lovallo ve ark 2010, Vancouver Coastal Health 2010, Gallardo ve ark 2012, Buğdaycı ve ark 2012, British Columbia Falls & Injury Prevention Coalition 2012, Özden ve ark 2012, Tinetti 2010, Mollaoğlu ve ark 2013, Güngörsün ve ark 2014).

Düşme, ciddi travmalara neden olabileceği gibi hasta ve hasta yakınlarında; sağlık çalışanlarına karşı güvensizliğe de yol açabilmektedir (Güngörsün ve ark. 2014).Getirdiği sonuçlar bakımından bu derece önemli olan düşmelerin engellenmesi için hastanelerdeki düşme olaylarının ciddiye alınması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, düşmeyi önleme politikalarının ve tüm çalışanların bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir (Çapacı 2007, Vancouver Coastal Health 2010, Demir ve ark 2013, Mollaoğlu ve ark 2013).

## **2.6.Çocuklarda Düşme Risk Düzeyinin Belirlenmesi**

Yetişkin hastalara göre çocuklar düşme riski açısından daha riskli kabul edildiğinden, sağlık kuruluşları tüm çocuk hastaları riskli kabul edip uygulamalarında düşme risk düzeylerini belirlemeli ve düşmeleri önlenmek için gerekli olan tüm önlemleri almalıdır. Çocuklarda, düşme riskini değerlendirmek için kullanılan çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiş ve bu araçlar ile düşme riskinin daha yüksek olduğu grupların belirlenmesi hedeflenmiştir. Çocuklarda, düşme riskini değerlendirmek için kullanılan araçların çoğu psikometrik özelliklerin doğrulanması yapılmaksızın, tıbbi çerçeveler dahilinde geliştirilmiştir (Child Health Corporation of America Nursing Falls Study Task Force, 2009).

## 2.6. 1. Türkiye’de Çocuklarda Düşme Riskinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler

**a. Harizmi Düşme Riski Ölçeği:** Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliği konusunun bir unsuru olan düşmeleri önlenmesi hususunda, ülkemizde kullanılabilecek, çocuk hastalara özgü anlaşılır ve uygulanması kolay bir düşme riski ölçüm aracı geliştirmiştir. Geliştirilen bu ölçeğe matematik ve astronomi alanında ünlü bir bilim adamı olan **Harizmi**’nin adı verilerek “**Harizmi Düşme Riski Ölçeği**” adı ile kullanılmaya başlanmıştır. Harizmi Düşme Riski Ölçeği 0-16 yaş yatan tüm çocuk hastalarda kullanılabilir (Sağlık Bakanlığı 2017). Ölçek düşme riskini sorgulayan 9 maddeden (nörolojik hastalık/semptom, oksijenlenme değişikliği, düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu, uygun yatakta yatırılma durumu, görme engeli, hastaya bağlı ekipmanlar, ayakta/yürürken fiziksel desteğe gereksinim duyma durumu, post-op dönemde olma ve riskli ilaç kullanımı) oluşmaktadır.

Yapılan risk değerlendirmesi sonucu düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler, hastanın düşme risk düzeyi ve var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. Toplam puanı 15 ve üstünde olan çocuk hastalar yüksek riskli kabul edilir ve bu hastalarda **Dört Yapraklı Yonca** sembolü kullanılır. Yoğun bakımlarda yatmakta olan tüm çocuk hastalar yüksek riskli kabul edilir fakat dört yapraklı yonca sembolü kullanılmaz (Sağlık Bakanlığı 2017).

**b. Çocuk Hastalar İçin Behçet Uz Çocuk Hastanesi (BUÇH) Düşme Riskini Tanılama Ölçeği:** Türkiye’de çocuklarda düşme riskini tanılamaya yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “Harizmi Düşme Risk Tanılama Ölçeği” bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2017). Bunun yanı sıra, bu ölçeğin uygulamada etkinliğini gösteren geçerlilik ve güvenilirlik verilerine ulaşılamamıştır. Buradan yola çıkılarak çocuk hastaların düşme riskini belirlemek üzere “**BUÇH Düşme Riski Tanılama Ölçeği**” geliştirilmiştir. Ölçek 11 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde sorunun düzeyine göre puanlanmıştır. Düşme riski için belirlenen 11 madde sırasıyla; çocuğun yattığı klinik, yaşı, düşme öyküsü, tanısı, mental durumu, yaşam bulguları, tedavisi, sedasyon durumu, mobilizasyonda kısıtlılık durumu, bakım veren kişi,

linik uygulamalar ve çevresel faktörlerdir. Çocukların düşme risk durumu, ölçeğin kesim noktasına göre belirlenmiş olup 16.5 ve üzeri puan alan çocuklar yüksek riskli, 16.5 puan altı alanlar ise düşük riskli olarak değerlendirilmiştir. Bu ölçek, araştırma yapılan hastanede kullanılmak üzere geliştirildiğinden ölçeğin adına “Behçet Uz Çocuk Hastanesi=BUÇH” eklenmiştir (Demir ve ark. 2013).

BUÇH Düşme Riski Tanılama Ölçeği'nin özellikle ilk maddesi bu çocuk hastanesinde bulunan kliniklere göre puanlandığından farklı kurumlarda kullanıldığında aynı nitelikte klinikler bulunmadığı durumlarda veya hastane içinde yeni kliniklere açıldığında puanlamada sıkıntılar yaşanmıştır. Ayrıca, o dönemde düşmeyi belirleyen başka bir ölçek olmaması sebebiyle paralel ölçek karşılaştırılmasında yapılamamış ve BUÇH Çocuk Hastalarda Düşme Riski Tanılama Ölçeği'nin, gelen geribildirimleri de dikkate alınarak revizyon gereksinimine ihtiyaç duyulmuştur. Revize edilen ve ismi BUÇH II Ölçeği olan ölçek 5 ana maddeden oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla; tanı grubu, bakım ekipmanı, 1-6 yaş grubu, erkek hasta ve tedavi-sedasyonun olmasıdır. Ölçekten toplam 6 puan ve üzeri alan çocuklarda yüksek düşme riski var olarak değerlendirilir (Demir ve ark. 2013 Yöntem ve ark. 2017).

## 2.7. Düşmenin Önlenmesi

Düşme riskini hastaneye yatan her hasta bulundurmaktadır. Hemşirelerin en önemli etik ve yasal sorumluluklarından biri hasta güvenliğinin ana ilkelerinden olan hasta düşmelerinin önlenmesidir. Hasta düşmeleri önlenebilir durumlardır ve hemşireler etkili koruyucu önlemler yoluyla hasta düşmelerini en aza indirgeyebilirler (Madak 2010, Savcı ve ark. 2009). Düşmelerin azaltılması hedefi birçok alanda değişiklik yapılmasını gerektirir. Bunlar; çevresel değişiklikler, tıbbi tedavinin incelenmesi ve rehabilitasyon gibi çeşitli faaliyetleri kapsar (CDC 2008). Hastanelerdeki hastalara güvenli bir ortam sağlayan düzenlemeler multidisipliner düşme önleme programları aracılığıyla mümkündür. Düşmeyi önleme protokollerini kanıta dayalı olarak, düşme ve yaralanmalar oluşmadan önce geliştirilmelidir (Schwendimann ve ark. 2006). Hasta düşmelerinin %50'den fazlasını etkin bir biçimde yürütülen düşme önleme programlarının azaltabileceği görülmüştür (Hill-Rom 2006, Schwendimann ve ark. 2006). Düşme açısından

yüksek riskli olan hastaları korumak amacıyla ile alınan önlemler, sıklıkla hastanın yanında refakatçi bulundurulması, yatak korkuluklarının kullanılması gibi çözüm önerileri sunulmuştur. Ancak, alınan bu önlemlere rağmen hastaların halen düştüğü tespit edilmiştir (Savcı ve ark. 2009).

## **2.8.Düşmeyi Önlemede Hemşirenin Rolü**

Sağlık hizmetlerinde ilerlemeler kaydedildikçe sağlık hizmetlerinin sunumunda da kalite unsuru ve çeşitlilik giderek ön plana çıkmaktadır. Bu konulardan en önemlisi de hasta güvenliğidir (Çırpı ve ark 2009, Mollaoğlu ve ark. 2013, Demir ve ark. 2013). Hasta güvenliği kavramı içerisinde yer alan herhangi bir düşmeyi önleme programının amacı, kişinin düşmesini önlemek ya da kişi daha önce düşmüş ise tekrar düşme potansiyelini azaltmaktır (Nitz ve ark 2012). Düşmeler için özellikle risk altında olan bireylerin, bireysel ve toplumsal düşmeyi önleme yaklaşımları ile korunmaları toplumsal nüfusu da koruyacaktır (Campbell ve ark. 2013). Hemşirelerin en önemli yasal ve etik sorumluluklarından birisi, hastanelerde güvenli ortamın sağlanarak sürdürülmesi ve hastayı ikincil yaralanmalardan korumaktır (Evans ve ark.1998, Berke ve Aslan 2010, Çeçen ve Özbayır 2011). Hasta düşmeleri, hemşirelik bakımının bir göstergesi olarak güvenilir hemşirelik bakımı uygulamalarıyla engellenebilir bir durumdur. Bunun için JCI, her yıl hasta güvenliği hedeflerini yayınlamaktadır. Hemşireler de çalıştıkları kliniklerde, yayınlanan bu hasta güvenliği hedeflerinin uygulanmasından sorumludur. Bu hedeflerde hasta güvenliği adına düşmelere yönelik hemşirelik uygulamaları; hastaların düşme risk faktörlerinin belirlenmesi, hastaların düşmelerden kaynaklı zarar görme riskinin azaltılması, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi ve hastalara uygun aktivite programlarının düzenlenmesi olarak bildirilmiştir (Sayek 2011, JCAHO 2014).

Hemşireler ve hemşire yöneticileri, düşme gibi önemli bir multifaktöriyel sorunu çözmek, düşmelerden kaynaklanan yaralanmaları önlemek ve hemşirelerin bakımın ön saflarında bulunarak fark yaratabilmeleri için daha duyarlı olmalıdırlar. Kanıta dayalı tedbirler tanımlanmış, ancak bu uygulamaları yaşama geçirme ve düşme yönetimini sağlama zor olmaya devam etmiştir. Hemşirelik yöneticileri, hemşirelerin düşme dinamiklerini belirleme ve düşmelerin önlenmesindeki belirli



programlar ve müdahaleleri uygulayabilmek amacıyla birtakım araçlara sahip olmalarını sağlamak amacıyla, geçerli kanıtlara ulaşmak için açık bir anlayış içerisinde olmalıdırlar (Lach 2010). Düşme riski değerlendirmesi, bireyin düşme açısından risk faktörlerinin tanımlandığı detaylı ve sistematik bir süreçtir. Risk faktörlerinin tanımlanması bakım planının geliştirilmesini kolaylaştırır. Sağlık hizmeti kuruluşları düşmeleri azaltmak ve düşme sonrasında oluşabilecek zararları en aza indirmek için gerekli yönetim yapı ve sistemleri barındırmalıdır (Kim ve ark 2007, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2012). Hemşirelerin hastanede meydana gelen hasta düşmelerini tamamen önleyemeyeceği; fakat etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir (Kim ve ark. 2007, Savcı ve ark. 2009, Lovallo ve ark. 2010, Aştı ve Karadağ 2011, Spoelstra ve ark. 2012). Düşmeler için bahsedilen tüm risk faktörlerinin hemşireler tarafından incelenip, düşmelere yönelik erken dönemde koruyucu önlemlerin alınabilmesi, düşme riski değerlendirme formlarının kullanımı ile mümkün olmaktadır. Hastanelerde, düşmelere yönelik hemşirelere önceden farkındalık kazandıran düşme riski değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçekler, hasta düşmelerinin azaltılmasına, ortadan kaldırılmasına ve düşme sonrasında oluşabilecek komplikasyonların önlenmesine yönelik oldukça katkı sağlaması açısından faydalıdır (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare 2009, Oliver ve Healey 2009, Oliver ve ark. 2010, Wong ve ark. 2012).

### **2.8.1. Çocuk hastalarda düşmeyi önlemede hemşirenin yapması gerekenler;**

- Çocuk ve aile çevreye oryante edilmelidir.
- Yataklar, işlem gerekliliği olmadıkça frenleri kapalı ve düşük pozisyonda tutulmalıdır. İşlemler yapıldıktan sonra eski haline getirilmelidir.
- Emniyetin sağlanması için tüm yatakların yan korkulukları olmalıdır. Çocuğun yanında refakatçi olmaması durumunda yatakların yan korkulukları yukarı konumda tutulmalıdır.
- Güvenlik önlemleri sürekli olarak alınmalıdır.
- Acil çağrı ışığı (çocuğun kullanabileceğinden emin olduktan sonra), telefon ve sıkça kullanılan diğer aletler çocuğun ulaşabileceği bir konumda olması sağlanmalıdır.

- Yardımcı cihaz ihtiyacı olan çocukların bu gereksinimleri giderilmelidir. (örn; yürüteç, koltuk değneği vb.)
- Nakil edilen çocuklar için güvenlik önlemleri alınmalı ve bir birimden başka birime nakli gerçekleşen çocuklar sürekli olarak gözetim altında tutulmalıdır.
- Bebekler ve çocuklar, pencere kenarları gibi güvensiz alanlara yerleştirilmemeli ve bu yerlerde oynamalarına izin verilmemelidir.
- Çocuğun bulunduğu hastane ortamı veya bulunduğu oda tehlikelerden korunmalıdır.
- Gece nöbetlerinde gece lambaları açık tutulmalıdır.
- Düşmeye neden olabilecek ilaçların kullanımı kontrol altında tutulmalıdır.
- İhtiyaç varsa eliminasyona yardımcı olunmalıdır.
- Çocuk ve aile; düşme ve düşmeyi önleme konusunda eğitilmelidir (UCSF 2005).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Kars ilinde bulunan; Harakani Devlet Hastanesi ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Ekim 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kars ili Harakani Devlet Hastanesi ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan 0-18 yaş arası çocuklar (S:161) ve bu kliniklerde çalışan hemşireler(S:60) oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçme yöntemine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden tüm çocuklar ve hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir. Kars Harakani Devlet Hastanesi 328 yataklı olup, çalışan hemşire sayısı 214; Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ise 276 yataklı olup, çalışan hemşire sayısı 140'dır.

#### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

**a. Bağımsız Değişkenler:** Çocuk hastalara ve çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere ait tanıtıcı özellikler.

**b. Bağımlı Değişkenler:** Çocuk hastaların düşme risk düzeyi ve hemşirelerin düşme riskini önlemeye yönelik görüşleri.

#### 3.5. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Çocuk Düşme Riski Değerlendirme Formu”, “Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “BUÇH II Düşme Riski Tanılama Ölçeği” kullanılmıştır (Madak 2010, Yöntem ve ark. 2017, Atıcılar 2011, Duman 2012).

**a. Çocuk Düşme Riski Değerlendirme Formu:** Bu formda yer alan sorular literatür (Madak 2010, Demir ve ark. 2013, Cooper ve Nolt 2007, Razmus 2006) doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bunlar; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, bilinç durumu, düşme öyküsü, görme durumu, yürüme ve denge durumu, ilaç kullanımı, ebeveyn varlığı, ebeveyn öğrenim durumu, yaşam bulgusu, ameliyat olma durumu, sedasyon alma durumu, kullanılan yatağın uygunluğu, mobilizasyonda kısıtlama durumu, tedavi gördüğü klinik, hastanede kalış süresi, düşme öyküsünün olup olmadığı, eğer varsa hastanın nerede düştüğü, düşme şekli, düşme sonucu hastada gözlemlenen durumlar, saat kaçta düştüğü, düştüğünde birimdeki hemşire ve hasta sayısına yönelik 23 soruyu içermektedir (Ek -1).

**b. Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu:** Literatür (Atıcılar 2011, Madak 2010, Bulut 2013, Çeçen ve Özbayır 2011, Çırpı ve ark. 2009, Duman 2012, Harvey ve ark. 2010) bilgileri gözden geçirilerek araştırmacı tarafından hazırlanan hemşireler için tanıtıcı bilgi formunda, hemşirelere yönelik tanıtıcı bilgilerin yanında düşme konusunda aldıkları önlemleri belirlemeye yönelik toplam 22 adet soru yer almaktadır (Ek- 2).

**c. Behçet Uz Çocuk Hastanesi (BUÇH) II Düşme Riski Tanılama Ölçeği:** Ölçek, Demir ve arkadaşları tarafından 2013'te geliştirilmiştir (Demir ve ark. 2013). BUÇH Ölçeği 2017 yılında "BUÇH II Düşme Riski Tanılama Ölçeği" olarak revize edilmiştir. Bu ölçekte, daha önceki ölçekte yer alan tanı, bakım ekipmanı bulunması, yaş, cinsiyet, tedavi ve sedasyon durumunun düşme açısından risk faktörü olduğu, düşme ölçeğinin sadece bu maddeleri kapsamasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır. Bu ölçek, hastaların düşme riskini değerlendirmekte ve değerlendirme sonucunda alınan puanlar toplanarak, hastanın düşme risk skoru ortaya çıkarılmaktadır. Hastanın aldığı toplam puanın; 6 puan ve üstü olması ise yüksek düşme riskini göstermektedir. (Yöntem ve ark. 2017) (Ek-3).

BUÇH II'de düşme riski yüksek hastaları saptamada kullanılacak kesim noktasını belirlemek amacıyla ROC analizi yapılmış olup, ölçekte kesim noktası 5,5 puan olarak belirlenmiştir. Bu noktada ölçeğin duyarlılığı %77,6, özgüllüğü %70,3, eğri altında kalan alan ise 0,83 olarak saptanmıştır.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Ocak-Mart 2018 tarihleri arasında Harakani Devlet Hastanesi ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, çocuk hastaların tedavi ve bakım aldığı kliniklerde, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir.

Çocuklara ilişkin formlar uygulanmadan önce, çocukların yanında bulunan ebeveynlerine çalışmanın amacı açıklanmış, verdikleri bilgilerin çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı belirtilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. Veri toplama formları, araştırmacı tarafından 20-30 dakikalık bir zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Hemşireler bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul edenlere, ilgili veri toplama formları kendilerine verilmiş doldurmaları istenmiştir.

### 3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamında, SPSS for Windows 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler**

Değişken	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Eğitim düzeyine göre hemşirelerin düşme riski tanılama görüşlerinin karşılaştırılmasında, Hemşirelerin çalışma süresine göre düşme riski tanılama görüşlerinin karşılaştırılmasında	-	$\chi^2$ Testi(Çoklu Grup karşılaştırmalarında ileri analiz olarak yine $\chi^2$ testi kullanılmıştır)
Hemşirelerin Düşme Riski Tanılama Görüşlerine Göre Çalışma Süre Ortalamalarının Karşılaştırılması	-	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak MannWhitney – U testi kullanılmıştır)
Çocukların tanımlayıcı ve diğer özelliklere göre düşme risklerinin karşılaştırılmasında	-	$\chi^2$ Testi(Çoklu Grup karşılaştırmalarında ileri analiz olarak yine $\chi^2$ testi kullanılmıştır)
Madde ayırt ediciliği	Alt-Üst %27'lik dilim karşılaştırması	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları	

Çalışmada kullanılan ölçeğin iç geçerlilik analizi Tablo 2’te sunulmuştur.

**Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeğin İç Geçerliliğinin İncelenmesi**

	Alt üst %27’lik dilim karşılaştırması
BUCH II	t=-14.885, p= <b>0.000</b>

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik makalesinde iç geçerliliğe yönelik bir bilgiye ulaşılamamıştır ve madde ayırt ediciliğini belirlemek için bu çalışmada alt-üst %27’lik dilim karşılaştırması kullanılmıştır. Bu yöntemle göre alt-üst %27’lik dilim karşılaştırması anlamlı sonuç vermektedir (Akgül 2005).

### 3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmada kullanılmak üzere öncelikle ölçek yazarlarından e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-4). Araştırmanın yapılabilmesi için Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan 25.10.2017 tarih, 80576354-050-99 sayılı etik kurul onayı (Ek-5), Kars İl Sağlık Müdürlüğü’nden 05.01.2018 tarih, 14739267 sayılı resmi izin (Ek-6) ve Kafkas Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nden 10.01.2018 tarih, 66093324-010.000.99 sayılı resmi izin (Ek-7) alınmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için Araştırmaya katılma konusunda, gönüllü ve istekli olan ebeveynlerin çocukları ve hemşireler araştırmaya alınmış, çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Ayrıca, veri toplanmadan önce ebeveynlere ve hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve gerekli bilgiler verildikten (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sonra araştırma amaçlı çalışma için aydınlatılmış onam formu ile yazılı onamları (Ek-8) alınmıştır. Ayrıca, katılımcılara verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Harakani Devlet Hastanesi ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nin kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan 0-18 yaş grubu çocuklara genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

Çocukların özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur.

**Tablo 3. Çocukların Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Gruplar	N	%
Yaş	1 yaşından küçük	21	13.0
	1-6 yaş	120	74.5
	7-12 yaş	18	11.2
	13-18 yaş	2	1.3
Cinsiyet	Kız	65	40.4
	Erkek	96	59.6
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	131	81.4
	İlkokul	26	16.1
	Ortaokul	4	2.5
Kronik Hastalık	Yok	156	96.9
	Var	5	3.1
Bilinç durumu	Uyanık ve oryante	155	96.3
	Oryantasyonu bozuk	6	3.7
Görme durumu	Normal	161	100
Yürüme ve denge	Problemi yok	156	96.9
	Problemi var	5	3.1
Ebeveyn varlığı	Yok	9	5.6
	Var	152	94.4
Ebeveyn öğrenim durumu	Okuryazar değil	37	24.4
	İlkokul	45	29.6
	Ortaokul	38	25.0
	Lise	25	16.4
	Lisans	7	4.6
Yaşam bulgusu	Stabil	154	95.7
	Unstabil	7	4.3
Ameliyat olma durumu	Yok	157	97.5
	Var	4	2.5
Sedasyon alma durumu	Yok	152	94.4
	Var	9	5.6
Kullanılan yatak	Uygun	65	40.4
	Uygun değil	96	59.6
Mobilizasyonda kısıtlama	Kısıtlayıcı durum/cihaz olması	9	5.6
	Kısıtlayıcı durum/cihaz yok	152	94.4
Tedavi Gördüğü Klinik	Yenidoğan Yoğun Bakım	9	5.6
	Çocuk Servisi	118	73.9
	Çocuk Acil	28	17.4
	Genel Cerrahi	6	2.9

Tablo 3'te görüldüğü gibi, çocukların %74.5'i 1-6 yaş aralığında, %59.6'sı erkek ve %81.4'ü okur-yazar değildir. Çocukların %96.9'unun kronik hastalığı yoktur, %96.3'ü uyanık ve oryantedir, tamamı normal görmektedir ve %96.9'unda yürüme ve denge problemi yoktur. Çocukların %94.4'ünün yanında ebeveyni vardır, %29.6'sının ebeveyni ilkokul mezunudur ve %95.7'sinin yaşam bulguları stabildir. Çocukların %97.5'i ameliyat olmamıştır, %94.4'ü sedasyon almamaktadır, %59.6'sının kullandığı yatak uygun değildir ve %94.4'ünün mobilizasyonunda kısıtlayıcı bir durum yoktur. Çocukların %73.9'ü çocuk servisinde tedavi görmekte ve hiç birinde düşme öyküsü bulunmamaktadır.

BUÇH II skorlarının dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur.

**Tablo 4. BUÇH II Skorlarının Dağılımı**

		N	%		
<b>Risk</b>	Var (6>)	67	41.6		
	Yok (6<)	94	58.4		
	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
<b>BUÇH II</b>	161	2	6	5.06	1.04

Tablo 4'te görüldüğü gibi, çocukların %58.4'ünde BUCH II skoruna göre düşme riski yoktur ve ortalama düşme riski puanı  $5.06 \pm 1.04$ 'dür.



**Tablo 5. Çocukların Özelliklerine Göre Düşme Riskleri**

Özellikler	Gruplar	X±SS	Test ve p
Yaş	1 yaşından küçük	4.15±0.86	KW=90.229 <b>p=0.000</b>
	1-6 yaş	5.55±0.51	
	7-12 yaş	3.22±0.64	
	13-18 yaş	3.00±0.00	
Cinsiyet	Kız	4.38±0.99	t=8.031
	Erkek	5.52±0.79	<b>p=0.000</b>
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	5.31±0.80	KW=28.806 <b>p=0.000</b>
	İlkokul	4.19±1.26	
	Ortaokul	2.75±0.50	
Kronik Hastalık	Yok	5.06±1.06	U=369.000
	Var	5.00±0.00	p=0.360
Bilinç Durumu	Uyanık ve oryante	5.10±1.01	U=193.500
	Oryantasyonu bozuk	4.00±1.41	<b>p=0.041</b>
Yürüme ve denge	Problemi yok	5.08±1.04	U=256.500
	Problemi var	4.60±0.89	p=0.165
Ebeveyn varlığı	Yok	3.50±1.73	U=143.000
	Var	5.10±0.99	<b>p=0.047</b>
Ebeveyn öğrenim durumu	Okuryazar değil	5.22±0.97	KW=6.584 p=0.160
	İlkokul	5.13±1.10	
	Ortaokul	5.00±1.13	
	Lise	4.76±1.01	
	Lisans	5.43±1.13	
Yaşam bulgusu	Stabil	5.06±1.06	U=427.000
	Unstabil	5.00±0.00	p=0.321
Ameliyat olma durumu	Yok	4.89±0.33	U=502.500
	Var	5.07±1.06	p=0.154
Sedasyon alma durumu	Yok	5.11±1.01	U=433.000
	Var	4.33±1.32	<b>p=0.049</b>
Kullanılan yatak	Uygun	4.89±1.10	t=1.713
	Uygun değil	5.18±0.98	p=0.089
Mobilizasyonda kısıtlama	Kısıtlayıcı durum/cihaz var	3.89±1.06	U=216.000
	Kısıtlayıcı durum/cihaz yok	5.07±1.35	<b>p=0.031</b>
Tedavi Gördüğü Klinik	Yenidoğan Yoğun Bakım	4.89±0.33	KW=6.418 p=0.093
	Çocuk Servisi	5.10±1.05	
	Çocuk Acil	5.21±0.87	
	Genel Cerrahi	3.83±1.73	

Tablo 5'te görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bilinç durumu, ebeveyn varlığı, sedasyon alma ve mobilizasyonda kısıtlaması olma durumuna göre BUCH II düşme riski oranları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Erkek çocuklarının, bilinci açık olanların, ebeveyni yanında olanların, sedasyon almayanların ve mobilizasyonda kısıtlaması olmayanların düşme riski taşıma oranları daha yüksektir.

Yaş aralığına göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde; 1-6 yaş aralığında olanların, diğer yaş gruplarından daha fazla düşme riski taşıdığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde; ilkokul mezunu olan çocukların diğer eğitim seviyesindekilerden daha az düşme riski taşıdıkları belirlenmiştir.

Tablo 5'te görüldüğü gibi, kronik hastalık, yürüme ve denge problemi olma, ameliyat olma, ebeveyn öğrenim durumu, yaşam bulgusu, kullanılan yatak ve tedavi görülen kliniğe göre BUCH II düşme riski oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelere ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Gruplar	N	%		
Cinsiyet	Kadın	51	85.0		
	Erkek	9	15.0		
Medeni Durum	Evli	21	35.0		
	Bekar	39	65.0		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	14	23.3		
	Yok	46	76.7		
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	20	33.3		
	Ön lisans	14	23.3		
	Lisans	26	43.3		
Çalışılan Klinik	Yenidoğan yoğun bakım	20	29.9		
	Çocuk Servisi	18	26.4		
	Çocuk Acil	13	21.8		
	Genel cerrahi	12	21.9		
	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
Yaş	60	19	41	25.82	5.42
Çocuk Sayısı	60	0	3	0.42	0.91
Çalışma Süresi	60	1	24	5.35	5.54

Tablo 6'da görüldüğü gibi, hemşirelerin %85'i kadındır, %65'i bekadır, %76.7'si çocuk sahibi değildir ve %43.3'ünün eğitim seviyesi lisanstır. Hemşirelerin %21.8'i acil serviste çalışmaktadır, yaş ortalaması  $25.82\pm 5.42$ 'dir, ortalama çocuk sayısı  $0.42\pm 0.91$  ve ortalama çalışma süresi  $5.35\pm 5.54$  yıldır.

Hemşirelerin düşme riskini önlemeye yönelik görüşlerinin dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7. Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşlerinin Dağılımı**

İfadeler	Görüşler	N	%
1-Çocuklardaki düşmenin mesleki bir hata olduğunu düşünme	Evet	25	41.7
	Hayır	35	58.3
2-Hemşirenin çocuklardaki düşmelerin önlenmesi ile ilgili sorumluluğu olduğunu düşünme	Evet	54	90.0
	Hayır	6	10.0
3-Çocuk hastaları arasında düşme durumu	Evet	28	46.7
	Hayır	32	53.3
4- Düşmelerin en sık nedeni	Ailenin dikkatsizliği	17	28.3
	Çocuğun kendisi	5	8.3
	Ailenin eğitimsizliği	10	16.7
	Hepsi	28	46.7
5-Her çocuğa düşme riski değerlendirmesi yapma durumu	Evet	51	85.0
	Hayır	9	15.0
6-Düşme riski değerlendirilmesi gerekliliği	Evet	58	96.7
	Hayır	2	3.3
7-Kullanılan düşme risk ölçeği	Harizmi ölçeği	48	80.0
	Kullanmıyoruz	12	20.0
8-Düşme riski değerlendirme zamanı	İlk yatışta	45	75.0
	Genel durumunda	3	5.0
	Değişiklik olduğunda	12	20.0
9- Düşmenin gerçekleştiği vakitler	Değerlendirmiyoruz	15	25.0
	Sabahın erken saatleri	18	30.0
	Gün içinde	5	8.3
10-Çocuğun yaşının düşme riskindeki önemi	Akşam	22	36.7
	Gece	58	96.7
11-Hastanedeki kalış süresinin düşme riskindeki önemi	Hayır	2	3.3
	Evet	49	81.7
12-Ebeveyn olmasının düşme riskindeki önemi	Hayır	11	18.3
	Evet	56	93.3
13-Kliniklerdeki yatak vb. gibi eşyaların düşme riskindeki önemi	Hayır	4	6.7
	Evet	49	81.7
	Hayır	11	18.3

**Tablo 7. Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşlerinin Dağılımı- devamı**

İfadeler	Görüşler	N	%
14-Düşme riski değerlendirmesinde zaman yönetiminin sorun olma durumu	Evet	12	20.0
	Hayır	48	80.0
15-Düşme riskini önleme yöntemleri konusunda eğitim alma durumu	Evet	31	51.7
	Hayır	29	48.3
16-Çalışılan klinikte düşmelere yönelik yeterli önlem alma durumu	Evet	47	78.3
	Hayır	13	21.7
17- Aileye düşmeyi önleme eğitimi yapma	Evet	44	73.3
	Hayır	16	26.7
18- Aileye düşmeyi önleme eğitimi yapma zamanı	Hastanın ilk kabulünde	50	83.3
	Düşme riski tanımlandığında	4	6.7
	Vermiyoruz	6	10.0
19-Çocukların yatağına ilişkin önlemler (korkuluk, frenleri kapatma vb.) alma durumu	Evet	58	96.7
	Hayır	2	3.3
20- Gece lambası kullanma durumu	Evet	11	18.3
	Hayır	49	81.7
21- Çocuk hastaların nakli sırasında düşmeye yönelik önlem alma durumu	Evet	47	78.3
	Hayır	13	21.7
22-Düşmeye yol açabilecek ilaçları bilme durumu	Evet	55	91.7
	Hayır	5	8.3

Tablo 7’de görüldüğü gibi, hemşirelerin %58.3’ü çocuklardaki düşmelerin mesleki bir hata olduğunu düşünmemekte, %90’ı hemşirenin çocuklardaki düşmelerin önlenmesi ile ilgili bir sorumluluğu olduğunu düşünmekte ve %53.3’ü çalıştığı süre zarfında düşen çocuk hastası olmadığını bildirmektedirler. Hemşirelerin %46.7’si çocuklardaki düşmelerin en sık nedeni için bütün seçeneklere evet demiş, %85’i çalıştığı klinikte her çocuğu düşme riski açısından değerlendirdiğini ve %96.7’si çalıştığı klinikte her çocuğun düşme riski yönünden değerlendirilmesinin gerekliliğine inandığını bildirmiştir. Hemşirelerin %80’i çalıştığı klinikte çocuklarda düşme riskini değerlendiren skalalardan Harizmi Düşme Riski ölçeğini kullandığını ve %75’i kliniğe gelen çocuk hastaları düşme riski açısından ilk yatışta değerlendirdiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %36.7’si çocuklardaki düşmelerin gece vakitlerde daha sık olduğunu, %81.7’si hastanedeki kalış süresinin çocuklarda düşme riskini etkilediğini düşündüğünü, %93.3’ü çocuğun yanında ebeveyn olmasının ve %81.7’si kliniklerdeki yatak vb. gibi eşyaların çocuklardaki düşme riskini etkilediğini düşündüklerini bildirmiştir.

Hemşirelerin %80'i çocuklarda düşme riski değerlendirmesi yaparken zaman yönetiminde sorun yaşamadığını, %51.7'si çocuklardaki düşme riskini önleme yöntemleri ile ilgili bir eğitim aldığını ve % 78.3'ü klinikte düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşündüklerini bildirmişlerdir. Hemşirelerin %73.3'ü çalışmakta olduğu klinikte aileye düşmeyi önleme eğitimi verildiğini, %83.3'ü çalıştığı klinikte aileye düşmeyi önleme eğitimini hastanın ilk kabulünde yapıldığını ve belirtmişlerdir. Hemşirelerin %96.7'si çalıştığı klinikte çocukların yatağına ilişkin önlemleri (korkuluk kullanma, frenleri kapatma vb.) aldığını, %81.7'si geceleri gece lambası kullanmadığını, %78.3'ü çocuk hastaların nakli sırasında düşmeye yönelik önlem aldığını ve %91.7'si çocuklarda düşmeye yol açabilecek ilaçları bildiğini ifade etmiştir.

Eğitim düzeyine göre hemşirelerin düşme riski önleme görüşlerinin karşılaştırılması Tablo 9'da sunulmuştur.

**Tablo 8. Eğitim Düzeyine Göre Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşleri**

Görüşler	İfadeler	Eğitim Düzeyi						Önemlilik
		SML		Ön.Lisans		Lisans		
		N	%	N	%	n	%	
1-Çocuklardaki düşmenin mesleki bir hata olduğunu düşünme	Evet	9	36.0	3	12.0	13	52.0	$x^2=3.193$ p=0.203
	Hayır	11	31.4	11	31.4	13	37.1	
2-Hemşirenin çocuklardaki düşmelerin önlenmesi ile ilgili sorumluluğu olduğunu düşünme	Evet	17	31.5	13	24.1	24	44.4	$x^2=0.836$ p=0.658
	Hayır	3	50.0	1	16.7	2	33.3	
3-Çocuk hastaları arasında düşme durumu	Evet	8	28.6	8	28.6	12	42.9	$x^2=0.977$ p=0.613
	Hayır	12	37.5	6	18.8	14	43.8	
4- Düşmelerin en sık nedeni	Ailenin dikkatsizliği	6	35.3	5	29.4	6	35.3	$x^2=12.073$ p=0.060
	Çocuğun kendisi	1	20.0	0	0.0	4	80.0	
	Ailenin eğitimsizliği	7	70.0	2	20.0	1	10.0	
	Hepsi	6	21.4	7	25.0	15	53.6	
5-Her çocuğa düşme riski değerlendirme yapma durumu	Evet	7	33.3	12	23.5	22	43.1	$x^2=0.009$ p=0.996
	Hayır	3	33.3	2	22.2	4	44.4	
6-Düşme riski değerlendirilmesi gerekliliği	Evet	20	34.5	13	22.4	25	43.1	$x^2=1.341$ p=0.511
	Hayır	0	0.0	1	50.0	1	50.0	
7-Kullanılan düşme risk ölçeği	Harizmi ölçeği	18	37.5	11	22.9	19	39.6	$x^2=2.047$ p=0.359
	Kullanmıyoruz	2	16.7	3	25.0	7	58.3	
8-Düşme riski değerlendirme zamanı	İlk yatışta	17	37.8	11	24.4	17	37.8	$x^2=3.325$ p=0.505
	Genel durumunda							
	değişiklik olduğunda	1	33.3	0	0.0	2	66.7	
	Değerlendirmiyoruz	2	16.7	3	25.0	7	58.3	

**Tablo 8. Eğitim Düzeyine Göre Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşleri- devamı**

İfadeler	Görüşler	Eğitim Düzeyi						Önemlilik
		SML		Ön Lisans		Lisans		
		N	%	N	%	n	%	
9- Düşmenin gerçekleştiği vakitler	Sabahın erken saatleri	8	53.3	1	6.7	6	40.0	$\chi^2=9.186^*$ p=0.163
	Gün içinde	2	11.1	6	33.3	10	55.6	
	Akşam	1	20.0	2	40.0	2	40.0	
	Gece	9	40.9	5	22.7	8	36.4	
10-Çocuğun yaşının düşme riskindeki önemi	Evet	19	32.8	14	24.1	25	43.1	$\chi^2=0.676^*$ p=0.713
	Hayır	1	50.0	0	0.0	1	50.0	
11-Hastanedeki kalış süresinin düşme riskindeki önemi	Evet	15	30.6	12	24.5	22	44.9	$\chi^2=0.898^*$ p=0.638
	Hayır	5	45.5	2	18.2	4	36.4	
12-Ebeveyn olmasının düşme riskindeki önemi	Evet	19	33.9	14	25.0	23	41.1	$\chi^2=2.081^*$ p=0.353
	Hayır	1	25.0	0	0.0	3	75.0	
13-Kliniklerdeki yatak vb. gibi eşyaların düşme riskindeki önemi	Evet	16	32.7	10	20.4	23	46.9	$\chi^2=1.819^*$ p=0.403
	Hayır	4	36.4	4	36.4	3	27.3	
14-Düşme riski değerlendirmesinde zaman yönetiminin sorun olma durumu	Evet	5	41.7	2	16.7	5	41.7	$\chi^2=0.608^*$ p=0.738
	Hayır	15	31.3	12	25.0	21	43.8	
15-Düşme riskini önleme yöntemleri konusunda eğitim alma durumu	Evet	10	32.3	8	25.8	13	41.9	$\chi^2=0.219$ P=0.896
	Hayır	10	34.5	6	20.7	13	44.8	
16-Çalışılan klinikte düşmelere yönelik yeterli önlem alma durumu	Evet	19	40.4	10	21.3	18	38.3	$\chi^2=4.936^*$ p=0.085
	Hayır	1	7.7	4	30.8	8	61.5	

**Tablo 8. Eğitim Düzeyine Göre Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşleri – devamı**

İfadeler	Görüşler	Eğitim Düzeyi						Önemlilik
		SML		Ön Lisans		Lisans		
		N	%	N	%	n	%	
17- Aileye düşmeyi önleme eğitimi yapma	Evet	19	43.2	9	20.5	16	36.4	$x^2=7.237^*$ <b>p=0.027</b>
	Hayır	1	6.3	5	31.3	10	62.5	
18- Aileye düşmeyi önleme eğitimi yapma zamanı	Hastanın ilk kabulünde	30	40.0	9	18.0	21	42.0	$x^2=7.780^*$ p=0.100
	Düşme riski tanımlandığında	0	0.0	2	50.0	2	50.0	
	Vermiyoruz	0	0.0	3	50.0	3	50.0	
19-Çocukların yatağına ilişkin önlemler (korkuluk, frenleri kapatma vb.) alma durumu	Evet	19	32.8	14	24.1	25	43.1	$x^2=0.676^*$ p=0.713
	Hayır	1	50.0	0	0.0	1	50.0	
20- Gece lambası kullanma durumu	Evet	17	34.7	12	24.5	20	40.8	$x^2=0.692^*$ p=0.707
	Hayır	3	27.3	2	18.2	6	54.5	
21- Çocuk hastaların nakli sırasında düşmeye yönelik önlem alma durumu	Evet	19	40.4	11	23.4	17	36.2	$x^2=5.842^*$ p=0.054
	Hayır	1	7.7	3	23.1	9	69.2	
22-Düşmeye yol açabilecek ilaçları Bilme durumu	Evet	17	30.9	14	25.5	24	43.6	$x^2=2.450^*$ p=0.294
	Hayır	3	60.0	0	0.0	2	40.0	

\*Fisher'in kesin ki kare analizi yapılmıştır.



Tablo 8’de görüldüğü gibi, hemşirelerin düşme riski önleme görüşlerine yönelik olarak; eğitim düzeyine göre sadece çalışılan klinikte aileye düşmeyi önleme eğitimi verilme durumuna göre fark vardır ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde; klinikte eğitim verilmeyenlerin lisans mezunlarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler açısından eğitim durumuna göre anlamlı bir fark istatistiksel olarak yoktur ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin düşme riski önleme görüşlerine göre çalışma süre ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da sunulmuştur.



**Tablo 9. Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşlerine Göre Çalışma Süre Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Görüşler	İfadeler	N	Ort.	SS.	Önemlilik
1-Çocuklardaki düşmenin mesleki bir hata olduğunu düşünme	Evet	25	5.12	4.98	U=426.000
	Hayır	35	5.51	5.97	p=0.862
2-Hemşirenin çocuklardaki düşmelerin önlenmesi ile ilgili sorumluluğu olduğunu düşünme	Evet	54	5.37	5.11	U=100.500
	Hayır	6	5.17	9.24	p=0.126
3-Çocuk hastaları arasında düşme durumu	Evet	28	6.64	6.01	U=318.000
	Hayır	32	4.22	4.91	p=0.052
4- Düşmelerin en sık nedeni	Evet	17	5.94	6.44	U=18.500
	Hayır	5	1.40	0.55	p=0.053
5-Her çocuğa düşme riski değerlendirmesi yapma durumu	Evet	51	5.71	5.69	U=132.000
	Hayır	9	3.33	4.30	<b>p=0.041</b>
6-Düşme riski değerlendirilmesi gerekliliği	Evet	58	5.43	5.60	U=42.500
	Hayır	2	3.00	2.83	p=0.519
7-Kullanılan düşme risk ölçeği	Harizmi ölçeği	48	5.69	5.95	U=246.000
	Kullanmıyoruz	12	4.00	3.28	p=0.433
8-Düşme riski değerlendirme zamanı	İlk yatışta	45	5.87	6.10	
	Genel durumunda değişiklik olduğunda	3	1.67	0.58	U=30.500 p=0.111
9-Düşmenin gerçekleştiği vakitler	Sabahın erken saatleri	15	5.13	6.82	U=102.500
	Gün içinde	18	6.33	5.30	p=0.234
10-Çocuğun yaşının düşme riskindeki önemi	Evet	58	5.41	5.62	U=54.500
	Hayır	2	3.50	2.12	p=0.884
11-Hastanede kalış süresinin düşme riskindeki önemi	Evet	49	5.49	5.81	U=248.000
	Hayır	11	4.73	4.29	p=0.678
12- Ebeveyn olmasının düşme riskindeki önemi	Evet	56	5.25	5.21	U=95.500
	Hayır	4	6.75	10.18	p=0.621

**Tablo 9. Hemşirelerin Düşme Riskine Yönelik Görüşlerine Göre Çalışma Süre Ortalamalarının Karşılaştırılması- devamı**

İfadeler	Görüşler	N	Ort.	SS.	Önemlilik
13-Kliniklerdeki yatak vb. gibi eşyaların düşme riskindeki önemi	Evet	49	5.22	5.53	U=244.500 p=0.629
	Hayır	11	5.91	5.80	
14-Düşme riski değerlendirilmesinde zaman yönetiminin sorun olma durumu	Evet	12	7.58	6.99	U=206.500 p=0.128
	Hayır	48	4.79	5.05	
15-Düşme riskini önleme yöntemleri konusunda eğitim alma durumu	Evet	31	6.61	6.84	U=361.500 p=0.188
	Hayır	29	4.00	3.28	
16-Çalışılan klinikte düşmelere yönelik yeterli önlem alma durumu	Evet	47	5.62	6.05	U=301.500 p=0.942
	Hayır	13	4.38	3.01	
17- Aileye düşmeyi önleme eğitimi yapma	Evet	44	5.75	6.04	U=296.000 p=0.344
	Hayır	16	4.25	3.80	
18- Aileye düşmeyi önleme eğitimi yapma zamanı	Hastanın ilk kabulünde	50	5.52	5.87	U=78.500 p=0.474
	Düşme riski tanımlandığında	4	5.75	3.77	
19-Çocukların yatağına ilişkin önlemler (korkuluk, frenleri kapatma vb.) alma durumu	Evet	58	5.48	5.59	U=24.000 p=0.157
	Hayır	2	1.50	0.71	
20- Gece lambası kullanma durumu	Evet	49	5.67	5.82	U=209.000 p=0.243
	Hayır	11	3.91	3.94	
21- Çocuk hastaların nakli sırasında düşmeye yönelik önlem alma durumu	Evet	47	5.72	6.00	U=259.000 p=0.399
	Hayır	13	4.00	3.21	
22-Düşmeye yol açabilecek ilaçları bilme durumu	Evet	55	5.65	5.67	U=65.000 p=0.050
	Hayır	5	2.00	1.73	

Tablo 9’da görüldüğü gibi, hemşirelerin düşme riski önleme görüşlerine yönelik olarak; çalışma sürelerine göre sadece çalışılan klinikte her çocuğu düşme riski açısından değerlendirme durumuna göre fark vardır ( $p<0.05$ ). Klinikte çocuğun düşme riskini değerlendirenlerin çalışma sürelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler açısından çalışma süresine göre anlamlı bir fark istatistiksel olarak yoktur ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Hastanelerde hasta bireyleri oluşabilecek ikincil yaralanmalardan korumada güvenli ortamın sağlanması oldukça önemlidir. Hastanelerde en sık karşılaşılan yaralanmalar arasında kaza sonucu görülen düşmeler önemli yer tutmaktadır. Düşmeler sonrasında yaşanan komplikasyonların ortaya çıkardığı yetersizlikler nedeniyle yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan, fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sorundur (Işık 2006, Myers 2003). Düşmeye sebep olabilecek faktörlerden birçoğu önlenabilir niteliktedir. Bu sebeple düşmelerin tanımlanıp, risk faktörlerinin belirlenmesi, bu risklerin ortadan kaldırılması veya risklere karşı önlemler alınması düşme insidansını azaltacaktır (Madak 2010).

### 5.1.Çocuklara Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmada, erkek çocuklarının, 1-6 yaş grubunda olanların, bilinci açık olanların, ebeveyni yanında olanların, sedasyon almayanların ve hareket kısıtlılığı olmayanların düşme riski taşıma oranları önemli düzeyde daha yüksektir ( $p<0.05$ , Tablo 5).Yaş aralığına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; 1-6 yaş aralığında olanların, diğer yaş gruplarından daha fazla düşme riski taşıdığı belirlenmiştir. Yaş, hastanede yatmakta olan çocuklar için düşmeye neden olan bir risk faktörüdür (Hill-Rodriquez ve ark. 2008, Razmus ve ark. 2006, Cummings 2006, Graff 2005).Daha küçük yaştaki çocuklar, hastanelerde en çok düşmeyi yaşayan gruptur. Bu gruptaki çocuklarda düşme insidansının yüksek olması yapılan diğer çalışmalarla da kanıtlanmıştır (Nimityongskul ve Anderson 1987, McGreevey 2005, JCI 2010, Cumming 2006, Tung ve ark. 2009).Hastanede yatan çocuklarda yapılan diğer bir çalışmada, yeni yürümeye başlayan çocuklarda düşmenin daha yüksek bir oranda olduğu bildirilmiştir (Mcgreevey 2005, Cumming 2006). Ayrıca, Demir ve ark. (2013) çalışmalarında hastanede yatan 1-6 yaş grubundaki çocukların daha sık düştükleri görülmüştür (Demir ve ark.2013). Bu araştırmada, önceki çalışmalara benzer şekilde1-6 yaş grubunda bulunan çocukların düşme riskinin diğer yaş gruplarında bulunan çocuklardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, çalışmamızda ergenlerin düşme riskinin daha az olması yatan ergen sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yapılan bu araştırmada düşme riskini en çok erkek cinsiyetteki çocuk hastaların yaşadıkları görülmüştür ( $p<0.05$ , Tablo 5). Literatürde düşme riski ve düşme olaylarının cinsiyetle ilişkisi karşılaştırıldığında, cinsiyete ilişkin kanıtlar karmaşıktır (Karataş ve Maral 2001, Hendrich ve ark. 2003, Gemalmaz ve ark. 2004, Kerzman ve ark. 2004, Özdemir ve

ark. 2005, Yeşilbakan ve Karadakovan 2005, Atman ve ark. 2007, Madak 2010). Bazı çalışmalarda erkeklerin daha sık düştüğü bildirilirken (Levene ve Bonfield 1991, Lyons ve Oates 1993, McGreevey 2005), bazı çalışmalarda ise kızların erkeklere kıyasla daha sık düştüğü bildirilmektedir (Cooper ve Nolt 2007). Hill-Rodriguez ve ark. (2008), 150 olgunun retrospektif incelemesine dayanan bir araştırmada, cinsiyetin risk faktörü açısından farklı olmadığını belirtmiştir (Hill-Rodriguez ve ark. 2008). Kerzman ve arkadaşları (2004) cinsiyetin düşme ile ilgili bir ilişkisi olmadığını saptamışlardır (Kerzman ve ark. 2004). Karataş ve Maral'ın (2001) yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklere göre dört kat daha fazla düşme riski yaşadıklarını belirtmişlerdir (Karataş ve Maral 2001).

Literatürde, nedeni tam olarak bilinmese de, kızların erkek çocuklara göre daha az düştüğü ve bu nedenle cinsiyetin düşme konusunda risk oluşturduğu bildirilmektedir (Özden ve ark. 2012). Hendrich ve arkadaşlarının (2003) hastaneye yatan hastalara yönelik düşme risk modeli geliştirdikleri çalışmasında, erkek hastaların daha fazla düşme olayını yaşadıklarını, Davenport ve arkadaşlarının (2009) bir üniversite hastanesinde düşme olaylarını gözlemledikleri çalışmada ise, erkeklerin düşme oranlarının daha yüksek (%74) olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada da düşme riskinin erkek çocuklar arasında daha yüksek bulunması, daha önce yapılan diğer çalışmalar (Hendrich ve ark.2003, Davenport ve ark. 2009, Levene ve Bonfield 1991, Lyons ve Oates 1993, McGreevey 2005) ile örtüşmektedir. Literatürde birçok çalışmada, sonuçların farklı olmasının nedeni, çalışmaların yapıldığı kurumlarda yatan hastaların cinsiyet dağılımlarında erkek ya da kız sayısının homojen olmayışı olarak yorumlanabilir.

Araştırmada, ebeveyni yanında bulunan çocuk hastaların daha çok düşme riski taşıdığı görülmüştür ( $p < 0.05$ , Tablo 5). Levene ve Bonfield (1991) yaptığı çalışmada, çocukların düştüğü sırada %52'sinin yanında bir ebeveyn bulunduğunu bulmuştur. Razmus ve arkadaşları (2006) ise çocukların düştüğü sırada ebeveynlerin %83 oranında yanında olduklarını bildirmişlerdir. Bu durumun nedeni olarak ise, bu çocukların aileleri yanındayken kendilerini daha rahat hissetmeleri ve daha normal gelişimsel faaliyetlerini gerçekleştirme eğiliminde oldukları ile açıklamışlardır. Bu da onları daha fazla risk almalarına yol açarak düşme riskinin daha çok yaşanmasına neden olur (Razmus ve ark. 2006). Yapılan bu araştırmanın bulgular, daha önce yapılan çalışmalarla benzerdir. Ebeveyni yanında olan çocukların daha yüksek düşme riski taşımasının bir nedeni de ebeveyni yanında olan çocuk sayısının olmayanlardan fazla olması olabilir.

Araştırmada, hareket kısıtlaması olmayan çocukların düşme riski taşıma oranları daha yüksektir ( $p < 0.05$ , Tablo 5). Schwendimann ve arkadaşları (2006) yaptıkları araştırmada belirlenen düşmelerin, hareket etme sırasında (%42.5), hasta yatağı ya da sandalyesinde ve (%20.2), pozisyon değişiklikleri yapıldığında (oturma/kalkma) (%34.6) meydana geldiğini belirtmişlerdir (Schwendimann ve ark. 2006). Kerzman ve arkadaşları (2004), düşmelerin en çok denge bozukluğu nedeniyle olduğunu ve düşme durumlarının yataktan kalkmaya çalışmak, yatak kenarlıklarını yükseltmeye çabalamak yürümek, oturmaya çalışmak, tuvalete gitmek gibi eylemlerde gerçekleştiğini tespit etmişlerdir (Kerzman ve ark. 2004). Evans ve arkadaşları (1998) ve Hitcho ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmalarda ise, banyo yapma, yürüme ve merdiven çıkmanın düşmeyi etkileyen faktörlerden olduğunu ve düşme için zemin hazırladığını bildirmişlerdir (Evans ve ark. 1998, Hitcho ve ark. 2004). Daha önce yapılan bu çalışmalar yaşanmış düşme olayları üzerinden yapılmıştır, bununla birlikte çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olarak düşme riskinin mobil hastalarda daha fazla olduğunu göstermektedir.

Evans ve arkadaşları (1998) düşmeyi önlemede etkili olabilecek çevreye ait düzenlemeler olarak, hasta yatağında koruyucu pedlerin yerleştirilmesi, alarm sistemlerinin kullanılması, yataklar ve yatak kenarındaki mobilyaların sağlam ve dengeli olması gerektiğini belirtmişlerdir. Düşme riski olan hastaların yataklarının özellikleri için ise; yatağın düşük konumda tutulması, yatak fren ve kenarlarının açık konumda olması ve hastanın gerekli eşyalarına ulaşabileceği uzaklıkta bulunması gerektiğini önermişlerdir (Evans ve ark. 1998). Bu araştırmada ele alınan çevresel önlemler, literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada düşmeleri azaltıcı çevresel önlemler kurumun niteliği ve önlemlerin uygulanıp, uygulanmama durumuna bağlanabilir. Ayrıca kurumların hasta güvenliğine ayırdıkları bütçeleri de belirleyici olabilir.

Çalışma sonucunda, oryantasyon sorunu olmayan, bilinci açık ve uyanık çocukların düşme riski yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ , Tablo 5). Elde edilen bu sonuç literatür bilgileriyle örtüşmektedir. Jamerson ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada oryante, kronolojik yaşıyla uyumlu gelişimsel yaşa sahip, dengesi iyi durumda olan çocuklarda düşme riskinin daha yüksek olduğu, buna karşılık nöbet öyküsü olan ya da senkop geçiren çocuklarda düşme riskinin daha düşük olduğu, anestezi, sedasyon ve narkotik kullanımının düşme riski ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Jamerson ve ark. 2014). Bulgunun başka bir nedeni ise oryantasyon sorunu olmayan çocuk hasta sayısının fazla olması olarak açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan çocuk hastaların eğitim durumu ve düşme risk düzeyleri karşılaştırıldığında, okuryazar olmayanların düşme riskinin yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 5). Araştırmada hastaların eğitim seviyesi düştükçe düşme riskinin arttığı gözlemlenmiştir. Bunun nedeni olarak, araştırmaya alınan çocukların çoğunluğunun 1-6 yaş ve altında olması ve çocuklarda eğitim düzeyinin yaş ile paralel olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sedasyon almayan çocuklarda düşme riskinin fazla olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ , Tablo 5). Literatürde sedasyon alma durumunun düşme riskini etkilediği görülmüştür (Yöntem ve ark. 2017). Bulduğumuz sonucun literatürden farklı olmasının nedeni olarak, sedasyon almayan çocuk hasta sayısının çok olması, yattığı klinik, uygulanan tedavi ve ilaçların farklı olması ile açıklanabilir. Ayrıca, sedasyon almış çocuk hastalarda hareket kısıtlılığı olmasından dolayı hareket etmeleri zordur bu nedenle düşme riskleride sedasyon almayan çocuk hastalara oranla daha düşüktür şeklinde yorumlanabilir.

## 5.2. Hemşirelere Ait Bulguların Tartışılması

Hemşirenin sorumluluğu, yatan her hastayı düşme riski açısından değerlendirip, yüksek riskli olan hastayı belirlemektir ve yüksek düşme riski olan hastalar için düşme riski açısından kurumun belirlemiş olduğu prosedürleri uygulayarak hastaya bakım vermektir (Atıcılar 2011). Heinze ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları çalışmada, hastaların hastane ortamında düşmesinin tamamen önlenemeyeceği fakat uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceğini (Heinze ve ark. 2006); Çapacı (2007) düşmeyi önlemede en yaygın yaklaşımın, öncelikle hastalarda düşme eğilimini belirleyen risk düzeyinin tanılanması gerektiğini ve düşmeye neden olan çok sayıda risk faktörünün olduğunu belirtmektedir (Çapacı 2007).

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu (%90.0), hasta düşmelerinde sorumluluğu olduğunu belirtmesi, Çırpı ve arkadaşlarının 2009'daki çalışmasında "hemşirelerin hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyoneli olarak tanımladığı" bulgusuyla örtüşmektedir (Çırpı ve ark. 2009).

"Çocuklardaki düşme riskini önlemeye yönelik eğitim aldınız mı?" sorusuna hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%51.7) evet yanıtını vermiştir. Literatürde sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ve özellikle hasta düşmelerine yönelik eğitim almalarının gerektiği bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2017, JCI 2014, CDC 2014, Suzanne 2005). Koh ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları çalışmada, hizmet içi eğitim sonrası hemşirelerin

hasta düşmeleri ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir (Koh ve ark. 2009). Alınan eğitimlerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve duyarlılığın gelişmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde, hemşireler yatan çocuk hastalar için %80.0 oranında Harizmi Düşme Riski Skalası kullandıklarını belirtmektedir. Bu bulgu, literatürde geçen yatan hastaların düşme riski yönünden bir ölçekle değerlendirilmesi bilgisiyle uyumludur (Sağlık Bakanlığı 2017, JCI 2014). Ayrıca, çalışmada, hemşirelerin %75'i kliniğe gelen çocuk hastaları düşme riski açısından ilk yatışta değerlendirdiğini, %85'i çalıştığı klinikte her çocuğu (düşme riski olmasa da) düşme riski açısından değerlendirdiği ve %96.7'si çalıştığı klinikte her çocuğun düşme riski yönünden değerlendirilmesi gerekliliğine inanması, daha önce yapılan çalışmalara uygun olup, hemşirelerin bu konuya duyarlı olduğunu göstermektedir (Tablo 2). Ayrıca; çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun hastaların düşme riskini değerlendirdiği görülmektedir. Bu bulgu, Yates ve Tart'ın (2012) yapmış oldukları çalışmayla benzerdir. Yates ve Tart'ın yapmış oldukları çalışmada (2012), hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun düşme riskini değerlendirdiğini belirlemişlerdir (Yates ve Tart 2012).

Hemşirelerin %73.3'ü çalışmakta olduğu klinikte aileye düşmeyi önleme eğitimi verildiğini, verilen bu düşmeyi önleme eğitiminin %83.3 oranında hastanın ilk kabulünde verildiği saptamıştır. Araştırma sonucu elde edilen bulgular hemşirelerin hasta düşmeleri konusunda farkındalıklarının yüksek fakat hasta ve ailesinin düşme konusunda farkındalığını artırmaya yönelik verilen eğitimlerin istendik düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Hastanede yatan çocukların düşme riskleri ile ilgili ebeveynlerin eğitilmesinin ve iletişimin önemi Cooper ve Nolt (2007) tarafından ifade edilmiştir. Klinisyenlerin iletişimiyle birlikte, ebeveyn/aile bireylerinin düşme riskini önleme programlarında ayrılmaz bir bütün olduğunu belirtmişlerdir (Cooper ve Nolt 2007). Ayrıca JCI önerilerinde hasta düşmeleri konusunda kurum çalışanlarına eğitim programları düzenlenmesi, hasta ve ailesine eğitim verilmesinin gerekliliği ayrıca vurgulanmaktadır (JCI 2014).

Hemşirelerin %81.7'si kliniklerdeki yatak vb. gibi eşyaların çocuklardaki düşme riskini etkilediğini düşündüklerini bildirmiştir. Bu bulgu, yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir (Levene ve Bonfield 1991, Helfer ve ark. 1977). Ayrıca, çevrenin hastalar üstüne etkisi ve gerekli önlemlerin alınması ile ilgili ifadeleri benzerdir (Karan 1999, Rao 2005, Çapacı 2007).



Hemşirelerin düşme riski önleme görüşlerine yönelik eğitim düzeyine göre çalışılan klinikte aileye düşmeyi önleme eğitimi verilme durumu anlamlıdır ( $p < 0.05$ , Tablo 8). Klinikte eğitim vermeyenlerin lisans mezunlarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenler açısından eğitim durumuna göre anlamlı bir fark istatistiksel olarak yoktur ( $p > 0.05$ ). Bu durum lisans eğitimine sahip olan hemşirelerin hastanın yaşadığı düşme olayından doğrudan kendilerini sorumlu tutmaları, bunun hemşirenin sorumluluğu olduğunun farkında olmaları, sorumluluğu aileye bırakmamaları ve aldıkları lisans eğitiminin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Işık'ın (2006) yaptığı çalışmada, düşmelerin önlenmesine yönelik girişimlerde başarı sağlamada sağlık çalışanların eğitiminin gerekliliği belirtilmiştir (Işık 2006).

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre sadece çalışılan klinikte her çocuğu düşme riski açısından değerlendirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır ( $p < 0.05$ , Tablo 9). Klinikte her çocuğun düşme riskini değerlendirenlerin çalışma sürelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum hemşirelerin mesleki deneyimlerinin arttıkça düşme riski konusundaki farkındalıklarının da artması ile açıklanabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi, hemşirelerin düşme riski ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Düşme riskinin en çok erkek cinsiyetteki çocuk hastalarda görüldüğü,
- 1-6 yaş aralığındaki çocuklarda düşme riskinin fazla olduğu,
- Ebeveyni yanında olan çocuklarda düşme riskinin daha fazla olduğu,
- Bilinci açık, sedasyon almayan ve mobilizasyonda kısıtlaması olmayan çocukların düşme riskinin daha fazla olduğu,
- Kronik hastalığı olma, yürüme ve denge problemi olma, ameliyat olma, yaşam bulgusu, kullanılan yatak, ebeveyn öğrenim durumu ve tedavi görülen kliniğin düşme açısından risk faktörü olmadığı,
- Hemşirelerin %58.3'ü çocuklardaki düşmelerin mesleki bir hata olduğunu ve %90'ının çocuk hastaların düşmesinde hemşirenin sorumluluğu olduğunu düşündüğünü,
- Hemşirelerin %51.7'inin düşme riskini önleme programı ile ilgili eğitim aldığı ve %83.3'ünün çalışmakta olduğu kliniklerde ailelere düşmeyi önlemeye yönelik eğitim verdiklerini,
- Hemşirelerin %80'inin çalıştığı kliniklerde düşme risk ölçeği kullandığı,
- Lisans mezunu hemşirelerin klinikte aileye düşmeyi önlemeye yönelik daha az eğitim verdikleri,
- Klinikte her çocuğu düşme riski açısından değerlendiren hemşirelerin çalışma sürelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda sunulan önerilerin, düşme risk düzeylerinin ve düşmeyi önleme uygulamalarının belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

- Sağlık hizmeti veren tüm kamu kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliğine yönelik çalışmalara daha çok yer verilmesi,
- Hastanede yatan tüm çocukların düşme risk düzeyleri uygun düşme risk değerlendirme ölçekleri kullanılarak belirlenmesi,

- Hasta güvenliğinde önemli bir yere sahip dūşmelerin engellenmesine yönelik protokollerin oluşturulup, kurumlarda var olan politikaların yeniden gözden geçirilerek geliştirilmesi,
- Dūşmeyi önleme programları kapsamında hemşirelerin eğitim programlarıyla bu konu hakkında daha çok eğitilerek, farkındalıklarının artırılması,
- Hastanelerde görev yapan yardımcı sağlık çalışanlarının dūşmeyi önlemedeki girişimler konusunda bilgilendirilmeleri,
- Hasta ve hasta yakınlarının dūşme ile ilgili riskler ve bu risklerin önlemleri konusunda bilgilendirilmeleri,
- Hastanın sağlık ve güvenliğini riske atacak durumlar yaşandığında rapor edilmesini kolaylaştıracak kurumsal önlemlerin alınması,
- Hasta dūşmelerine neden olabilecek faktörleri belirleme ve dūşmeleri önleme konusunda daha kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAKLAR

Acute Care Fall Prevention Community: Fall prevention in acute care. Interior Health, Kelowna, 2011.  
Administration Quarterly, 34(2): 147-155, 2010.

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing falls in hospitals. 2013.  
<http://www.ahrq.gov/professional/systems/hospital/fallpxtoolkit>, Erişim Tarihi: 01.06.2014.

Akalın HE: Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 5(3): 141-146, 2005.

Akgül A: Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri, SPSS Uygulamaları. İstanbul: Emek Ofset, 2005.

Aştı AT, Karadağ A: Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri. Adana: Nobel Kitabevi, 2011.

Atman CÜ, Dinç G, Oruçoğlu A, Oğurlu H, Ecebay A: Manisa Muradiye Sağlık Ocağı bölgesinde yaşlılarda kaza sıklığı ve kaza ile ilişkili faktörler. Türk Geriatri Dergisi, 10(2): 83-87, 2007.

Atıcılar A: Cerrahi hastaların düşme riskine karşı hemşirelerin aldıkları önlemler. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare: Preventing falls and harm from falls in older people. Sydney, p.1-236, 2009.

Australian Commission on Safety And Quality in Healthcare: Safety and quality improvement guide standard 10 preventing falls and harm from falls. Sydney, 2012.

Başkan BM, Sivas F, Doğan YP, Eser F, Aktekin JA, Özoran K, Bodur H. Romatoidartritli hastalarda düşme, düşme korkusu ve aktivite kısıtlaması. Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi , 20(1):1-7, 2009.

Berke D, Aslan EF: Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: düşmeler, nedenleri ve önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4): 72-77, 2010.

Beyazay S: Yaşlı Hastalarda Tedavi Süreçlerindeki Düşme Riskinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, 2011.

Britan D: Düşmeler. [www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/dusmeler.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/dusmeler.pdf), Erişim Tarihi: 05.06.2017.

British Columbia Falls & Injury Prevention Coalition: Preventing Falls Among Seniors: How health professionals can help, 2012.

British Columbia Falls & Injury Prevention Coalition. Seniors: Falls Can Be Prevented, p.1-4, 2007.

Buğdaycı SD, Paker N, Tekdöş D, Topal K, Erbil E, Ersoy S: Düşen ve düşmeyen diz osteoartritli kadınlarda dizin fonksiyonel durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 58(1): 22-25, 2012.

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

Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N: Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals (Review). Published by JohnWiley & Sons, Ltd, p.1-118, 2010.

Campbell AJ, FRACP, FRCP, Robertson MC: Fall prevention: single or multiple interventions?. Single interventions for fall prevention. Journal of the American Geriatrics Society, 61(2): 281-287, 2013.

CDC: Injury Research Agenda, 2008. <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/nursing.html>, Erişim Tarihi:05.06.2017.

CDC: Centers of Disease Control and Prevention. Falls in nursing homes the web site: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/nursing.html>, 2014.

Child Health Corporation Of America Nursing Falls Study Task Force: Pediatric Falls: State Of The Science. Pediatric Nursing, 35(4): 227-231, 2009.

Cooper C, Nolt J: Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. Journal Of Nursing Care And Quality, 22(2):107-112, 2007.

Cummings RL: Creating a pediatric fall assessment tool. Advancing evidence-based nursing the 4th international evidence-based nursing conference sponsored by Sigma Theta Tau International. Montreal, Quebec, Canada, 2006.

Çapacı K: İnmede düşme ve kırıklar, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 53(1): 7-10, 2007.

Çeçen D, Özbayır T: Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 27(1): 11-23, 2011.

Çelik İ: Çocukluk çağı yaralanmalarında davranışsal belirleyiciler neyi gösteriyor? Klinik Çocuk Forumu, 4(2):6-11, 2004.

Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM: Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamaları ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3): 26–34, 2009.

Davenport, RD, Vaidean, GD, Jones, CB, Chandler, M, Kessler, LA, Mion, LC, Shorr, RI: Falls following discharge after an in-hospital fall. BMJ, 9:53, 1-7, 2009.

Demir D, Yöntem SÇ, Sarı HY, Bektaş M: Çocuk hastalar için düşme riski tanılama ölçeğinin geliştirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(3):34-41, 2013.

Duman S: Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

Düşmeyi Engelleme Programı: [www.hastagüvenliğimiz.com/dengelemeprogrami.html](http://www.hastagüvenliğimiz.com/dengelemeprogrami.html).  
Erişim Tarihi:27.09.2017.

Erdil F, Bayraktar N: Yaşlı bireylerde kas-iskelet sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 18(2):106-113, 2010.

Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J, Kowanko I. (1998). Falls in acute hospitals a systematic review. Published by the joanna brings institute for evidence based nursing and midwifery first published, South Australia. <http://www.premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/E-13-acute-systematic-reviewaus>. Pdf, Erişim Tarihi: 16.03.2018.

Eyigör S: Düşmelere yaklaşım. Ege Tıp Dergisi, Ek Sayı:43-51, 2012.

Fonad E, Wahlin RBT, Winblad B, Emami A, Sandmark H: Falls and fall risk among nursing home residents. Journal of Clinical Nursing ,17(1):126-134, 2008.

Fonda D, Cook J, Sandler V, Ailey M: Sustained reduction in serious fall – related injuries in older people in hospital. Medical Journal of Australia (MJA), 168(8): 379-382, 2006.

Gallardo MA, Asencio MMJ, Sanchez CCJ, Banderas MMA, Suarez MBA: Group for preventing falls in hospital costa del sol. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review protocol. Journal of Advanced Nursing, 69(1): 185-193, 2012.

Gemalmaz A, Dişçigil G, Başak O: Huzurevi sakinlerinin yürüme ve denge durumlarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 7(1): 41-44, 2004.

Gilbert T, Szczerbin'ska K, Ziery G, Ait S, Bonnefoy M, Velde N, Cruz-Jentoft AJ: The same patient in various European countries management of falls: france, the netherlands, poland. European Geriatric Medicine, 3(4):246-253, 2012.

Graf ER, Pediatric Hospital Falls: Development Of A Predictor Model To Guide Pediatric Clinical Practice. Honor Society Of Nursing. Available From: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/147928>, 2005.

Güngörsün HÇ, Yıldız C, Kızılcay G. Nöroşirürji kliniğinde düşme: Olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Dergisi, 24(Ek Sayı): 409-410, 2014.

Harvey K, Kramlich D, Champman J, Parker J, Blades E. Exploring and evaluating fi ve paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators: An ambispective study in a tertiary care setting. Journal of Nursing Management, 8:531-541 , 2011.

Helfer RE, Slovis TS, Black M. Injuries resulting when small children fall out of bed. Pediatrics, 60(4): 533-535, 1977.

Hendrich, AL, Bender, PS, Nyhuis, A: Validation of Hendrich II fall risk model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. Applied Nursing Research, 16(1): 9-21, 2003.

Hill-Rodriguez D, Messmer PR, Williams PD, Zeller RA, Williams AR, Woods M, Henry M: The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. Journal For Specialist in Pediatric Nursing, 14(1):22-32, 2008.

Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Dunagan CW, Fischer I, Johnson S, Nast PA, Costantinou R, Fraser VJ: Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. Journal of General İnternal Medicine, 19: 732-739, 2004.

Işık AT: Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi. Türkiye Geriatri Dergisi, 9(1): 45-50, 2006.

Jamerson PA, Graf E, Messmer PR, Fields HW, Barton S, Berger A: Inpatient Falls in Freestanding Children's Hospitals. *Pediatric Nursing*, 40(3):127-135, 2014.

Joint Commission International: National patient safety goals. [http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/EADA6461-F238-4680-B4E2-07B433B2701/0/08\\_NPSG\\_ASL\\_gp.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/EADA6461-F238-4680-B4E2-07B433B2701/0/08_NPSG_ASL_gp.pdf), 2010.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: National patient safety goals effective. Washington, 2014.

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations Sentinel Hotline, 2014. Joint Commission International, <http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/Quality-and-Safety-Risk-Areas/Patient-Safety>. Erişim Tarihi: 01.10.2010

Karataş G, Maral I. Ankara-Gölbaşı ilçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. Gazi Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Geriatri Dergisi, 4(4): 152-158, 2001.

Karan İ: Hastanelerde fiziksel ortamın hastalar üzerindeki etkilerinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.

Karatepe TU, Ekerbiçer HÇ: Çocuklarda Ev Kazaları.Sakarya Tıp Dergisi, 7(1):69-73, 2017

Kerzman H, Chetrit A, Brin L, Toren, O: Characteristics of falls in hospitalized patients. Journal of Advanced Nursing, 47(2): 223-229, 2004.

Kim EAN, Mordiffi SZ, Wong HB, Devi K, Evans D: Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. Journal of Advanced Nursing, 60(4): 427-435, 2007.

Koh SLS, Hafizah N, Lee JY, Loo YL, Muthu R: Impact of a fall prevention programme in acute hospital settings in Singapore. Singapore Med J, 50:425-32, 2009.

Lach HW: The costs and outcomes of falls what's a nursing administrator to do?. Nursing Administration Quarterly, 34(2):147-155, 2010.

Levene S, Bonfield G: Accidents in hospital wards. Archives of disease in childhood, 66(9):1047-1049,1991.

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

Lök N: Yaşlılarda Düşmelere Sebep Olan Ev İçi Çevresel Risk Faktörleri ve Düşme İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya,2010.

Lyons TJ, Oates RK. July, Falling out of bed: A relatively benign occurrence. *Pediatrics*, 92: 125-127, 1993.

Madak KU: Bir Üniversite Hastanesindeki Hastaların Düşme Risk Düzeylerinin ve Düşme Önleme Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.

Mcgreevey M: September, Examining inpatient pediatric falls: Understanding the reasons and finding The solutions. Joint Commission Perspectives On Patient Safety, 5(9):5-6,2005.

Milisen K, Coussement J, Flamaing J, Vlaeyen E, Schwendimann R, Dejaeger E, Surmont K, Boonen S: Fall prediction according to nurses clinical judgment. Differences between medical, surgical, and geriatric wards. Journal of the American Geriatrics Society, 60: 1115-1121, 2012.

Mollaoğlu M, Fertelli T, Özkan Tuncay F: Dâhili kliniklerde yatan bireylerin düşme riski ve alınan önlemlerin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(1): 27-34, 2013.



Monson SA, Henry E, Lambert DK, Schmutz N, Christensen RD: In-hospital falls of newborn infants: data from a multihospital health care system. *Pediatrics*, 122(2), E277-E280,2008.

Myers H: Hospital fall risk assessment tools, A critique of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 9: 223-235, 2003.

National Patient Safety Agency.: The third report from the patient safety observatory slips, trips and falls in hospital. London, p. 7-69, 2007.

Naharcı İ, Doruk H: Yaşlı Popülasyonda Düşmeler. *TAF Prev Med Bull*. 8:(5), 437-444, National Institutes, 2009.

NPSF: Patient Safety Dictionary. <http://www.npsf.org/default.asp?page=dictionaryae>. Erişim Tarihi: 17.08.2017.

NSQHS: National Safety and Quality Health Service Standards, 2012. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/09/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>. Erişim Tarihi: 17.08.2017.

Nguyen ND, Pongchaiyakul C, Center JR, Eisman JA, Nguyen TV: Identification of highrisk individuals for hip fracture: a 14-year prospective study. *Journal of Bone And Mineral Research*, 20(11):1921-1928, 2005.

Nimityongskul P, Anderson LD. The likelihood of injuries when children fall out of bed. *Journal Pediatric Orthopedics*, 7(2): 184-186,1987.

Nitz J, Cyarto E, Andrews S, Fearn M, Fu S, Haines T, Haralambous B, Hill K, Hunt S, Lea E, Moore K, Renehan E, Robinson A: Outcomes from the implementation of a facility-specific evidence-based falls prevention intervention program in residential aged care. *Geriatric Nursing*, 33(1): 41-50, 2012.

Oliver D, Healey F: Falls risk assessment tools for hospital inpatients do they work? *Nursing Times*, 105(7): 18-21, 2009.

Oliver D, Healey F, Haines TP: Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clin Geriatr Med*, 26: 645-692, 2010.

Özdemir, L, Akdemir, N, Akyar, İ: Hemşireler için geliştirilen yaşlı değerlendirme formu ve geriatrik sorunlar. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(2): 94-100, 2005.

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

Perrell KL: Assessing the risk of falls: guidelines for selecting appropriate measures for Perrell K, Nelson A, Goldman R, Luther S, Lewis N, Rubenstein L: Fall risk assessment measures. An Analytic Review, Journal Of Gerontology, Medical Sciences, 56(12):761-766, 2001.

Raeder K, Siegmund UMA, Grittner U, Dassen T, Heinze H. The use of fall prevention guidelines in German hospitals a multilevel analysis. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16(3): 464-469, 2010.

Rasmus I, Wilson D, Smith R, Newman E. Falls in Hospitalized Children, Pediatric Nursing, 32(6): 568-572, 2006.

Rao SS: Prevention of falls in older patients. Am Fam Physician, 72:81-88, 2005.

Rivara FP, Grossman D. Injury Control: In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF: (eds), Nelson Textbook Of Pediatrics. 18. Baskı. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 366-75, 2007.

Rubenstein, LZ, Josephson, KR. Falls and their prevention in elderly people: What Does The Evidence Show? The Medical Clinics of North America, 90:807-824, 2006.

Sağlık Bakanlığı: Harizmi Düşme Riski Tanılama Ölçeği: <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=319> , Erişim tarihi: 05.06.2017.

Saray KH, Özhan EN: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire Ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri Ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17:2, 2014

Savaş S, Akçiçek F: Kapsamlı geriatrik değerlendirme. Ege Tıp Dergisi, 49(3) Ek:19-30, 2010.

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

Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H: Nöroloji ve Nöroşürji kliniklerinde hastaların düşme riski düzeyi ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):19-25, 2009.

Sayek F: Türk tabipleri birliği raporları/kitapları-2010 hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, p.13-191, 2011.[http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10\\_hastaguenlik.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguenlik.pdf). Erişim tarihi:17.11.2013.

Schwendimann R, Bühler H, Degest S, Milisen K: Falls and consequent injuries in hospitalized patients: Effects of An Interdisciplinary Falls Prevention Program, 2006.

Schwendimann R, Geest S, Milisen K: Characteristics of in-patient falls in different hospital department 2006; p. 32-49. [http://edoc.unibas.ch/495/1/DissB\\_7645.pdf](http://edoc.unibas.ch/495/1/DissB_7645.pdf). Erişim Tarihi: 12.07.2017.

Spoelstra SL, Given BA, Given CW: Fall prevention in hospitals: an integrative review. Staggs VS, Knight JE, Dunton N. Understanding unassisted falls effects of nurse staffing level and nursing staff characteristics. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3): 194-199, 2012.

Sterke CS, Ziere G, Beeck EF, Looman CWN, Cammen TJM: Dose-response relationship between selective serotonin re-uptake inhibitors and injurious falls: a study in nursing home residents with dementia. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5):812- 820, 2012.

Suzanne C: Preventing patients falls in perioperative settings. *AORN Journal*, 81:393-395, 2005.

Terrell K, Weaver C, Giles K, Ross MED: Patient falls and resulting injuries. *Journal Emergency Nursing*, 35(2): 89-92, 2009.

Tinetti ME: Preventing falls in elderly persons. *Journal Of Nursing Medicine*, 348: 42-9,2010.

Tung T, Liu M, Yang J, Syu W, Wu H: Useful methods of preventing accidental falls from the bed in children at the emergency department. *Eur Journal Of Pediatrics*, 1323-1336, 2009.

TDK: Türk Dil Kurumu. [www.tdkterim.gov.tr](http://www.tdkterim.gov.tr) . Erişim Tarihi: 02.06.2017.

UCSF Medical Center: Falls Prevention Program Pediatrics, 2005. [www.mnhospitals.org/.../FallsPreventionProgram%28Pediater](http://www.mnhospitals.org/.../FallsPreventionProgram%28Pediater), Erişim Tarihi: 05.06.2017.

Uslu A: Memorial Hastanesi'nde düşme önleme uygulamaları, Sağlıkta Akreditasyon Günleri, İzmir, 2008.

Vancouver Coastal Health: Prevent falls stay on your feet. Vancouver, p.3-15, 2010, <http://docplayer.net/41196406-Prevent-falls-a-l-stay-on-your-feet.html>. Erişim Tarihi: 02.06.2017.

Wood ML: Implementing a Humpty Dumpty Falls™ Scale & Prevention Program. *Pursuit of Excellence*,7(1):3, 2006.

Wong Shee A, Phillips B, Hill K. Comparison of two fall risk assessment tools (frats) targeting falls prevention in sub-acute care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3): 653-659, 2012.

World Health Organization (WHO), 2004. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?.<http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>. Erişim Tarihi: 01.06.2017.

Yates KM, Tart RC.: Acute care patient falls: Evaluation of a revised fall prevention program following comparative analysis of psychiatric and medical patient falls. *Appl Nurs Res*, 25 (2): 68-74, 2012.

Yeřilbakan, UÖ, Karadakovan, A: Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yařayan yařlı bireylerdeki dűřme sıklıęı ve dűřmeyi etkileyen faktörleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(2): 72 – 77, 2005.

Yöntem SÇ, Gök D, Sarı HY, Aydınlık F: Çocuk hastalar için dűřme riski tanılama ölçeğinin revize edilmesiİzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 7(2):105-112, 2017.



## 8. EKLER

### EK-1

#### ÇOCUK DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Yaş ( )
2. Cinsiyet K ( ) E ( )
3. Eğitim Durumu Okuryazar Değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( )
4. Kronik Hastalık Yok ( ) Var ( )
5. Bilinç Durumu Uyanık ve Oryante ( ) Oryantasyonu Bozuk ( )
6. Görme Durumu Normal ( ) Zayıf Görüyor/ Görmüyor ( )
7. Yürüme ve Denge Problemi Yok ( ) Problemi Var ( )
8. Ebeveyn Varlığı Yok ( ) Var ( )
9. Ebeveyn Öğrenim Durumu Okuryazardeğil ( ) İlkolul ( ) Ortaokul ( )  
Lise ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ( )
10. Yaşam Bulguları Stabil ( ) Unstabil ( )
11. Ameliyat Olma Durumu Yok ( ) Var ( )
12. Sedasyon Alma Durumu Yok ( ) Var ( )
13. Kullanılan Yatak Uygun ( ) Uygun Deil ( )
14. Mobilizasyonda Kısıtlama Kısıtlayıcı durum/cihaz olması ( )  
Kısıtlayıcı durum/cihaz yok ( )
15. Tedavi Gördüğü Klinik.....
16. Hastanede Kalış Süresi.....
17. Düşme Öyküsü Yok ( ) Var ( )
18. Hasta nerede düştü?.....
19. Hastanın düşme şekli nasıl meydana geldi?  
Transfer ( ) Mobilizasyon ( ) Diğer ( )
20. Düşme sonucu hastada neler gözlemlendi?  
Ağrı ( ) Morarma ( ) Ezik ( ) Hematom ( ) Yüzeysel ( ) Yara ( ) Diğer ( )
21. Hasta saat kaçta düştü? .....
22. Hasta düştüğünde birimdeki hemşire sayısı: .....
23. Hasta düştüğünde birimdeki hasta sayısı: .....

**EK-2****HEMŞİRE TANITICI BİLGİ FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, çocuk hastalarda düşme riski ve hemşirelerin aldıkları önlemleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek bilgiler, sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. İsim belirtmenize gerek yoktur. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Hemşire Devran Atalay  
Kafkas Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yaş ( )  
Cinsiyet K ( ) E ( )  
Medeni Durum Evli ( ) Bekar ( )  
Çocuk Sahibi Olma Durumu Var ( ) Yok ( ) Var İse Sayısı:.....  
Eğitim Durumu Sağlık Meslek Lisesi ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( )  
Lisansüstü ( )  
Çalışma Süresi :.....  
Çalıştığı Klinik:.....

1.Çocuklardaki düşmelerin mesleki bir hata olduğunu düşünüyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

2.Sizce hemşirenin çocuklardaki düşmelerin önlenmesi ile ilgili bir sorumluluğu var mıdır?

EVET ( ) HAYIR ( )

3.Çalıştığınız süre zarfında düşen çocuk hastanız oldu mu?

EVET ( ) HAYIR ( )

4.Çocuklardaki düşmelerin en sık nedeni sizce nedir?

Ailenin dikkatsizliği ( )

Çocuğun kendisi ( )

Ailenin eğitimsizliği ( )

Hemşirenin dikkatsizliği ( )

Hepsi ( )

5.Çalıştığınız klinikte her çocuğu düşme riski açısından değerlendiriyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

6.Çalıştığınız klinikte her çocuğun düşme riski yönünden değerlendirilmesi gerekliliğine inanıyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

7.Çalıştığınız klinikte çocuklarda düşme riskini değerlendiren skalalardan hangisini kullanıyorsunuz?

Harizmi Düşme Risk Ölçeği ( )

Kullanmıyoruz ( )

8.Kliniğe gelen çocuk hastaları düşme riski açısından ne zaman değerlendiriyorsunuz?

İlk yatışta ( ) Genel durumunda değişiklik olduğunda ( )

Değerlendirmiyoruz ( )

9.Çocuklardaki düşmelerin hangi vakitlerde daha sık olduğunu düşünüyorsunuz?

Sabahın erken saatleri ( )

Gün içinde ( )

Akşam ( )

Gece ( )

10.Çalıştığınız klinikte çocuğun yaşının düşme riskinde etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

11.Hastanedeki kalış süresinin çocuklarda düşme riskini etkilediğini düşünüyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

12.Çocuğun yanında ebeveyn olmasının düşme riskini etkilediğini düşünüyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

13.Kliniklerdeki yatak vb. gibi eşyaların çocuklardaki düşme riskini etkilediğini düşünüyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

14.Çocuklarda düşme riski değerlendirmesi yaparken zaman yönetiminde sorun yaşıyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

15.Çocuklardaki düşme riskini önleme yöntemleri ile ilgili herhangi bir eğitim programı aldınız mı?

EVET ( ) HAYIR ( )

16.Çalıştığınız klinikte düşmelere yönelik yeterli önlemler alındığını düşünüyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

17. Çalışmakta olduğunuz klinikte aileye düşmeyi önleme eğitimi veriliyor mu?

EVET ( ) HAYIR ( )

18.Çalıştığınız klinikte aileye düşmeyi önleme eğitimini hangi zaman diliminde veriyorsunuz?

Hastanın ilk kabulünde ( ) Düşme riski tanımlandığında ( ) Vermiyoruz ( )

19.Çalıştığınız klinikte çocukların yatağına ilişkin önlemleri (korkuluk, frenleri kapatma vb.) alıyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

20.Çalıştığınız klinikte geceleri gece lambası kullanıyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

21.Çocuk hastaların nakli sırasında düşmeye yönelik önlem alıyor musunuz?

EVET ( ) HAYIR ( )

22.Çocuklarda düşmeye yol açabilecek ilaçları biliyor musunuz?

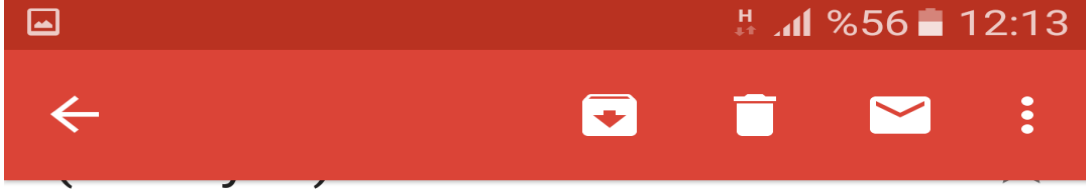
EVET ( ) HAYIR ( )



**EK-3**  
**BUÇH II DÜŞME RİSKİ TANILAMA ÖLÇEĞİ**

<b>Risk Faktörü</b>	<b>Skor Katsayısı</b>
<b>Tanı Grubu</b>	
• Metabolik-Endokrin, Solunum Sistemi, Yanık, Gastrointestinal Sistem, Birden Fazla Hastalık Tanısı	3
• Üriner Sistem, Kardiyovasküler Sistem, Nörolojik Sistem	2
Bakım Ekipmanı Yok	2
1-6 Yaş Grubu	2
Erkek Hasta	1
Tedavi-Sedasyon Var	1

**EK-4**  
**ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ**



**devran atalay**

10:52

Merhaba Sibel Hanım.Ben Devran Atalay.Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri



**Sibel Yöntem**

Alıcılar: ben

11:52 [Ayrıntıları görüntüle](#)

Devran Hanım Merhaba,

Ekte BUÇH II skor katsayılarını gönderiyorum. İlginiz için teşekkür eder, kolaylıklar dilerim. İyi günler.

30 Kasım 2017 10:52 tarihinde devran atalay <[devranatalay47@gmail.com](mailto:devranatalay47@gmail.com)> yazdı:

Merhaba Sibel Hanım.Ben Devran Atalay.Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim.Daha önceden tezimde kullanmak üzere BUÇH ölçeği için Derya Hanım'dan izin almıştım Şimdi BUÇH ölçeğinin revize halini dergide gördüm. Ölçeğin revize halini ve puanlamasını bana göndermeniz mümkün mü acaba.Şimdiden teşekkür ederim.İyi günler.Çalışma hayatınızda başarılar dilerim.

**EK-5**  
**ETİK KURUL İZİNİ**



T.C  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 173  
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

25/10/2017

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Funda K. ÖZDEMİR  
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

“Çocuk Hastalarda Düşme Riski Ve Hemşirelerin Aldıkları Önlemlerin Belirlenmesi” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 25.10.2017 tarih ve 09 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Barlas SÜLÜ  
Etik Kurul Başkanı

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**Tıp Fakültesi**  
**(Etik Kurulu Başkanlığı)**

**ETİK KURUL KARARI**

**TOPLANTI TARİHİ: 25.10.2017**

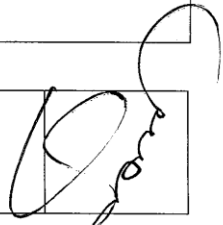
**TOPLANTI SAYISI: 2017/09**



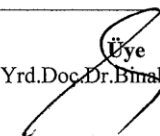
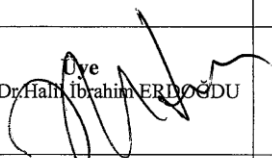
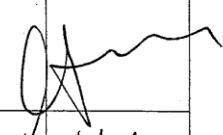
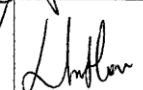
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu **Doç.Dr.Barlas SÜLÜ** başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

**KARAR 10**

Yrd.Doç.Dr.Funda KARDAŞ ÖZDEMİR'in "Çocuk Hastalarda Düşme Riski Ve Hemşirelerin Aldıkları Önlemlerin Belirlenmesi" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Doç.Dr.Barlas SÜLÜ	
--------------------	--------------------	--

Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN		Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK	
Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ	(İzinli)	Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	
Üye Yrd.Doç.Dr.Halil İbrahim ERDOĞDU		Üye Yrd.Doç.Dr.Serhat TUNÇ	
Üye Avukat Emine TUNA	(İzinli)	Üye Ümit Can GÜRBOĞA	

**KURUM İZİNİ-1**

T.C.  
KARS VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 14739267  
Konu : Tez Çalışması Hk.

**DAĞITIM YERLERİNE**

İlgi: a) 29/11/2017 tarih ve E.30201 sayılı Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün yazısı.

b) 02/01/2018 tarih ve E.16 sayılı yazınız.

Müdürlüğümüze bağlı Kars Harakani Devlet Hastanesi'nin ilgi tarih ve sayılı yazısına istinaden Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Funda KARDAŞ ÖZDEMİR'in danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Devran ATALAY, Kars Harakani Devlet Hastanesi bünyesinde 'Çocuk hastalarda düşme riski ve hemşirelerin aldıkları önlemlerin belirlenmesi' başlıklı tez çalışması yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini talep etmiştir.

Bilindiği üzere; Kişisel verilerin mahremiyeti, korunması ve paylaşılması; hukukun ve etiğin alanı olduğu ve 24 Mart 2016 tarih ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 6 ncı maddesinin 1 inci bendinde kişisel veriler; '**Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir. Özel nitelikli kişisel verilerin, ilgilinin açık rızası olmaksızın işlenmesi yasaktır.**' ayrıca; Sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir' ibaresi yer almaktadır.

Buna göre yapılacak olan tez çalışmasında istenilecek verilerin kullanılmasında yukarıdaki hüküm gereği hareket edilmesi gerektiğinden, hastaların temel hak ve özgürlüklerine zarar vermeden kimlik bilgileri gizlenerek, herhangi bir mağduriyete sebebiyet vermemek koşulu ile adı geçen Kars Harakani Devlet Hastanesi bünyesinde tez çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve ilgililere tebliğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm. Dr. Zakir LAZOĞLU  
İl Sağlık Müdürü

Yeni Şehir Mah. A.G.O Bulvarı Eğitim Tipi Sağlık Ocağı Kars İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Faks No:

Bilgi için: Dilek MART

Unvan: TIBBİ SEKRETER

e-Posta: dilek.mart@sağlik.gov.tr İnt. Adresi: İdari Hizmetler Bir. T. Sek. D. MART

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bd90a89e-5866-4e17-90c8-93f4d5c9921c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**KURUM İZİNİ-2**

T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başkanlığı



Sayı : 66093324-010.000.99  
Konu : Devran ATALAY

10/01/2018

**ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI**

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanemize gelen ilgi sayılı yazınıza istinaden Üniversitemiz Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencilerinden Devran ATALAY'ın tez konusu olan; "Çocuk hastalarda düşme riski ve hemşirelerin aldıkları önlemlerin belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili olarak Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanemizde gerekli anket çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

*e-İmzalıdır*  
Yrd. Doç. Dr. Yakup BAYKUŞ  
Başhekim

**EK-7****BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM BELGESİ**

“Çocuk Hastalarda Düşme Riski ve Hemşirelerin Aldıkları Önlemlerin Belirlenmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Bilgilendiren Araştırmacı**

## ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında Mardin’de doğdum. İlköğretim, ortaokul ve lise eğitimimi İstanbul’da tamamladıktan sonra Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünü 2016 yılında tamamladım. 2016 yılında Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başladım.

