

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli: Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Kullanımı

Yasemin AYHAN*, Şeyda SEREN İNTEPELER**

Öz

Hasta düşmeleri, kliniklerde sık yaşanan ve ciddi sonuçlara neden olan hasta güvenliği problemlerindedir. Bu nedenle; düşme önleme stratejilerinin hastalara uygunluğunun ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi, aynı zamanda düşmelere ilişkin kanıtı dayalı hemşirelik rehberlerinin kullanılması hasta bakımının kalitesini artırmak açısından önemlidir. Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanılması ile hastanelerdeki hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi mümkündür. Kanıtın uygulamaya geçirilmesinde, karmaşık olan süreçleri daha iyi anlamak ve yapılan girişimlerin işe yaradığını değerlendirebilmek için teori ve model kullanımına gereksinim bulunmaktadır. Bu makalenin amacı, Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli aşamalarının kanıtı dayalı düşme önleme stratejileri kullanımını örnek üzerinden tartışmaktır. Makale, hemşirelerin kaliteli ve güvenli hasta bakım hizmeti sunmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli, Kanıtı dayalı hemşirelik, Düşme önleme stratejileri.

Abstract

The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model: Use of Evidence-based Fall Prevention Strategies

Falls are frequent patient safety problems that cause serious consequences occur at clinical settings. Therefore; fall prevention strategies and applicability assessment of the compliance of the patients and the use of evidence-based nursing guidelines on patient falls is important to improve the quality of patient care. Evidence-based practice can improve patient safety process in hospitals. Implement evidence to practice, there is better understanding of complex processes and requirements to use theories and models to assess interventions. To use this practice systematically, evidence based nursing practice models should be appropriate to hospital process. Implementation of evidence to the practice, there is a better understanding of complex processes and requirements to use theories and models to assess utility of interventions. The purpose of article is to discuss evidence-based fall prevention strategies with The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model phases. Article will contribute nurses to provide quality and safe patient care.

Key Words: The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model, Evidence-based nursing, Fall prevention strategies.

Geliş tarihi:03.03.2014 **Kabul tarihi:** 11.07.2015

Tıbbi hata, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız beklenmeyen sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (National Patient Safety Foundation, 2009). Hasta güvenliğinde olası tıbbi hataların önlenmesi, tıbbi hata ortaya çıktığında belirlenmesi, analizi ve düzeltilmesi için dikkatli bir örgütsel sorumluluk gerekir. Günümüzde tıbbi hataların önlenmesi, hatalardan öğrenme ve bireylerin zarar görmemesi için hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü geliştirme araştırmalarının yapılması son derece önemlidir (Kaushal ve ark., 2010).

Hastanelerde ciddi sonuçlar doğuran tıbbi hataların, en sık görülenlerinin arasında hasta düşmeleri yer almaktadır. Hasta düşmeleri, hastanelerde yaşanan tıbbi hataların yaklaşık %21 - %40'ını oluşturmaktadır (NHS, 2013). Düşme; hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için problem olmasının yanında, hastaneler için risk yönetimi, yönetim ve kaynak kullanımı açısından temel konulardan birisidir. Düşmeleri önleme stratejilerinin temeli, veri kullanımı ve olay analizleri yapılarak, düşmeleri önlemek ve örgütsel öğrenmeyi desteklemektir (Healey ve ark., 2008). Hasta düşmelerini önleme stratejilerinin oluşturulmasında, hemşirelerin en iyi bakımı verebilmeleri için kanıtı dayalı hemşirelik rehberlerinden yararlanmaları gerekmektedir.

Kanıtı dayalı hemşirelik, kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları sürecidir (DiCenso ve ark., 2005). Hasta düşmelerini önleme stratejilerinin oluşturulmasında, hemşirelerin en iyi bakımı verebilmeleri için kanıtı dayalı hemşirelik rehberlerinden yararlanmaları gerekmektedir. Kanıtı dayalı hemşirelik, kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları sürecidir (DiCenso ve ark., 2005).

Hasta Düşmeleri ve Önleme Stratejileri

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency-NPSA) hasta düşmelerini, hasta güvenliği göstergelerinden biri olarak kullanmakta ve 2012 yılı hedeflerinde de "hasta düşme riskini azaltmaya" yer vermektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2013'te yayımladığı Hastane Hizmet Kalite Standartlarında "Yatan hasta, bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilmelidir" göstergesi bulunmaktadır (Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2013). Hastaneler, kaliteli bakım verebilmek için düşme riskini azaltma hedeflerini belirlemelidirler.

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansının hasta düşme riskini azaltma hedefinin alt basamakları aşağıda belirtilmiştir (NPSA, 2012):

- Kurumun düşme riski değerlendirmesi.
- Kurumun düşme riski değerlendirmesine göre düşmeleri azaltmak için stratejilerin geliştirilmesi.
- Organizasyonun belirlediği tarihlerde, düşme önleme stratejileri ile ilgili çalışanların eğitilmesi.

*Araş.Gör. **Doç.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi E-mail: ya.ayhan@gmail.com yasemin.ayhan@deu.edu.tr

-Kurumun ve eğer ihtiyaç varsa ailenin, hastaya özgü düşme önleme stratejileri ile ilgili bilgilendirilmesi.

-Düşme önleme stratejileri, düşme risk tanınması ve eğitimin değerlendirilmesi.

Oliver ve arkadaşlarının (2007) hazırladığı bir sistematik derleme ve meta-analizde, düşme oranı günlük 1000 yatakta 3-13 arasındadır. Hemşirelik bakımının yüksek standartlarda uygulandığı Magnet Hastaneler'deki hasta düşme oranı ise; günlük 1000 yatakta 3.3'tür (Lake ve ark., 2010). Hasta düşmeleri; kırıklara (%42.4), yumuşak doku yaralanmalarına (%12.1), kafa travmalarına (%12.7), anksiyeteye, güven kaybına, kanamaya ve hatta ölüme (%0.1) neden olmaktadır (Currie, 2008; Healey ve ark., 2008; Lake ve ark., 2010; Oliver ve ark., 2008). Ayrıca düşmeler; hastanede, uzun dönem bakım merkezlerinde ve evde bakım merkezlerinde, hastaların önemli derecede yaralanmalarına neden olan olaylar arasındadır. Bu bağlamda, hastanelerin ve bakım merkezlerinin, hastaların düşme riski tanınması ve bu riskler çerçevesinde düşme önleme stratejileri geliştirerek düşmeleri ve düşmelerden kaynaklanan yaralanmaları engelleyici önlemler alması gerekmektedir. Bulut ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, hasta kabulünde hastaların düşme riskinin değerlendirilmesi, düşme riskinin değerlendirilmesinde ölçek kullanımı, düşme riski taşıyan hastalarda belirteç kullanımı ve literatür doğrultusunda hazırlanmış hasta düşmelerini önleme protokollerinin oluşturularak bu protokollerin kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Düşmeden kaynaklanan problemlerin kurum maliyetlerini artırdığı gözönüne alınırsa, sağlık bakım organizasyonları hasta düşmeleri önleme stratejilerini geliştirmeye önem vermelidir (Healey ve ark., 2008). Birçok düşme önleme stratejisi, klinik ve yapılan çalışmaların istatistik sonuçlarından yola çıkılarak hazırlanmaktadır. Klinik ve örgütsel stratejilerde bakım etkililiği ve düşme riski tanılama ölçeklerinin yararları genel olarak iyi tanımlanmamış olmakla birlikte; hasta düşme önleme stratejilerinin etkililiği birçok yönden yönetim ve örgütsel sürece bağlıdır (Grenier-Sennelier ve ark., 2002). Ramos Vieira ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmaya göre; yöneticileri, araştırmacıları, sağlık çalışanlarını, hasta yakınları ve hastaları içeren katılımcı bir yaklaşımın kullanılması, geriatik rehabilitasyon merkezlerinde kalan yaşlıların risk değerlendirmesinde ve potansiyel düşme önleme stratejilerinde uygun ve yararlı olmuştur.

Literatürde, hasta düşmelerini önleme stratejilerinin geliştirilmesinde; sağlık çalışanlarının, hastaların ve diğer faktörlerin etkileri araştırılmıştır. Bleijlevens ve arkadaşları (2010), interdisipliner düşme önleme programlarının, multidisipliner düşme önleme programlarından daha etkin olduğunu saptamışlardır. Gray-Micelli ve arkadaşları (2008) tarafından hazırlanan kanıtı dayalı uygulama rehberine göre; hasta düşmelerinin önlenmesi için interdisipliner olarak hasta bulguları derlenip tartışılmalı ve multidisipliner olarak bir plan oluşturulmalıdır. Hemşirelerin kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumları, hasta düşmeleri risk değerlendirmelerinin kültüre, kullanım amacına ve dile uygun yapılmasına (Currie, 2008) ve bu risklere yönelik alınacak önlemlerin belirlenip, interdisipliner olarak düşme önleme stratejilerinin uygulanmasına katkı sağlayacaktır. Hasta düşmelerini önleme stratejilerinin geliştirilmesi zor ve zaman alıcıdır. Bu nedenle; var olan risk tanılamaları ve önleme stratejilerinden, hastalara uygun, uygulanabilir

stratejilerin değerlendirilmesi ve düşmelere ilişkin kanıtı dayalı hemşirelik rehberlerinin kullanılması hasta bakımının kalitesini artırmak açısından önemlidir.

Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Başlangıçta sadece "kanıtı dayalı tıp" olarak kullanılan terim, bütün sağlık bakım profesyonelleri tarafından kullanıldıktan sonra "kanıtı dayalı uygulamalar" terimi olarak kullanılmaya başlanmıştır (Craig ve Smyth, 2007). Kanıtı Dayalı Uygulamalar (KDU) kapsamında ele alınan Kanıtı Dayalı Hemşirelik (KDH) son 20 yılda sağlık sisteminin ana politikalarından birisi olmuş ve birçok ülkede bakım kararlarının kanıtı dayalı olması benimsenmiş, KDU rehberleri geliştirilmiştir (Gerrish ve ark., 2007). Kanıtı dayalı uygulama, kanıtı dayalı tıp, kanıtı dayalı hemşirelik konuları, sağlık ve hemşirelik literatüründe hızla artmakta, konu ile ilgili kitaplar yayımlanmakta, kongreler yapılmakta ve KDH merkezleri açılmaktadır (Kocaman, 2003). Buna karşın, KDH ve araştırma kullanımı literatürü incelendiğinde, hemşirelikte araştırma ile uygulama arasındaki uçurumun hala devam ettiği anlaşılmaktadır (Dicenso ve ark., 2005; Scott ve McSherry, 2008; Scully, 2011).

Kanıtı dayalı hemşirelik, kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları sürecidir (DiCenso, Guyyat ve Ciliska, 2005). Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları; bakım verilen kişi ya da grupların ihtiyaçları ve tercihleri göz önünde bulundurularak; teori kaynaklı ve bilgiye dayalı olarak bakıma karar verilmesidir (Ingersoll, 2000).

Kanıtı dayalı uygulama konusunda yapılan çalışmalar, en iyi uygulama kanıtının üretilmiş olmasının tek başına uygulamaların değiştirilmesi için yeterli olmadığını vurgulamaktadır (Rycroft-Malone ve ark., 2004). Çok karmaşık boyutları olan bu sorunun önemli nedenlerinden biri uygulayıcıların tutum ve algılarıdır (Estabrooks ve ark., 2007; Parahoo 1999). Araştırma kullanımını etkileyen bireysel özellikleri inceleyen iki sistematik derlemede araştırma kullanımını etkileyen en önemli özelliğin "araştırmaya karşı tutum" olduğu gösterilmiştir (Estabrooks ve ark., 2003, Squiers ve ark., 2011).

Kanıtı dayalı uygulamanın önemini tartışıldığı 20 yılı aşkın süredir, hemşirelikte kanıtı dayalı engellerin anlaşılması ve bu engellerle baş etme stratejilerinin geliştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Bu engeller; zaman yetersizliği, literatüre erişim kısıtlılığı, bilgi ihtiyacının ve kritik etme yeteneklerinin eksikliği, pratiği entelektüel bilgiden yeğ tutan profesyonel ideoloji ve bilgiye olan ihtiyacı desteklemeyen çalışma ortamıdır (Gerrish ve ark., 2007; Upton ve Upton, 2006). Kanıtı dayalı hemşireliğin önemi yıllarca savunulmasına rağmen, uygulamaya geçirilmesinde bazı problemler yaşanmıştır. Bu problemler sadece hemşireliğe özgü değildir; bütün sağlık profesyonelleri aynı sorunlarla karşı karşıyadır (Melnyk ve ark., 2008).

Kanıtı dayalı uygulamaların sağlık bakım kalitesini artırma, hastane maliyetini azaltma ve hemşireleri güçlendirme etkileri olmasına rağmen; hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamaları kullanmalarını geliştirmek için modellerin test edildiği müdahaleli çalışmalar yetersizdir (Levin, Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes, Vetter, 2011). Lake ve arkadaşlarının (2010) Magnet Hastaneler'de yaptıkları araştırmaya göre; hemşirelik bakım saatinin artırılmasına dayalı olarak hazırlanan düşme önleme stratejilerinin daha etkin olduğu ve diğer hastanelere

oranla, hasta düşmelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Kanıtın uygulamaya geçirilmesinde, karmaşık olan süreci daha iyi anlamak ve hangi girişimlerin işe yaradığını değerlendirebilmek için teori ve model kullanımı gereklidir (Cummings, Estabrooks, Midodzi, Wallin ve Hayduk, 2007).

Kanıtı Dayalı Hemşireliğin Uygulanması ile ilgili Teori, Model ve Kavramsal Çerçeveler

Hemşirelik modelleri hemşirelik girişimleri için yol gösterici olmaktadır. Modellerin klinik alanda kullanımı uygulanabilirliğinin test edilmesi için kaçınılmazdır. Hemşirelik modelleri bakımın planlı ve etkili olmasını sağlamakla birlikte meslekte ortak dil kullanımına da yardımcı olmaktadır (Özkan ve Öztürk, 2013).

Kanıtı dayalı hemşireliğin uygulamaya geçirilmesinde yapılan literatür taraması sonucu altı model, teori ve kavramsal çerçeve bulunmuştur. Bunlar; kişisel ve örgütsel kanıtı dayalı hemşireliğin uygulanması için kullanılabilir (Schaffer, Sandau, Diedrick, 2012). Bu teori ve modellerin ampirik olarak gelişmesi için araştırmalarda kullanılmasına gereksinim bulunmaktadır (Dossey ve Keegan, 2013). Kanıtı dayalı uygulama modelleri, kanıtın uygulamada kullanılması için hemşirelere yardımcı olmaktadır. Bu modeller, kanıtı dayalı uygulama sürecinin örgütsel olarak düzenlenmesine, kullanılmasına ve hemşirelik bakım zamanı ve kaynaklarından etkin bir şekilde yararlanılmasına olanak sağlamaktadır (Gawlinski ve Rutledge, 2008).

Araştırmalarda; Bilginin Dönüşümünde Yıldız Modeli, IOWA Modeli, Johns Hopkins Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulaması Modeli, Sağlık Hizmetlerinde Araştırmaların Uygulamaya Geçirilmesine İlişkin Eylem Geliştirme (Promoting Action Research Implementation in Health Services- PARIHS) Kavramsal Çerçevesi, Stetler Modeli ve Yakın İşbirliği ile Gelişen Araştırma ve Klinik Uygulama-YİDİAKUM (The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration-ARCC) Modeli kullanılmıştır. Bu modeller kanıtı dayalı uygulama adımlarının sistematik bir şekilde uygulamada kullanılabilmesi için araştırmacılara yol göstermektedir.

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi ve devamlılığının sağlanabilmesi klinikteki rol modellerin varlığına, yönetim desteğine ve kurumun politikalarının geliştirilmesine gereksinim vardır. Araştırmalarda hasta güvenliği ile ilgili konularda değişim sağlanabilmesi için mentor kullanımı önerilmektedir (Melnyk, Fineout-Overholt, Giggelman ve Cruz, 2010). Bu nedenle, kanıtı dayalı hasta düşmelerini önleme stratejilerinin uygulanmasında YİDİAKUM'un kullanılması uygun olacaktır.

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli (The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model - ARCC Model)

Yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modeli (The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model -ARCC Model); Kanıtı Dayalı Uygulama kullanımı ve sürdürülebilirliği kavramlarını sistem çapında ilk kez 1999 yılında açıklamıştır (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2002). Modelin dört varsayımı (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2010):

-Kanıtı Dayalı Uygulamada bireysel ve örgütsel engeller ve güçler bulunmaktadır.

-Kanıtı Dayalı Uygulamadaki engeller azaltılmalı ve kolaylaştırıcılar Kanıtı Dayalı Uygulamalardaki bakımın standart hale gelmesi için kullanılmalıdır.

-Klinikte çalışan hemşirelerin bakımlarını kanıtı dayandırmaları için Kanıtı Dayalı Uygulamaların değeri ile ilgili inançlarının ve kullanma yetenekleri için özgüvenlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

-Kanıtı Dayalı Uygulamanın bireysel ve sağlık bakım sistemi olarak ilerlemesi ve sürdürülmesi için KDU mentorlarını içeren KDU kültürü geliştirilmelidir.

Yüksek güvenilirliği olan sağlık bakım organizasyonları, güvenli bakım sağlarken tıbbi hataları azaltmaya çalışan ve kalite ve güvenlik performanslarının geliştirildiği hastanelerdir. Bu hastanelerde, KDU kullanımı ve sürdürülmesi için YİDİAKUM'un kullanılması vurgulanmıştır (Melnyk, 2012). Bu model, kanıt rehberlerindeki önerilerin klinikte kullanılması için klinikte çalışan hemşireler ile deneyimli araştırmacıların ilişki kurmaları üzerinde durmaktadır (Gawlinski ve Rutledge, 2008).

Bu makalenin amacı, hemşirelerin kaliteli ve güvenli hasta bakım hizmeti sunabilmesi için Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli aşamalarının kanıtı dayalı düşme önleme stratejileri kullanımını örnek üzerinden tartışmaktır.

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'nin beş temel aşaması Şekil 1'de sunulmuştur. YİDİAKUM'un kanıtı dayalı düşme önleme stratejilerinin kullanımına ilişkin aşamaları Şekil 2'de gösterilmiştir. Modelin aşamaları ve stratejilerin kullanımı aşağıda açıklanmıştır.

1.Örgüt Kültürünün ve KDU Kullanımına Hazıroluğun Değerlendirilmesi

Örgüt kültürünün ayrıntılı bir şekilde tanımlanması için araştırmacıların kurum süreçleriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011; Schaffer, Sandau, Diedrick, 2012).

Hasta düşmeleri ile ilgili kurumda alınan önlemlerin tanımlanması ve hemşirelerin KDU'larla ilgili tutumlarının incelenmesi bu aşamada yapılabilir. KDU kullanımına hazıroluğun değerlendirilmesi için Melnyk ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen kanıtı dayalı hemşireliğin uygulamaya geçirilmesine ilişkin hemşirelerin inançlarını ölçen "Kanıtı Dayalı Uygulamalara İnanç Ölçeğini" ve kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanılmasını ölçen "Kanıtı Dayalı Uygulamaları Kullanma Ölçeğini" kullanılması önerilmektedir.

2.Örgütteki KDU Sürecindeki Güçlerin ve Engellerin Tanımlanması

Bu aşamada, KDU sürecindeki güçlerin ve engellerin tanımlanması gerekmektedir.

KDU Sürecindeki Güçler

Araştırmacıların ve hemşirelerin, hemşirelik uygulamalarında KDU felsefesini benimsemesi ve inançlarının olması gerekmektedir. Kurumda çalışan hemşirelerin lisansüstü eğitim almaları, KDU sürecini kolaylaştıran faktörlerdendir. Kurumdaki hemşirelerin araştırma yapma ve bilimsel toplantılara katılma durumları, kanıtı dayalı hemşireliğin uygulamada kullanılmasında önemli bir etkidir. Yönetmelik desteğinin varlığı ve kurum kültürünün olumlu olması, hastanedeki değişimin kararlı ve dikkatli bir şekilde yönetilmesinde önemli rol oynamaktadır.

KDU Sürecindeki Engeller

Kurumda hemşire sayısının az olması, bakıma ayrılan sürenin fazla olması ve bu nedenle hemşirelerin mentorluğa gönüllü olmak istememeleri KDU sürecindeki engeller arasında yer almaktadır. Kurumda çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşirelik ile ilgili bilgi düzeylerinin ve tutumlarının düşük olması bu süreçteki engellerden sayılabilir.

3.KDU Mentorlarının Belirlenmesi

Yeni mezun hemşireler; lisans eğitimleri boyunca “Kanıtı Dayalı Hemşirelik” ile ilgili eğitim almaktadırlar; ancak yıllarca klinikte çalışan hemşireler Kanıtı Dayalı Uygulamalardan çoğunlukla haberdar olamamaktadırlar. Hemşirelik iş gücünün beceri gelişimi odaklı olmak yerine, bilgi temelli bir meslek grubu olması gerekmektedir. Bilgi temelli hemşirelik için mentorluk uygun bir yöntemdir. Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanılması için verilen mentorluk eğitimiyle; hemşirelerin kişilerarası ilişkilerinde, bağlılıklarının artmasında ve hemşirelik mesleğinin güçlendirilmesinde de gelişim sağlanacağı düşünülmektedir. (Houser ve Oman, 2011).

Mentorluk, kişisel ve profesyonel gelişime yardımcı olmak üzere deneyimlerini, uzmanlıklarını ve düşüncelerini paylaşan iki insan arasındaki anlaşmadır (Barker, 2006; Bally, 2007). Mentor, destekleyici, pozitif düşünebilen, öğreten ve dinleyen gibi rolleri üstlenerek bireyin kuruma kazandırılması ve kariyer gelişimine yardımcı olunması konusunda danışmanlık yapan, ona rehber olan kişidir (Bally, 2007). Ancak bu modelde kullanılan mentor terimi, KDU sırasında hemşirelere yol gösteren ve rehberlik eden hemşire anlamında kullanılmıştır. Diğer hemşirelerin kariyer gelişimi, kuruma kazandırılması gibi sorumlulukları bulunmamaktadır. Mentorların, lisansüstü eğitim almış ve gönüllü olmaları, süreci rahatlıkla anlamaları için önemli bir unsurdur.

Sürdürülebilirlik, birçok alanda sık kullanılan terimler arasındadır (Melnyk, 2012). KDH uygulaması kültürünün sürdürülebilmesi için başlatılan kanıtı uygulamaya geçirilmesine devam edilmesi ve hızlandırılması gerekir. Sağlık profesyonelleri için KDU ile ilgili bilgi ve beceri öğrenilmesi için heyecan duyulması yaygındır. Zaman geçtikçe ve hemşireler ağır ve stresli çalışma koşulları ile karşı karşıya geldikçe bu heyecan azalır. Günümüzün sağlık bakım ortamlarındaki stresörler yerine, bakım yapan hemşirelere kanıtı dayalı hemşireliği uygulayabilmesi ve sürdürebilmesi için önemli bir yapıya gereksinim bulunmaktadır. Bu yapı, KDH uygulamaları ile ilgili bilgi ve becerilere sahip mentor hemşirelerdir (Porter-O’Grady ve Malloch, 2010).

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli kullanılarak yapılan bir çalışmada; sadece eğitimin Kanıtı Dayalı Uygulamaların kullanılması ile ilgili sonuçları değiştirmede bulunmuştur. Ayrıca; KDU mentorunun kullanılmasının, hemşirelerin KDU’ya inancı ve kullanma oranlarını artırması açısından önemli bir strateji olduğu vurgulanmıştır (Levin, Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes ve Vetter, 2011).

Modelin bu aşamasında, gönüllü olarak seçilen mentorlara ve kliniklerde çalışan hemşirelere KDU ve hasta güvenliği ile ilgili temel eğitimlerin ortak verilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin ve mentorların kendilerini ifade etmelerini sağlayacak toplantılar, hemşirelerin ve mentorların birbirleriyle iletişimlerinin sağlanması, dil birliğinin oluşması ve sorumluluklarının açıkça belirlenmiş olması sonraki aşamalarda değişime uyumu artacaktır.

4.Kanıtın Hemşirelik Uygulamalarında Kullanılması

KDU’nun kullanılması bakımın kalitesini artırmak için önemli bir stratejidir. Ancak; yapılan birçok araştırmaya rağmen, araştırma sonuçlarının çoğunluğu hasta sonuçlarının iyileştirilmesi ve bakımın geliştirilmesi için klinik uygulamaya aktarılamamaktadır. En iyi ihtimalle, araştırma sonuçları kullanılarak hastanelerdeki hasta bakımının iyileştirilmesi birkaç yıl sürebilmektedir. Çağımızdaki maliyet odaklı sağlık sisteminde, maliyetin azaldığını gösteren araştırma sonuçlarının klinik uygulamada kullanılması ihtimali daha yüksektir (Melnyk, 2012).

Günümüz sağlık bakım organizasyonlarında, hasta bakım kalitesinden çok maliyet odaklı bir yönetim söz konusudur. KDU’da; hasta bakım kalitesinden vazgeçmeden, maliyet odaklı uygulamaların yapılmasını önerilir. Bu nedenle, KDU rehberlerindeki uygulamaların kliniğe uyarlanması, yönetsel olarak daha kolaydır. Kanıtı dayalı uygulama rehberlerinden alınan düşme önleme stratejilerinin kliniklerde uygulanması klinik hemşireler için büyük bir değişimdir. Araştırmacıların ve mentorların varlığı, bu değişim sürecinin sürekli ve tutarlı olması için beraber çalışmalıdırlar.

5.Uygulamanın Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğin uygulanması ile KDU’ya yönelik tutumları artabilir ve yapılan uygulamaların hasta düşmeleri üzerindeki etkileri değerlendirilebilir. Dolayısıyla hasta düşmeleri azalabilir, yine maliyetler azaltılabilir ve de hasta sonuçları iyileştirilebilir.

Sonuç

Hemşirelik disiplini kuram, araştırma ve uygulama olmak üzere üç temel öğeden oluşmakta ve bu öğeler karşılıklı etkileşim içinde hemşirelik biliminin gelişimine katkı vermektedir. Hemşirelik araştırmalarında kuram/model kullanımı, bu etkileşimin hemşirelik bakımına yansıtılmasını sağlamaktadır. Ayrıca, hemşirelik modelleri bakımın amaçlı, sistematik, kontrollü ve etkili olmasını sağlamakla birlikte ortak dilde konuşmaya olanak tanımaktadır.

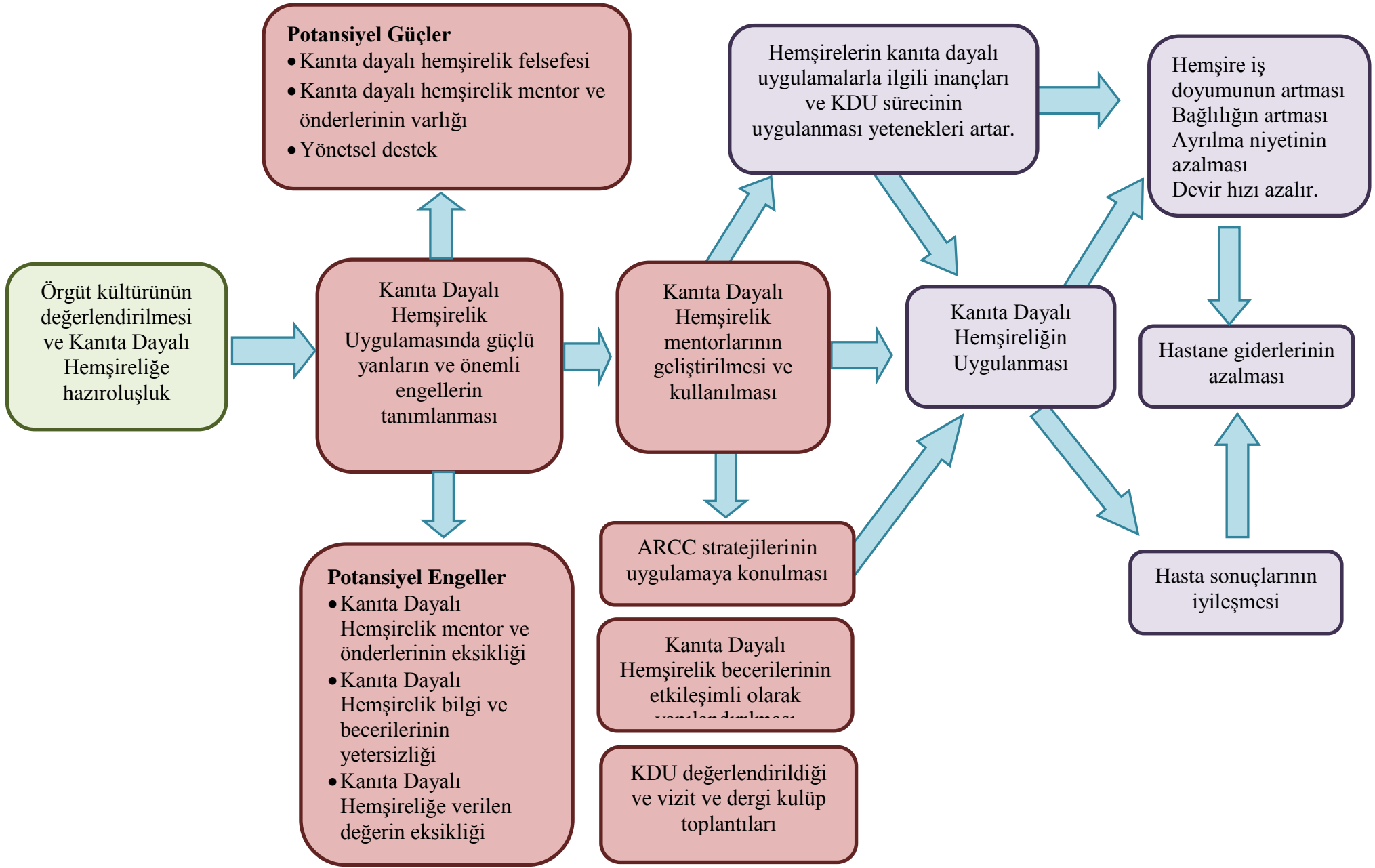
YİDİAKUM’un temellendirilerek hazırlanan düşme önleme stratejileri ile hemşirelerin kaliteli ve güvenli hasta bakım hizmeti sunması amaçlanmıştır. Model, kanıtı dayalı rehberlerdeki düşme önleme önerilerinin hemşirelik uygulamalarında kullanılmasını artırmak için engelleyici faktörlerin azaltılması, güçlü yönlerin desteklenmesi, hemşire mentorların kullanılması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamalarında yol gösterici olacaktır.

Kaynaklar

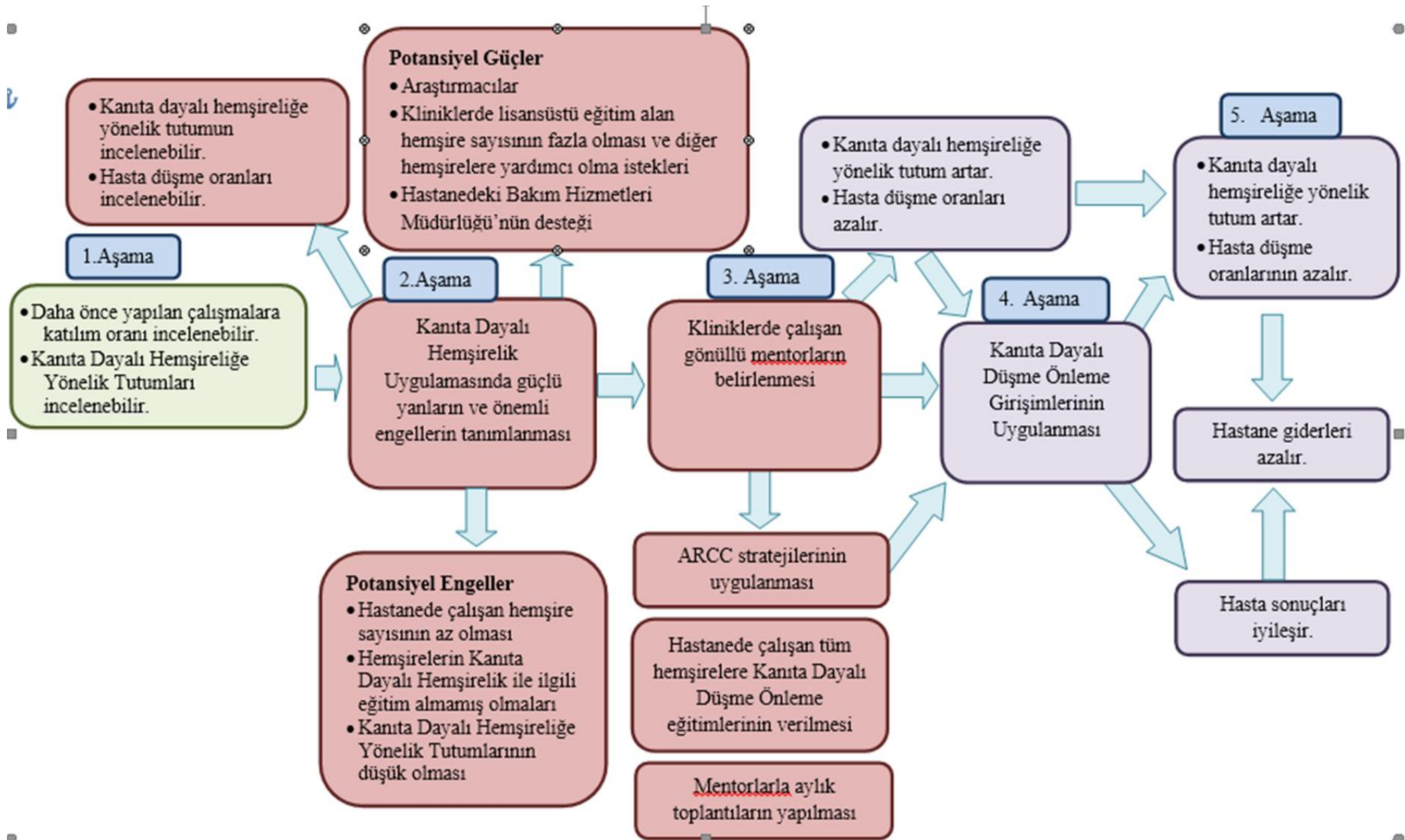
- Bally JM. The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments. *Nursing Economics*. 2007;25(3):143-148.
- Barker ER. Mentoring – A complex relationship. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*. 2006;18:56-61.
- Bulut S, Türk G, Şahbaz G. Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(3):163-169.
- Blejilevs MHC, Hendriks MRC, Van Haastregt JCM, Crebolder HFJM, Van Eijk JTHM. Lessons learned from a multidisciplinary fall-prevention programme: The occupational-therapy element. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010;17:319-325.

- Craig JV, Smyth RL. The evidence-based practice manual for nurses. Churchill Livingstone, 2007.
- Currie L. Fall and Injury Prevention. In: Hughes RG. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. AHRQ Publication No. 08-0043. April 2008
- Cummings GG, Estabrooks CA, Midodzi WK, Wallin L, Hayduk L. Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 2007;56(4S):524-539.
- DiCenso, A, Guyat, G, Ciliska, D. Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice. Mosby, 2005.
- Dossey BM, Keegan K. Holistic nursing: A handbook for practice. American Holistic Nurses Association, 2013.
- Estabrooks C, Midodzi WK, Cummings GG, Wallin L. Predicting research use in nursing organizations: A multilevel analysis. *Nursing Research* 2007; 56 (4):7-23.
- Gawlinski A, Rutledge D. Selecting a Model for Evidence-Based Practice Changes: A Practical Approach. *AACN Advanced Critical Care* 2008; 19 (3):291-300.
- Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *JAN* 2007; 57(3):328-338.
- Gray-Micelli D. Preventing falls in acute care. In: Capezuti E, Zwicker D, MEzey M, Fulmer T, editor(s). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York(NY): Springer Publishing Company;2008. p: 161-98.
- Grenier-Sennelier C, Lombard I, Jeny-Loefer C, Maillet-Gournet MC, Minvielle E. Designing adverse event prevention programs using quality management methods:the case of falls in hospital. *International Journal for Quality in Health Care* 2002;14(5):419-426.
- Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thompson R, Glampson B. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Quality and Safety in Health Care* 2008;17:424-430.
- Houser J, Oman KS. Evidence-Based Practice: An Implementation Guide for Healthcare Organizations. Jones & Bartlett Learning. 2011.
- Ingersoll GL. Evidence-based nursing:What it is and what it isn't. *Nursing Outlook* 2000;48:151-152.
- Kaushal R, Goldmann DA., Keohane CA, Abramson EL, Woolf S, Yoon C, Zigmont K, Bates DW. Medication errors in paediatric outpatients. *Quality & Safety in Health Care* 2010;19 (6), e30.
- Kocaman G. Hemşirelikte Kanıt Dayalı Uygulama. *Hemarge Dergisi* 2003; 2:61-69.
- Lake ET, Shang J, Klaus S, Dunton NE. Patient Falls: Association With Hospital Magnet Status and Nursing Unit Staffing. *Research in Nursing & Health*; 2010;33:413-425.
- Levin RF, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Barnes M, Vetter MJ. Fostering Evidence-Based Practice to Improve Nurse and Cost Outcomes in a Community Health Setting: A Pilot Test of the Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration Model. *Nurs Admin Q*. 2011; 35 (1):21-33.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Key steps to implementing evidence-based practice: asking compelling, searchable questions and searching for the best evidence. *Pediatr Nurs*. 2002;28(3):262-263.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2008; 5(4): 208-216.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. ARCC (Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration): a model for system-wide implementation and sustainability of evidence-based practice. In: Rycroft-Malone J, Bucknall T, editors. Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action. Oxford; Ames;IA: Wiley-Blackwell; Sigma Theta Tau; 2010.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Cruz R. Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook* 2010; 58: 301-308.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Stillwell SB. Sustaining Evidence-Based Practice Through Organizational Policies and an Innovative Model: The team adopts the Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration model. *AJN* 2011; 111 (9): 57-60.
- Melnyk BM. Achieving a High-Reliability Organization Through Implementation of the ARCC Model for Systemwide Sustainability of Evidence-Based Practice. *Nurs Admin Q*. 2012; 36(2): 127-135.
- National Center for Patient Safety:Fall Prevention and Management. Standard Fall Prevention Interventions. Erişim Tarihi: 27.12.2014
<http://www.patientsafety.gov/CogAids/FallPrevention/index.html#page=page-7>
- National Health Service England (NHS England). NRLS Quarterly Data Workbook up to March, 2012 Erişim Tarihi: 04.12.2014
www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/quarterly-data-summaries/?entryid45=135152
- Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin FC, Gosney MA. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007;334:82-5.
- Oliver D, Killick S, Willmott M. Do falls and falls-injuries in hospital indicate negligent care—and how big is the risk? A retrospective analysis of the NHS Litigation Authority Database of clinical negligence claims, resulting from falls in hospitals in England 1995 to 2006. *Quality and Safety in Health Care* 2008;17:431-436.
- Özkan S, Öztürk C. Neuman'ın sistemler modeli kullanımına bir örnek: pnömonili bir bebeğin hemşirelik bakımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 4(3):109-114.
- Porter-O'Grady T, Malloch Kathy. Innovation leadership: Creating the landscape of health care. Jones and Bartlett Publishers,LLC; 2010.
- Ramos Vieira E, Beraan C, Paches D, Costa L, Decombas-Deschamps N, Caveny P, Yuen D, Ballash L. Risks

- and suggestions to prevent falls in geriatric rehabilitation: A participatory approach. *BMJ Quality Safety* 2011;20:440-448.
- Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B; Titchen A An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13(8), 913–924.
- Sağlık Bakanlığı Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2013. Erişim Tarihi: 04.12.2014
<http://www.datcadh.saglik.gov.tr/files/ek122082013.pdf>
- Schaffer MA, Sandau KE, Dierdrick L. Evidence-based practice models for organizational change:overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*, 2012; 69(5):1197-1209.
- Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18:1085-1095.
- Scully NJ. The theory-practice gap and skill acquisition: an issue for nursing education. *Collegian*. 2011;18(2):93-8.
- Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update *Implementation Science*, 2011, 6:1, 1-20.
- Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *JAN* 2006; 54(4), 454-458.



Şekil 1. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli (Melnik, 2011)



Şekil 2. Yakın İşbirliğine Dayalı Araştırma ve Klinik Uygulama Modeline Temellendirilmiş Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejileri