

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME
STRATEJİLERİNİN HEMŞİRELERİN KANITA
DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK
TUTUMLARINA VE HASTA DÜŞMELERİNE
ETKİSİ**

YASEMİN AYHAN ÖNCÜ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
DOKTORA TEZİ

İZMİR-2017

TEZ KODU: DEU.HSIPhD-2012970174

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME
STRATEJİLERİNİN HEMŞİRELERİN KANITA
DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK
TUTUMLARINA VE HASTA DÜŞMELERİNE
ETKİSİ**

**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
DOKTORA TEZİ**

YASEMİN AYHAN ÖNCÜ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

(Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 99.3456.23 sayı
ile desteklenmiştir.)

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970174

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı.
Doktora programı öğrencisi Yasemin AYHAN ÖNCÜ ‘**Kanıt Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıt Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi**’ konulu doktora tezini 19.06.2017 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



DANIŞMAN

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



BAŞKAN

Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



ÜYE

Prof. Dr. Ülkü YAPUCU GÜNEŞ
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



ÜYE

Doç. Dr. Hatice MERT
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



ÜYE

Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



ÜYE

Yard. Doç. Dr. Fahriye VATAN
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

YEDEK ÜYE

Doç. Dr. Dilek ÖZDEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	v
GRAFİK DİZİNİ.....	vii
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
RESİM DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
TEŞEKKÜR.....	xii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	9
1.3. Araştırma Soruları.....	9
1.4. Araştırma Hipotezleri.....	9
2. GENEL BİLGİLER.....	10
2.1. Tıbbi Hatalar	10
2.2. Hasta Düşmeleri	13
2.2.1. Hasta Düşmeleri Risk Faktörleri.....	13
2.2.2. Hasta Düşmeleri İnsidansı	15
2.2.3. Düşme Riski Tanılama Ölçekleri.....	16
2.2.3.1. Morse Düşme Riski Tanılama Ölçeği.....	17
2.2.3.2. Heindrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği.....	18
2.2.3.3. İtali Düşme Riski Tanılama Ölçeği.....	19
2.3. Hastanelerde Düşme Önleme Stratejileri.....	20
2.4. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları.....	24
2.5. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Uygulanması ile ilgili Teori, Model ve Kavramsal Çerçeveler.....	27
2.5.1. Bilginin Dönüşümünde Yıldız Modeli.....	28
2.5.2. IOWA Modeli.....	29

2.5.3. Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli.....	29
2.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Araştırmaların Uygulamaya Geçirilmesine İlişkin Eylem Geliştirme (PARIHS) Kavramsal Çerçevesi.....	31
2.5.5. Stetler Modeli.....	32
2.6. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli.....	34

1. AŞAMA

NİCELİKSEL ÇALIŞMA (YARI DENEYSEL ÇALIŞMA)

KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME STRATEJİLERİNİN HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUMLARINA VE HASTA DÜŞMELERİNE ETKİSİ

3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Tipi	42
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
3.4. Çalışma Materyali	46
3.4.1. Çalışma Aşamaları ve Girişimler.....	46
3.4.1.1. Girişim Öncesi.....	46
3.4.1.2. Girişim Aşaması.....	46
3.4.1.3. Girişim Sonrası.....	54
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	55
3.6. Veri Toplama Araçları.....	55
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	60
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	63
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	64
3.10. Etik Kurul Onayı.....	64
4. BULGULAR.....	65
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri.....	65
4.2. Hemşirelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi.....	67
4.3. Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemede Kullandıkları Girişimler.....	73

4.4. Hastanede Raporlanan Düşme Sayıları.....	79
5.TARTIŞMA.....	80
5.1. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Uygulanmasından Önce ve Sonra Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi.....	80
5.2. Hemşirelerin Kliniklerde Kullandıkları Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimlerinin Değerlendirilmesi.....	83
5.3. Hasta Düşme Sayılarının İncelenmesi.....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
6.1. Sonuçlar.....	88
6.2. Öneriler	89

2. AŞAMA
NİTELİKSEL ÇALIŞMA
KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME STRATEJİLERİNİN ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

3. GEREÇ VE YÖNTEM	91
3.1. Araştırmanın Tipi	91
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	91
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	91
3.4. Çalışma Materyali	91
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	91
3.6. Veri Toplama Araçları.....	91
3.6.1. Verilerin Toplanması.....	92
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	93
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	93
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	93
3.10. Etik Kurul Onayı.....	93
4. BULGULAR.....	94
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgileri.....	94
4.2. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi.....	94
4.2.1. Kolaylaştırıcılar.....	95
4.2.2.Engeller.....	97
4.2.3.Öneriler.....	98
5.TARTIŞMA.....	100
5.1. Kolaylaştırıcılar.....	100
5.2. Engeller.....	101
5.3. Öneriler.....	102
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
7. KAYNAKLAR	105
8. EKLER.....	117

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Morse Düşme Riski Tanılama Ölçeği.....	17
Tablo 2. Heindrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği.....	18
Tablo 3. İtaki Düşme Riski Tanılama Ölçeği.....	19
Tablo 4. Girişimin 6. Ayında Anketleri Dolduran ve Doldurmayan Hemşirelerin Girişim Öncesi Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 5. Konferanslara Katılan Hemşire Sayıları.....	51
Tablo 6. Sorumlu ve Mentor Hemşirelerle Yapılan Toplantılar.....	52
Tablo 7. Posterlerin Sosyal Medyada Görülme Durumları.....	54
Tablo 8. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenirlik Katsayıları.....	56
Tablo 9. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri Gözlem Formu Kapsam Geçerlik Oranları.....	57
Tablo 10. Araştırma Planı.....	60
Tablo 11. Araştırma Takvimi.....	62
Tablo 12. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri.....	63
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri.....	65
Tablo 14. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Zamana Göre Karşılaştırılması.....	67

Tablo 15. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	69
Tablo 16. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği İnanç Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	70
Tablo 17. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Uygulama Niyeti Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	71
Tablo 18. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Duygular Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	72
Tablo 19. Hasta Örneklemelinin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	73
Tablo 20. Girişimin 3. ve 6. Aylarında Hemşirelerin Kullandıkları Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri.....	74
Tablo 21. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgileri.....	94
Tablo 22. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğini Değerlendirmesine İlişkin Temalar ve Kategoriler.....	95

GRAFİK DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. 2015 ve 2016 Yıllarında Hastanede Raporlanan Düşme Sayıları	79
--	----



ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli.....	30
Şekil 2. PARIHS Kavramsal Çerçevesinin Öğeleri.....	32
Şekil 3. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli.....	37
Şekil 4. Ulaşılan Hemşire Örneklemi.....	44
Şekil 5. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeline Göre Uygulama Planı.....	47



RESİM DİZİNİ

Sayfa No

Resim 1. “Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi” Proje Tanıtım Posterі.....	48
Resim 2. Yönetici ve Mentor Hemşireler İçin Hazırlanan Sosyal Medya Kapalı Hesabı Görseli.....	48
Resim 3. Düşme-Düşürme Logolu Kalem Görseli.....	49
Resim 4. Hemşireler İçin Açılan Sosyal Medya Topluluk Hesabı Görseli	49
Resim 5. “Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları” Konferans Duyurusu Görseli.....	50
Resim 6. “Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri” Konferans Duyurusu Görseli	51
Resim 7. Hatırlatıcı Poster Görseli Örneği-I	53
Resim 8. Hatırlatıcı Poster Görseli Örneği-II.....	53

EKLER DİZİNİ

Sayfa No

Ek 1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu.....	118
Ek 2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği.....	119
Ek 3. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri Gözlem Formu.....	120
Ek 4. Düşen Hasta Sayıları Veri Formu.....	121
Ek 5. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerin YİDİAKUM'a Göre Uygulanması Eğitim Planı.....	122
Ek 6. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Broşürü.....	129
Ek 7. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu.....	131
Ek 8. Kanıta Dayalı Hasta Düşme Önleme Uygulamaları Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları.....	132
Ek 9. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Uygulama Modeli İzin Yazısı.....	133
Ek 10. Kurum İzni.....	134
Ek 11. Etik Kurul Onayları.....	135
Ek 12. Özgeçmiş.....	144

KISALTMALAR

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı)

ARCC: The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model

IOM: Institute of Medicine

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Bakım Organizasyonları Birleşik Akreditasyon Komisyonu)

JCI: Joint Commission International

KDH: Kanıta Dayalı Hemşirelik

KDU: Kanıta Dayalı Uygulama

NPSA: National Patient Safety Agency

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

YİDİAKUM: Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, rehberlik eden, her konuda beni destekleyen, daima yanımda olduğunu hissettiğim, sadece akademik olarak değil bir insan olarak da gelişmemi sağlayan değerli danışman hocam,

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e

Lisansüstü eğitimim boyunca bana rehberlik eden, deneyimlerini paylaşan değerli hocam,

Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'a

Araştırmanın her aşamasında değerli bilgilerini esirgemeyen ve her aşamada büyük katkı sağlayan hocalarım,

Doç. Dr. Hatice MERT, Doç. Dr. Murat BEKTAŞ ve Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK'e,

Tezime gönülden katılmayı kabul eden ve bir yıl boyunca beraber olduğum Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ve katılımcı meslektaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca beni daima destekleyen çok kıymetli annem **Fatma AYHAN**, babam **Ahmet AYHAN** ve kardeşlerime,

Yol arkadaşım ve hayat ışıgım olan sevgili eşim **Halis Berk ÖNCÜ'ye**

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Yasemin AYHAN ÖNCÜ

KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME STRATEJİLERİNİN HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUMLARINA VE HASTA DÜŞMELERİNE ETKİSİ

Yasemin AYHAN ÖNCÜ

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İZMİR

ya.ayhan@gmail.com

ÖZET

Amaç: Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'ne göre uygulanmasının, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına ve hasta düşmelerine etkisinin incelenmesi ile hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme stratejilerine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Yarı deneysel, tek grupta tekrarlı ölçüm tasarımı kullanılan araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 554 yataklı, 416 hemşiresi olan bir eğitim araştırma hastanesinde Ocak 2015-Mayıs 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmada, kanıta dayalı düşme önleme stratejileri Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'ne göre uygulanmıştır. Ayrıca, konferans verme, sosyal medya grubu oluşturulması, poster ve broşür gibi kolaylaştırıcılar/hatırlatıcılar ile stratejiler pekiştirilmiştir. Girişimin değerlendirilmesi kapsamında; girişim öncesi ile girişim sonrası 3. ve 6. aylarda ölçek aracılığıyla ölçüm (n=101 hemşire) yapılmıştır. Bununla birlikte girişim sonrası 3. ve 6. aylarda gözlem yapılmış (n=60 hasta) ve girişimin üçüncü ayında hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme stratejilerine ilişkin görüşleri (n=17 hemşire) alınmıştır. Kurumsal çıktı olarak da 2015-2016 yılları için üçer aylık düşme sayıları kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak; Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği, Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri Gözlem Formu, Düşen Hasta Sayıları Veri Formu ve Kanıta Dayalı Hasta Düşme Önleme Uygulamaları Yarı Yapılandırılmış Soru Formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde nicel veriler için sayı-yüzde, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; nitel veriler için içerik analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, girişim öncesi hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik

tutumlarında girişim öncesi ile girişim sonrası 3. ve 6. ay izlemlerinde, zamana göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ancak; düşme raporlayan ve raporlamayan gruplar arasında zamana göre anlamlı fark bulunmamıştır. Hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinde %71.3 oranında artış sağlanmıştır. Kurumun sisteminden alınan yıllık raporlanan düşme sayıları 2015 yılı için 34, 2016 yılı için 39'dur. Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin etkinliğinin değerlendirilmesi için yapılan nitel aşamada; "kolaylaştırıcılar", "engeller" ve "öneriler" olmak üzere üç ana tema ve 13 kategori oluşturulmuştur.

Sonuç: Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'ne göre uygulanması, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu yönde etkilemiş, kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinde artış sağlamıştır. 2015 ve 2016 yıllarının üçer aylık raporlanan düşme sayılarında ilk altı aylık dönemde herhangi bir değişiklik olmazken, ikinci altı aylık dönemde artış olduğu bulunmuştur. Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde alınan hemşire görüşleri ile kurumda altyapı ile ilgili düzenlemelerin yapılması ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında bütün sağlık profesyonellerinin katılımının sağlanmasının etkili olacağı düşünülmektedir. Yapılacak çalışmalarda bütün sağlık profesyonellerinin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Düşme önleme, hemşirelik, kanıta dayalı hemşirelik, yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modeli.

THE EFFECTS OF EVIDENCE-BASED FALL PREVENTION STRATEGIES ON NURSES' ATTITUDES TOWARDS EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE AND PATIENT FALLS

Yasemin AYHAN ÖNCÜ

Dokuz Eylül University, Nursing Faculty, İZMİR

ya.ayhan@gmail.com

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to examine the effects of evidence-based fall prevention strategies that implemented according the Advancing Research & Clinical Practice Through Close Collobariton Model to nurses attitudes towards evidence-based nursing practice, patient fall rates and evaluate nurses' opinions about evidence-based fall prevention strategies after implementation.

Method: The quasi-experimental study, using single-group pretest-posttest design and repeative assesment, was conducted in January 2015-May 2017 in an educational research hospital which is connected to the Ministry of Health. The hospital has 414 nurses and 554 patient beds. In this study, evidence based fall prevention strategies according to the Advancing Research & Clinical Practice Through Close Collobariton Model were implemented. In addition, strategies have been reinforced with facilitators / reminders such as giving lectures, creating a social media group, posters and brochures. Within the scope of the evaluation of the inteventions; 101 nurses scale means were measured before intervention and 3-6 months after intervention. However, observations were made at 3 and 6 months after the intervention (n = 60 patients) and at the third month of the intervention, nurses' opinions on evidence-based fall prevention strategies (n = 17 nurses) were taken. The quarterly fall numbers for the years 2015-2016 were used as the corporate output.

As data collection tools in the study; Nurses Attitudes Towards Evidence-Based Nursing, Evidence-Based Fall Prevention Intervention Observation Form, Patient Fall Rates Data Sheet and Evidence-Based Patient Falls Prevention Strategies Semi-Structured Questionnaire were used. For the analysis of quantitative data; descriptive statistics, variance analysis in repetitive assessments and test for the significance of two mean scores. For qualitative data content analysis method was used.

Findings: In the study; nurses attitudes towards evidence based nursing before intervention has been found at high level. A statistically significant difference was found in the attitudes of the nurses towards the evidence based nursing according to the time before the intervention and the 3rd and 6th months after the intervention. But there was no significant difference found between nurses attitudes towards evidence based nursing that reporting or not reporting the falls. 71.3% increase has been achieved on the evidence based fall prevention interventions used by nurses. According to hospital annual records, the fall rates for 2015 was 34 and for 2016 was 39. To evaluate the effectiveness of evidence-based fall prevention strategies in the qualitative study; three main themes and 13 categories were created, namely "facilitators", "obstacles" and "suggestions".

Conclusions: Evidence based fall prevention strategies implementation according to the Advancing Research & Clinical Practice Through Close Collobariton Model, have a positive impact on the nurses' attitudes towards evidence-based nursing and increased their use of evidence-based fall prevention interventions. It has been found that there is no change in the first six months of the reported fall rates for 2015 and 2016, but an increase has been found in the second six months. It is believed that the nurses' opinions taken at the evaluation of the effectiveness of the evidence-based fall prevention strategies will be effective by ensuring participation of all health professionals in the creation of a patient safety culture and solving infrastructure problems. For future studies, it may be advisable for all health professionals should be aware of patient falls.

Key words: Evidence-based nursing, fall prevention, nursing, , Advancing Research & Clinical Practice Through Close Collaboration Model.

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tıbbi hatalar, hastaya verilen sağlık bakım hizmeti sırasında oluşan, kasıtsız ve beklenmeyen sonuçlar şeklinde tanımlanmıştır (National Patient Safety Foundation, 2009). Hasta güvenliğinde tıbbi hataların önlenmesi, tıbbi hata ortaya çıktığında tanımlanması, verilerin analizi ve iyileştirmelerin yapılabilmesi için kurumsal düzenlemelerin yapılması gerekir. Tıbbi hataların önlenmesi, hatalardan öğrenme ve sağlık bakım hizmeti alanların zarar görmemesi ve hasta güvenliği kültürünün geliştirmesi için iyileştirme çalışmalarının yapılması son derece önemlidir (Kaushal ve ark., 2010).

Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International-JCI) hasta düşmelerini, hasta güvenliği standartlarından biri olarak kullanmakta ve 2014 yılı hedeflerinde de “hasta düşme riskini ve düşmelerden kaynaklanan yaralanmaları azaltmaya” yer vermektedir (JCI, 2014). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2015’te yayımladığı Sağlıkta Kalite Standartlarında “Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır” standardı bulunmaktadır (Sağlıkta Kalite Standartları, 2015).

Hastanelerde ciddi sonuçlar doğuran ve en sık raporlanan tıbbi hataların arasında hasta düşmeleri yer almaktadır. Hasta düşmeleri, sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda tıbbi hataların yaklaşık %21 - %40’ını oluşturmaktadır (NHS, 2013). Oliver ve arkadaşlarının (2007) yaptığı sistematik derleme ve meta-analizde, hastanede 1000 yatakta günde 3-13 hastanın düştüğü bulunmuştur. Kaliteli hemşirelik bakımının verildiği Magnet Hastanelerdeki düşme oranı ise; 1000 yatakta günde 3.3 hastadır (Lake ve ark., 2010). Hasta düşmeleri sonucunda hastalarda çeşitli yaralanmalar meydana gelmektedir. Düşmeler; 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). Hastanede gerçekleşen hasta düşmelerinin yaklaşık yarısında (%42 - %57) herhangi bir yaralanma oluşmamaktadır. Düşmelere bağlı gelişen ciddi yaralanmaların, %43.2 ile %46.1’i kalça ve pelvis kırıkları, %27.7 ile %40.5’i üst ve alt ekstremitte kırıkları, %16.2’si ise kafa ve omurga yaralanmaları olarak belirlenmiştir (Cameron ve ark. 2010; Hill, ve ark. 2010; Haines ve Waldron, 2011; Galbraith ve ark. 2011; Zecevic ve ark. 2012; Dunne ve ark. 2014).

Hastanelerdeki düşmeler, maliyetteki artışa ve hastane yatış süresinde uzamalara neden olabilmektedir (Greene ve ark. 2001; Poe ve ark. 2005; Dunne ve ark. 2014). Ciddi düşmelerin neden olduğu ek maliyet miktarı Zecevic ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada 31,000 Kanada Doları, Wong ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada 13,806 Dolar olarak hesaplanmıştır. Hirose ve arkadaşlarının (2015) iki eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirdikleri araştırmada ise ciddi düşmelerin maliyeti hastanelerin birinde 5387 Dolar diğerinde ise 3636 Dolar olarak hesaplanmıştır. Yaralanmaya bağlı oluşan ek maliyetin yanında, hasta – hasta yakınları tarafından açılan davalar da hastaneler için önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (Evans ve ark. 2001; Hitcho ve ark. 2004; Krauss ve ark. 2005; Nadkarni ve ark. 2005; Schwendimann ve ark. 2006). Yapılan bir sistematik incelemenin sonuçlarına göre, yaşlı hastalarda görülen ve hastanede sağlık bakım hizmeti gerektiren düşmelerin maliyeti her düşme için 5.654 ile 42.840 Amerikan Doları arasında değişmektedir. En fazla direkt maliyete neden olan durum ise yaşlı kadın hastalarda görülen kırıklardır (Heinrich ve ark. 2010). Kalça kırığının Britanya Kolumbiyası'nda ortalama tedavi maliyeti 18.508 Amerikan Doları olarak hesaplanmıştır (Herman ve ark. 2006). Barış, Seren İntepeler ve Yeginboy'un (2016) Türkiye'de yaptıkları çalışmada; hastanelerde yaşanan ciddi düşmelerin yaralanma ve ölümlere neden olduğu ve buna bağlı olarak en fazla üniversite hastanelerinde ve dahili birimlerde olmak üzere hastaların hastanede yatış süresinin 14.61 gün ve neden olduğu hastane yatış süresindeki uzama ve sağlık bakım ihtiyacı artışının sonucu olarak ciddi düşmelerin yatış maliyetini 8726,94 TL artırdığı bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında, hastanelerin hasta düşme riski tanılama ölçekleri kullanarak ve düşme önleme stratejileri geliştirerek, düşmeleri ve düşmelerden kaynaklanan yaralanmaları önleyici girişimler planlamaları gerekmektedir. Hasta düşmeleri sonucunda oluşan ek maliyetlerin, kurum bütçesine etkisi göz önüne alınırsa, hastanede görevli sağlık bakım yöneticileri hasta düşmeleri önleme stratejilerini geliştirmeye öncelik vermeleri gerekmektedir (Healey ve ark., 2008). Bulut ve arkadaşlarının (2013), hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların ilk yatışında düşme riskinin değerlendirilmesi, düşme riskinin değerlendirilmesinde kuruma veya kliniğe özgü ölçek kullanımı, düşme riski yüksek olan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından kolay tanınması için belirteç kullanımı ve literatür doğrultusunda hazırlanmış hasta düşmeleri önleme stratejileri oluşturularak bu stratejilerin kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir. Hastanede kullanılan birçok düşme önleme stratejisi, bilimsel çalışmaların sonuçlarından

yararlanılarak hazırlanmaktadır. Klinik ve kurumsal düşme önleme stratejilerinde, bakımın etkinliği ve düşme riski tanılama ölçeklerinin faydaları genel olarak tanımlanmamış olmakla birlikte; hasta düşme önleme stratejilerinin etkinliği birçok yönden yönetsel ve kurumsal sürece bağlıdır (Grenier-Sennelier ve ark., 2002). Ramos Vieira ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında; yöneticileri, araştırmacıları, sağlık çalışanlarını, hasta yakınları ve hastaları içeren katılımcı ve bütüncül bir yaklaşımın, geriatrik rehabilitasyon merkezlerindeki yaşlıların düşme risk değerlendirmesinde ve düşme önleme stratejilerinde etkili olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, hasta düşmelerini önleme stratejilerinin hazırlanmasında; sağlık çalışanlarının, hastaların ve düşmeleri etkileyebilecek diğer faktörlerin etkileri araştırılmıştır. Bleijlevens ve arkadaşları (2010), interdisipliner olarak hazırladıkları düşme önleme protokollerinin, çok yönlü ve çok boyutlu düşme önleme protokollerinden daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Gray-Micelli ve arkadaşlarının (2008) hazırladıkları kanıta dayalı uygulama rehberinde; hasta düşmelerinin önlenmesi için sağlık profesyonellerinin hasta ile ilgili aldıkları veriler sistematik bir şekilde tartışılmalı ve bütün kurumu kapsayan düşme önleme planı oluşturulmalıdır.

Hasta düşmelerini önleme girişimlerinin kullanılmasında, hemşirelerin en iyi bakımı verebilmeleri ve hasta bakım çıktılarının iyileştirilmesi için, sağlık bakım yöneticilerinin ve hemşirelerin kanıta dayalı uygulama rehberlerinden yararlanmaları gerekmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hastaların bakım ile ilgili tercihlerini ve var olan en iyi kanıtları kullanarak karar almaları olarak tanımlanmaktadır (DiCenso ve ark., 2005). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarının ölçülmesi; hasta düşmeleri risk tanılmasının kültüre, kullanım amacına ve dile uygun yapılmasına (Currie, 2008) ve bu risklere yönelik alınacak önlemlerin belirlenip, disiplinler arası düşme önleme planının uygulanmasında yararlı olacaktır. Lake ve arkadaşlarının (2010) Magnet Hastanelerde yaptıkları çalışmaya göre; hasta bakım saatinin artırılmasını temel alarak hazırlanan düşme önleme girişimlerinin daha etkili olduğu ve diğer hastanelere oranla, hasta düşmelerinin daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.

Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının bakım kalitesini artırma, kurum maliyetini azaltma ve hemşireliği güçlendirme etkilerinin olduğu bilinmesine rağmen; hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmalarını artırmak için teori ve modellerin test edildiği müdahaleli araştırmalar yeterli değildir (Levin, Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes, Vetter, 2011). 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 ve model kullanımı, bu etkileşimin hemşirelik bakımına yansıtılmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, hemşirelik modelleri verilen hasta bakımının amaçlı, sistematik, kontrollü ve etkili olmasını sağlamakla birlikte ortak dil oluşturulmasında da yarar sağlamaktadır.

Literatürde kanıta dayalı rehber önerilerini uygulamaya aktarmada kullanılabilecek birçok teori ve model bulunmaktadır. Bu konunun ülkemizde yeni konuşulmaya ve uygulama değişiklikleri yapılmaya başlandığı günümüzde, akademi-hastane işbirliklerinin desteklendiği modellerin kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Levin ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada; kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili yapılan eğitimlerin, kanıta dayalı hemşirelik rehber önerilerinin klinikte kullanılmasına katkı sağlamadığı bulunmuştur. Ayrıca; kanıta dayalı uygulamada hemşireler için kendi kurumlarından mentor kullanılmasının, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik inanç ve rehber önerilerini kullanma oranlarını artırmasında önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Levin, Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes ve Vetter, 2011).

Hasta düşmeleri ile ilgili yapılan, risk tanılama, risk tanılama ölçeklerinin geçerliği ve güvenilirliği ve sağlık çalışanlarının düşme önlemeye yönelik kullandıkları girişimler ile ilgili tanımlayıcı çalışmalar bulunmaktadır. Ancak özellikle ülkemizde, hastanelerde kanıta dayalı hasta düşmelerini önleme stratejilerinin uygulamaya geçirildiği herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Kanıta dayalı rehber önerilerinin kullanılması ile hastanelerdeki hasta güvenliği süreçlerinin geliştirilmesi mümkün olabilecektir. Kanıta dayalı rehber önerilerinin uygulamada kullanılmasında karmaşık olan süreci anlamak ve hangi müdahalelerin daha etkili olduğunu değerlendirebilmek için teori ve model kullanımı gerekmektedir (Cummings, Estabrooks, Midodzi, Wallin ve Hayduk, 2007). Bu çalışmanın kavramsal çerçevesini Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli (YİDİAKUM) oluşturmaktadır. Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'ne göre kullanılması ile hemşirelerin daha kaliteli ve güvenli hasta bakım hizmeti vermesi hedeflenmektedir. Kanıta dayalı düşme önleme önerilerinin kullanılmasını artırmak için modelde tanımlanan engelleyici etmenlerin azaltılması, güçlü yönlerin desteklenmesi, hemşire mentorlardan destek alınması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamalarının yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma nicel ve nitel olmak üzere iki aşamada yürütülmüştür.

1. Araştırmanın birinci aşamasında; kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasının hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına, kullandıkları düşme önleme girişimlerine ve hasta düşme sayısına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.
2. Araştırmanın ikinci aşamasında amaç; kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasının etkinliğini nitel olarak değerlendirmektir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Kurumda çalışan hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra 3. ayda kanıta dayalı düşme önleme girişimlerini uygulamaları nasıldır?
2. Kurumda çalışan hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra 6. ayda kanıta dayalı düşme önleme girişimlerini uygulamaları nasıldır?
3. Kurumda kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından önce yıllık raporlanan hasta düşme sayıları nasıldır?
4. Kurumda kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra yıllık raporlanan hasta düşme sayıları nasıldır?

1.4. Araştırma Hipotezleri

H_{1.1}: Kurumda çalışan hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra 3. ayda girişim öncesine göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları artmıştır.

H_{1.2}: Kurumda çalışan hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra 6. ayda girişim öncesi ve girişim sonrası 3. aya göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları artmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hatalar

Tıbbi hata 'tedavi sürecinde hastaya zarar verecek veya potansiyel olarak zarar verebilecek bir başarısızlık' olarak tanımlanmaktadır (Aronson, 2009; Ferner ve Aronson, 2006). Sağlık hizmetine bağlı tıbbi hata ise; hastaya verilen sağlık bakım hizmetinde kasıtsız bir eksikliğin neden olduğu beklenmeyen sonuçtur (NPSF, 2003). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetinin verilmesi sırasında hataların önlenmesi ve bu hatalar sonucunda oluşan hasta zararlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması olarak açıklanmıştır. Sağlık hizmetine bağlı hata ise, hastaya verilen sağlık hizmetinde eksikliklerin neden olduğu, kasıtsız, beklenmeyen sonuçlardır (National Patient Safety Agency-NPSA, 2007). Hasta güvenliği ile ilgili bugüne kadar yapılmış bütün tanımlar düşünüldüğünde; hasta güvenliği, sağlık bakımının kalitesi, ölçüm ve raporların önemi, uygulamalar arasındaki farkın kapatılması için araştırma ile kanıt kullanımı ve hasta çıktılarının geliştirilmesini içermektedir (Fowler ve White, 2004).

Sağlık hizmeti sunumundaki hata ve istenmeyen olayların engellenmesi olarak tanımlanan hasta güvenliğinin amacı da süreçleri iyileştirerek hastaların güvenli bir şekilde sağlık hizmeti almalarını sağlamaktır (World Health Organization, 2014b). Hataların görülme sıklığını azaltmak için, sağlık hizmeti sunucuları nedenlerini belirlemeli, çözümler üretmeli ve iyileştirme çabalarının başarısını ölçmelidir. Dahası, net ve tutarlı tanımlara dayanan hata insidansının doğru ölçümleri, etkili eylem için gerekli ön şartlardır (Grober ve Bohnen, 2005).

Ölüm ve yaralanmaların başlıca nedenlerinden birisi olan tıbbi hatalar, sağlık sistemi içinde kaçınılmaz olaylar arasında yer almaktadır. Amerikan Tıp Enstitüsü 1999 yılında yayımladığı 'To Err is Human' adlı raporunda, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yılda 44.000 ile 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybettiğini belirterek, tüm dünyanın ilgisini hastanelerdeki önlenebilir tıbbi hatalara çekmiştir (IOM, 2000). Raporun yayımlandıktan sonra, Amerika'da ve tüm dünya tıbbi hatalar ile ilgili çalışmalar yapılmış ve hasta güvenliği ile ilgili önemli adımlar atılmış olmasına rağmen; hala ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014 yılında yayımladığı bir raporda hasta güvenliği ile ilgili 10 durumu açıklamıştır;

- Hasta güvenliği, ciddi ve evrensel bir halk sağlığı sorunudur.
- Hastanelerde ayatan ve tedavi gören 10 hastadan birisi, istenmeyen olaylar nedeniyle zarar görmektedir.

- Yatan her 100 hastadan 14'ünde hastane enfeksiyonu görülmektedir.
- Hastane enfeksiyonları 2000 ile 2010 yılları arasında %88 oranında azalmıştır.
- Tıbbi cihaz kullanımında ülkeler ve bölgeler arası eşitsizlikler bulunmaktadır. Çoğu hasta tıbbi cihazlara ulaşmada sorun yaşamaktadır.
- Güvenli cerrahi için ekip işbirliği ile sağlanabilir.
- Kaliteli olmayan bakım uygulamaları sağlık harcamalarını yaklaşık %20 - %40 oranında artırmaktadır.
- Çoğu sağlık bakım kurumu güvenlikten yoksundur.
- Hastaların ve toplumun güvenlik uygulamalarına katılımı ve güçlendirilmeleri hasta güvenliğinin sağlanmasında anahtar rolündedir.
- Hastane işbirlikleri hasta güvenliğinde kritik bir rol oynayabilir.

ABD'de yapılan geniş çaplı bir araştırmanın sonuçlarına göre; 2008 yılında ABD'de meydana gelen 6.3 milyon tıbbi yaralanmanın 1.5 milyonu tıbbi hatalar sonucu oluşmuştur. Bu tıbbi hatalar 2500'ün üzerinde kişinin ölümüne ve kısa süreli sakatlıktan dolayı 10 milyondan fazla iş günü kaybına neden olmuştur (Society of Actuaries 2010; Van Den Bos, Rustagi ve ark. 2011). Tıbbi hatalar sonucu ölen insan sayısı, kazalarda ölen insan sayısından daha fazladır ve ortalama maliyeti 17-29 milyar dolardır (Leape, 2000). İngiltere'de 2001 yılında yapılan bir çalışmaya göre; ilaç uygulama hatalarından yaklaşık 1200 kişinin hayatını kaybettiği ve bu durumun son on yılda %500 arttığı belirtilmiştir (Preston, 2004). ABD'nde, hastaneye yatan 770 000-2 000 000 hastada ilaç uygulamada çeşitli hatalar yapıldığı belirlenmiştir (Beyea, 2002). Hasta güvenliğinin esas konusunu tıbbi hatalar oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinin temel hedefi; tıbbi hataların azaltılması hatta tamamen ortadan kaldırılmasıdır.

Ulusal Hasta Güvenliği Fonu (National Patient Safety Foundation (NPSF) (2014); tıbbi hata ile ilgili bazı kavramları;

Tehlike: Zarar verebilecek herhangi bir şey.

Hata: Yanlış bir planın uygulanması ya da planın yanlış uygulanması.

Tıbbi hata: Mevcut tıbbi bilgi ile önlenebilir istenmeyen olaylar ve ramak kala olaylar.

Kaza: (1) Devam eden bir sistemi bozan ya da etkileri gelecekte ortaya çıkan olaylar bütünü. (2) Genellikle istenmeyen sonuçlara neden olan, planlanmamış, beklenmedik ve istenmeyen olaylar.

Gizli (Latent) hata: Sistemdeki, organizasyondaki, eğitimdeki ve hastane ortamındaki ileride hastaların zarar görmesine neden olabilecek hatalar.

Aktif hata: Uygulayıcılar tarafından meydana gelen ve etkileri hemen hissedilen olaylar.

İstenmeyen olay: (1) Bakım yönetiminin neden olduğu hastane yatış süresinde uzamalar veya verimlilik kaybına da neden olabilen yaralanmalar. (2) Tıbbi girişim sonrasında görülen yaralanmalar. (3) Klinik yatış süresinde meydana gelen hastada fiziksel ya fizyolojik yaralanmalara neden olan olay.

Neredeyse Hata(Ramak Kala Olaylar): Herhangi bir yaralanma ile sonuçlanmayan hatalar, ramak kala olarak da adlandırılırlar, şeklinde tanımlanmıştır.

Hasta güvenliği ve güvenlik kültürü, günümüzde bireylerin zarar görmemesi, tıbbi hataların önlenmesi ve hatalardan öğrenme açısından uluslararası yazında önem arz eden konular arasındadır. Hasta güvenliği, olası hataların önlenmesi, hata oluştuğunda tanımlanması, analiz edilmesivle düzeltici faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi açısından sistemli bir kurumsal sorumluluk gerektirir (Page, 2004). Tıbbi bakım ortamının karmaşık olması, dikkat dağıtıcı olarak insan faktörü, yorgunluk vb. faktörler hataya neden olabilmektedir (Leonard ve ark., 2004). Tıbbi hataların en kısa sürede saptanması ve nedenlerinin tanımlanması, sorunun çözümüne yönelik çözüm önerilerinin belirlenmesi önemlidir. Ancak tüm bu önlenebilir hatalar, insan sağlığına ciddi etkilere neden olmadan belirlenmelidir (Akgün, Al-Assaf; 2007).

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı 2017 yılında hasta güvenliği ile ilgili aşağıdaki konuları ele almaktadır:

- İstismar / saldırganlık ve hasta güvenliği
- İzin, iletişim, gizlilik
- Dokümantasyon ve hasta güvenliği (kontrol listeleri / hasta kayıtları dahil)
- Çevre ve hasta güvenliği
- İnsan faktörleri ve hasta güvenliği kültürü (ekip çalışması, personel görevleri dahil)
- Tıbbi cihazlar / ekipman
- İlaç güvenliği
- Hasta kazası (düşmeler dahil)
- Hasta kabulü, transferi, taburcu edilmesi (hasta kimliği dahil)

- Hasta değerlendirmesi ve teşhisi (testler, taramalar dahil)
- Hasta tedavisi / prosedürü (beslenme dahil)
- Risk değerlendirmesi ve hasta güvenliği

Hastanelerde ciddi sonuçlar doğuran en sık raporlanan tıbbi hataların arasında hasta düşmeleri yer almaktadır ve hastanede yaşanan yaralanmaların %84'ünün hasta düşmeleri ile ilgili olduğu vurgulanmaktadır (Coussement ve ark., 2007, Arando-Gollardo ve ark., 2013, Titler ve ark., 2015).

2.2. Hasta Düşmeleri

Düşmenin tanımı henüz tüm sağlık bakım kurumlarında standartlaştırılmamıştır. Bununla birlikte Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) Ulusal Hemşirelik Veri Tabanı Kalitesi (Nationol Database of Nursing Quality Indications) tarafından, “zemine plansız iniş” olarak tanımlanmaktadır (NDNQI, 2012; Tucker ve ark., 2014). United States Department of Veterans Affairs' e göre düşme; zemine, mobilyaya veya herhangi bir obje üzerine kapaklanmakla sonuçlanan veya aniden, kontrol edilemeyen, beklenmeyen bir şekilde merdiven basamağı veya sandalye gibi bir objeye takılmayı tanımlar. Kaymak, kaygan zemin üzerinde, düşme ile sonuçlanmayan denge kaybıdır. Sendelemek, dizlerden oluşun ve farklı problemler nedeniyle oluşun düşmeyle sonuçlanmayan denge kaybıdır. Tökezlemek, belirli bir engel nedeniyle oluşun düşmeyle sonuçlanmayan denge kaybıdır.

2.2.1. Hasta Düşmeleri Risk Faktörleri

Hasta düşmeleri, önlenabilir kazalar arasındadır. Hasta düşmelerinin önlenmesi için, öncelikle hasta risklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Düşmelerin nedenlerinin ve hangi risk durumlarında daha sık geręekleřtięinin bilinmesi, düşmeleri önleyici girişimlerin belirlenmesinde yol gösterici olacaktır (Berke ve Aslan 2010; Oliver ve ark. 2004). Hasta düşmeleri; içsel ve dışsal faktörlerden etkilenmektedir (Callis, 2016):

Dış Faktörler:

- Zarar verici aktiviteler
- Saat
- Dış aydınlatma
- Kargaşa ve gürültü
- Elektrik kablolar

İç Faktörler:

- Kas ve güç kaybı
- Denge bozuklukları
- Görme bozuklukları
- Bilişsel ve mental bozukluklar
- Baş Dönmesi
- Ortostatik hipotansiyon
- İnkontinans
- Çok fazla ilaç alma
- Yaş
- Kronik hastalık

Kanıt rehberlerinde; yüksek riskli ilaçların kullanılması (1. Düzey), üriner inkontinans (3. Düzey) ve fiziksel yardımcılarının kullanılması (3. Düzey) düşme riskini arttırmaktadır (Gray-Micelli, 2008).

Türkiye’de bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmaya göre hasta düşmeleri kök nedenlerine göre;

Teknik nedenler: Tuvaletin oda dışında bulunması (%24) ve hasta terlikleri (%9).

Organizasyonel nedenler: Düşme önlemlerinin doğru alınmaması (%20).

Kural kaynaklı nedenler: Düşme risk değerlendirmesinin yapılmaması (%26), yatak kenarlıklarının kaldırılmaması (%21), zeminin ıslak bırakılması (%11)

Hastaya bağlı nedenler: Hastanın hareket kabiliyetinin kısıtlı olması (%17), hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği (%15), acil tuvalet ihtiyacı (%12).

Sınıflandırılmayan nedenler: Hastanın ihtiyaçlarını yardımsız gidereceğini düşünmesi (%15), refakatçinin olmaması(%9).

Duman’ ın yaptığı “Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri ile ilgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi” (2012) araştırmasına göre; yoğun bakımlarda yapılan gözlemler sonucunda, yürüme alanlarının darlığı, hastanın yürüdüğü alanda malzemelerin olması, hasta odasının dağınık ve düzensiz olması, hasta yatakları arasındaki mesafenin darlığı, tekerlekli sandalyelerin kilitlerinin çalışmaması, tuvalette tutamakların olmaması ve düşme riski olan hastalarda uyarı belirtecinin kullanılmaması gibi risk faktörleri belirlenmiştir.

Cameron ve arkadaşlarının (2010) yayımladığı kanıta dayalı hastanede ve hemşirelik bakım merkezlerindeki düşme önleme rehber girişimlerinde, hastane ve hemşire bakım merkezlerindeki düşmelere bağlı yaralanma ve ölüm oranlarının önemli derecede arttığı bulunmuştur.

2.2.2. Hasta Düşmeleri İnsidansı

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı'nın (National Patient Safety Agency-NPSA) 2007 yılında hazırladığı rapora göre; 2004 ve 2005 yılında İngiltere'deki hastane, ruh sağlığı merkezi ve evlerde 200.000 düşme olayı raporlanmıştır. Hastanelerde yaşanan tıbbi hataların %21-%40'ını hasta düşmeleri oluşturmaktadır (NHS, 2012). Hastaneye yatan hastalardaki tüm advers olayların %84'ünün düşme ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (Arando-Gollardo ve ark., 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise nöroloji ve nöroşirurji kliniklerinde yatan hastaların yarısının düşme riskinin yüksek olduğu ve son üç aydaki düşme oranının %20.9 olduğu belirlenmiştir (Savcı ve ark., 2009).

Düşmeler, hastane kaynaklı yaralanmaların önde gelen nedenlerinden biridir ve sıklıkla hastanede kalış sürelerini uzatır. Düşmeler, hastanelerde bildirilen en yaygın advers olaylardır. Hastanelerde yapılan gözlem çalışmaları düşme oranlarının 1.3-8.9 düşme / 1.000 hasta günü arasında değişmekte olduğunu ve yaşlı bakım, nöroloji ve rehabilitasyon merkezlerinde daha yüksek oranlarda gerçekleştiğini göstermektedir (Degelau ve ark., 2012). Kanada'da 2005 ve 2013 yılları arasında yaşlı bireylerde düşmeye bağlı yaralanma oranının %49.4'ten %58.8'e yükseldiği belirlenmiştir. Düşme oranları yaşla birlikte artarken kadınların düşme oranı, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Düşmeye bağlı yaralanma oranlarında artış, kadınlar ve genç yaş grupları arasında daha belirgin olmuştur. En sık yaralanma türü kırıklar (%37) ve düşmeler sonucu en sık yaralanan omuz veya üst kol (%16) kırığı olduğu bulunmuştur (Do ve ark., 2015). Danimarka'da 2000- 2012 yılları arasında 4754 düşmenin incelendiği bir çalışmada en sık femur kırığının (%61.55) olduğu belirlenmiştir (Jorgensen ve ark., 2015).

Bildirilen düşmelerin üçte birinin banyoda gerçekleştiği, yarısından fazlasının anksiyete veya antipsikotik ilaçların kullanılması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Degelau ve ark., 2012). Düşmeler hastanede yatan hastalar için ciddi bir sorundur, yaşam süresini ve kalitesini düşürmektedir. Düşmeler; hasta yaralanmalarına, güvensizliğe, yatış süresinin uzamasına, kurumsal anksiyeteye, çalışanların suçlu hissetmesine, şikayet ve hatta davalara neden olabilmektedir (Oliver, 2008).

Hastanede yaşanan düşmelerin çoğu, düşme önleme girişimlerinin hastanın düşme riskiyle ilgisiz olarak uygulanması, düşme riskinin ekip içinde yanlış aktarılması veya yüksek düzeyde düşme riski olan hastalara belirteç kullanılmaması ile ilgilidir (Degelau ve ark., 2012). Fiziksel sonuçların yanı sıra bir başka sorun; düşme korkusu ile benlik saygısı ve bağımsızlığı kaybı da dahil olmak üzere "düşme sonrası sendrom" olarak bilinen durumu oluşturan, hastanın yaşam biçimini tehlikeye atan ve psikolojik sonuçları olan bir durumdur (Aranda-Gallardo ve ark., 2013).

Kanıtı dayalı rehberlerde (HCANJ, 2007; Gray-Micelli, 2008), hastanede veya yaşlı sağlığı merkezlerinde düşme önleme girişimlerinden önce, hastaların risk tanılamalarının uygun bir ölçüm aracı ile tanımlanması gerektiği vurgulanmaktadır.

2.2.3. Düşme Riski Tanılama Ölçekleri

Düşmelerin önlenmesinde öncelikli olarak yapılması gereken uygulamalardan birisi hastaların düşme riskinin değerlendirilmesidir. Literatürde hasta düşme riskinin belirlenmesinde kullanılan birçok düşme riski tanılama ölçeği bulunmaktadır (Morse, Itaki, Harizmi, Hendrich II vb.).

Kanıtı dayalı rehberlerindeki hasta düşmelerinin risk değerlendirilmesinde; hastaya özgü düşme risk faktörlerini azaltan veya değiştiren düşme önleme girişimleri düşme riski kategorilerine göre;

- (a) önceki bir düşme öyküsü,
- (b) hareket kabiliyeti kısıtlılıkları (örneğin kilo problemleri),
- (c) eliminasyon (örn. inkontinans),
- (d) ilaçlar (örn. sedatifler),
- (e) bilişsel ve zihinsel durum (örn., Deliryum) ve
- (f) düşmeden ciddi yaralanma riskini artıran faktörler (örneğin antikoagülanlar) şeklinde gruplandırılmıştır (Titler ve ark., 2016).

2.2.3.1. Morse Düşme Riski Tanılama Ölçeği

Morse Düşme Riski Tanılama Ölçeği; düşme geçmişinin varlığı, ikincil tanı, mobilizasyon desteği, intravenöz yol varlığı ya da heparin kullanımı, yürüyüş ve transfer, mental duruma göre değerlendirilir. Hasta 51 ve üzeri puan aldıysa yüksek riskli gruba alınmaktadır (Morse Fall Scale for Identifying Fall Risk Factors, 2013)

Tablo 1. Morse Düşme Riski Tanılama Ölçeği

1. Düşme Hikayesinin Varlığı/Kabulde ya da 3 Ay İçinde	Yok:0 Var:25	
2. İkincil Tanı	Yok:0 Var: 15	
3. Mobilizasyon Desteği Yatak İstirahatı/Hemşire Yardımı Koltuk Değneği/Baston/Yürüteç Destek mobilya	0 15 30	
4. IV Yol Varlığı ya da Heparin Kullanımı	Yok:0 Var: 15	
5. Yürüyüş/Transfer Normal /Yatakta/İmmobil Denge Durumu Zayıf Dengesini Sağlayamaz	0 10 20	
6. Mental Durum Oryante Konfüze/Dezoryante	0 15	
Risk Düzeyi	MFS Skoru	Uygulama
Düşük Risk	0-24	Temel Önlemler
Orta Risk	25-50	Standart Düşme Önleme Müdahaleleri
Yüksek Risk	≥51	Yüksek Riskli Düşme Önleme Müdahaleleri

Yılmaz Demir ve Seren İntepeler'in yaptıkları çalışmaya göre (2011); Morse düşme riski tanılama ölçeğinin yüksek riskli olarak tanılandığı ve gerçek düşenlerin oranının %6.65, ölçeğin düşmeler yönünden orta ya da düşük düzeyde tanılandığı hastalarda gerçek düşmeyenlerin oranının %98.6 olduğu bulunmuştur. Düşme riski yüksek olarak tanılanan hastalar içinden düşmeyen, düşük riskte tanılanan hastaların içlerinde düşenlerin olduğu belirlenmiştir.

2.2.3.2. Heindrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği

Heindrich II Düşme Risk Ölçeği yedi faktör içermektedir. Bu faktörler; “konfüzyon/dezoryantasyon, depresyon, emilimde değişim, baş dönmesi, cinsiyet, antiepileptik/benzodiyazepin kullanımı ve kalkma-yürüme” testidir. Ölçekte beş ve üzeri puan alan ve son üç ayda düşmüş hastalar için yüksek risk olarak değerlendirilmektedir (Heindrich ve ark. 2003). Heindrich II Düşme Risk Ölçeği Tablo 2' dir.

Tablo 2. Heindrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği

Konfüzyon/Dezoryantasyon		4 puan
Semptomatik Depresyon		2 puan
Boşaltım İhtiyacında Sorun		1 puan
Baş Dönmesi		1 puan
Cinsiyet (erkek)		1 puan
Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin, Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigine, Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuzimid, Petimid)		2 puan
Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı (Alprazolam, Xanax, Buspiron, Biston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax)		1 paun
Toplam Paun		
Risk Ölçümü	Puanlama	Yapılması Gereken Faaliyet
Risk Yok	0-4	Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendir.
Yüksek Risk	5 ve ↑	Her gün düşme riskini yeniden değerlendir. Düşme olaylarını önleme ve izleme prosedürü uygula.

2.2.3.3.İtaki Düşme Riski Tanılama Ölçeği

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve hastanelerde kullanılan İtaki Düşme Riski Tanılama Ölçeği Tablo 3’ dendir.

Sağlık Bakanlığı’nın 2015’te yayımladığı Sağlıkta Kalite Standartlarında İtaki Düşme Riski Tanılama Ölçeğinin kullanımı ile ilgili beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılması ve her defasında yeni bir form kullanılması gerektiği belirtilmiştir: “Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme), Post- Operatif dönemde, Bölüm değişikliğinde, Hasta düşmesi durumunda, Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde”.

Tablo 3. İtaki Düşme Riski Tanılama Ölçeği

		İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ		Hastanın Adı Soyadı	
				Yattığı Bölüm	
				Risk Değerlendirme Tarihi	
Değerlendirme Zamanı					
☐ İlk Değerlendirme ☐ Post-Operatif Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği					
RİSK FAKTÖRLERİ					PUAN
1.	Minör Risk Faktörleri	65 yaş ve üstü.		1	
2.		Bilinci kapalı.		1	
3.		Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.		1	
4.		Kronik hastalık öyküsü var.*		1	
5.		Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.		1	
6.		Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.		1	
7.		Görme durumu zayıf.		1	
8.		4’den fazla ilaç kullanımı var.		1	
9.		Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.**		1	
10.		Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.		1	
11.		Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.		1	
12.	Major Risk Faktörleri	Bilinç açık, koopere değil.		5	
13.		Ayakta/yürürken denge problemi var.		5	
14.		Baş dönmesi var.		5	
15.		Ortostatik hipotansiyonu var.		5	
16.		Görme engeli var.		5	
17.		Bedensel engeli var.		5	
18.		Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**		5	
19.		Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***		5	
TOPLAM					
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU					
☐	Düşük Risk	Toplam Puanı 5’in altında			
☐	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5’in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)			

NOT: Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.

İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.

Değerlendirmeyi yapan Hemşire
Adı-Soyadı:
İmza:

(Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı,
<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4202,itakisonolcekpdf.pdf?0>)

Bazı düşme risk değerlendirme ölçekleri; ciddi geçerlik farklılıklarıyla geliştirildikleri yerler dışında, farklı kurum ve kliniklerde test edilmişlerdir (Arando-Gollardo ve ark., 2013). Bu araçların yeniden değerlendirilmesinin hastanede yatan yetişkin hastalarla olan etkisini araştırmak ve hastanın güvenliği ile ilgili prosedürlerle ve özellikle düşmelerin önlenmesine ilişkin sağlık personeli tarafından gerçek uyumu göz önüne almak için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (Wilson, 1998; Aranda-Gallardo ve ark., 2013).

Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association) tarafından Ulusal Hemşirelik Kalite İndikatörleri Veri Tabanı (National Database of Nursing Quality Indicators) hasta düşmelerini; “(1) herhangi bir yaralanma yok (yapılan incelemeler sonucunda herhangi bir yaralanma, semptom bulunmaması), (2) hafif yaralanmalar (zedelenmeler, sıyrıklar, soğuk uygulama, topikal ilaç uygulama gerektiren durumlar), (3) orta şiddetli yaralanmalar (eklem-kas kasılmaları, sütur ya da sabitleme gerektiren durumlar), (4) ciddi yaralanmalar (ameliyat, alçı uygulaması, nörolojik muayene gerektiren durumlar, kaburga kırıkları vb. iç yaralanmalar, koagülopati gibi sorunu olup düşme sonrasında kan ve kan ürünleri alan hastalar) (5) ölümler olarak sınıflandırılmaktadır” (NDNQI, 2012).

Literatürde, hastaneler için hasta bakım yükü, iş gücü ve maliyet açısından birçok soruna neden olan düşmelerin önlenmesi için stratejilerin belirlenmesi ve kararlı bir şekilde yürütülmesi için gerekli planların yapılması ve komitelerin kurulması gerektiği vurgulanmaktadır (Aranda-Gallardo ve ark., 2013; Brown ve Miltner, 2014; Titler ve ark., 2016).

2.3. Hastanelerde Düşme Önleme Stratejileri

Hemşirelik Yönetmeliğinde ve Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelikte hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili sorumlulukları “Hemşirelerin birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla bakım verme, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama; hasta güvenliği kapsamında hasta düşmelerinin önlenmesi gibi görev, yetki ve sorumlulukları vardır” şeklinde tanımlanmıştır. (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010; Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011). Hasta güvenliği eğitimi, güvenlik kültürünü oluşturmak için önemli bir araç olarak kullanılmıştır. Eğitim ve öğretimin hasta güvenliği iyileştirmelerinde tam bir rol oynaması için yeni yaklaşımlara gereksinim olduğu açıktır (WHO, 2011). Hasta

güvenliğinin temel faktörlerin biri olan hasta düşmeleri, aynı zamanda bakım kalitesini göstermekte ve hemşirelik bakım hizmetlerinin yetersizliğini düşündürmektedir (Ang ve ark., 2007, Diccini ve ark., 2008). Ulusal Birleşik Komisyon 2005 yılında, Ulusal Hasta Güvenliği Hedefi olarak ilk kez düşmeleri kapsamaktadır. Özellikle, hastaneler düşmelerden kaynaklanan hasta zarar riskini azaltmayı hedeflemektedir. Başlangıçta düşmeler ile ilgili çalışmaların; tanılama ve değerlendirme özellikle hemşirelik girişimleriyle risk altındaki kişilerin tespit edilmesi odak noktası olarak görülmektedir.

Hasta güvenliğinin sağlanmasındaki temel amaç, yaralanmalara neden olan düşme sayılarını azaltmak ve ortadan kaldırmaktır. Bu nedenle, düşme önleme programları yaralanma riski ile ilgili faktörlere odaklanmalıdır (Degelau ve ark., 2012). Düşme ve yaralanmanın önlenmesi, bakım süreci boyunca önemli bir zorluk olmaya devam etmektedir (Currie, 2008). Düşme risk faktörleri ve düşme riski değerlendirme ölçeklerinin geliştirilmesi ile ilgili yapılan kapsamlı araştırmalara rağmen, klinik uygulamalar ve risk faktörlerine yönelik girişimler yetersizdir. Etkili düşme önleme stratejilerine en iyi rehber, daha iyi performans gösteren düşme programları ve hastanelerde temel öğelerin benimsenmesidir. Bu stratejiler hastanenin özelliklerine ve kurum kültürüne göre uyarlanır ve değiştirilir (Degelau ve ark., 2012). Oliver ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir sistematik derlemeye göre; çok yönlü düşme önleme girişimlerinin hastanelerdeki düşmeleri azaltmaya yönelik yararları olduğu bulunmuştur.

Hastanelerde, sağlık profesyonellerinin hasta teslimini ve iletişimini iyileştirmek, düşme riski değerlendirme ve önlemeyle ilgili bilgi ve beceriyi geliştirmek gibi çok faktörlü müdahaleler, hastanede yatan hastalardaki düşmeleri önlemenin en etkili yollarıdır (Brown ve Miltner, 2014). Hasta düşmeleri; hastalar ile yakınları ve sağlık çalışanları için problem olmakla birlikte, sağlık bakım yöneticileri için risk yönetimi ve kaynakların uygun kullanımında esas konularda birisidir. Hasta düşmelerini önleme stratejilerinin ana konuları, tıbbi hata verilerinin kullanımı ve kök-neden analizleri yapılarak, düşmeleri önlemek ve kurumsal öğrenmeyi sağlamaktır (Healey ve ark., 2008).

Hastanelerde uygulanan düşme önleme uygulamalarının geliştirilmesi ve alınan önlemlerin etkinliği, hemşirelerin bakım uygulamalarını tam gerçekleştirmeleri ile mümkündür. Hasta düşmeleri ve düşmeler ile ilgili ölçüm teknikleri hemşirelerin profesyonel sorumluluklarındandır. Hemşireler hasta bakımının bu bileşeninde anahtar rol oynamaktadırlar

(Rockville, 2013). Düşmeler, yaşam kalitesinin azalmasına, hastanede kalma süresinin artmasına ve ölüme neden olmaktadır (Child, Goodwin, Garside, Jones-Hughes, Boddy, Stein; 2012). Lamb ve arkadaşları (2011) düşme önleme girişimlerini; düşme önleme programları, değerlendirme, egzersiz, ilaçla tedavi, çevre düzenlemesi ve eğitim olarak sınıflandırmışlardır. Hastanelerde uygulanan düşme önleme program değerlendirme bilgileri ve kullanılan istatistik analiz sonuçları, hemşirelere bu programların geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesinde yardımcı olabilmektedir (Rockville, 2013)

Oliver ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir araştırmada, birçok faktöre etki eden ve hasta bakımından sorumlu bütün sağlık profesyonellerini içeren stratejilerin en etkili düşme önleme programlarını oluşturduğunu vurgulamışlardır. Lake ve arkadaşları (2010) ABD'de 636 hastanede yaptıkları kesitsel bir çalışmada, mıknaş hastanelerdeki hemşire sayısı ve hasta düşmeleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Düşme oranları, mıknaş hastanelerde diğer hastanelere oranla % 5 daha düşük bulunmuştur. Hasta başına günlük ek bir bakım saati, yoğun bakım ünitelerindeki düşme oranını % 3 daha azaltmıştır.

Ang ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan Akut Bakım Hastanelerinde Kullanılan Hastaya Göre Modifiye Edilmiş Düşme Önleme Stratejilerinin Değerlendirilmesi: Randomize Kontrollü Çalışmada, hastaya göre modifiye edilmiş düşme önleme stratejilerinin, kullanılan standart düşme önleme stratejilerine göre %71 oranında düşmeleri azalttığı görülmüştür. 8 ayda toplanan verilere göre; müdahale grubunda 4 düşme görülürken, kontrol grubunda 14 düşme görülmüştür. Bu çalışma; hasta düşmelerini önlemede, hastaların düşme risklerine göre düzenlenen düşme önleme stratejilerinin, hastalara uygulanan standart düşme önleme standartlarına göre daha etkili olduğunu göstermiştir.

Coussement ve arkadaşlarının (2007) hastanelerdeki düşme önleme girişimleri ile ilgili çalışmaları değerlendirdiği bir sistematik derleme ve meta-analizde; hastanelerdeki çok faktörlü düşme önleme programlarının her bir bileşeninin ayrı olarak düşmeleri azaltmadaki etkisinin incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Cameron ve arkadaşlarının (2010) yayımladığı kanıta dayalı hastanede ve hemşirelik bakım merkezlerindeki düşme önleme girişimlerinde, hastanelerde uzun süreli kalış süreleri (en az üç hafta) olan hastalar için çok faktörlü düşme önleme programları etkili olmakla birlikte, hastanelerde yapılan çok faktörlü girişimlerin düşme oranında belirgin bir azalma olduğunu göstermiştir.

Cumming ve arkadaşlarının (2010) 3999 hasta ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, standart hemşirelik bakımının yapıldığı hastaneler ile hemşirelerin düşme önleme ile ilgili eğitim aldığı, çevre düzenlemesinin yapıldığı ve hasta ve yakınlarına düşme ile ilgili eğitimlerin verildiği hastaneler karşılaştırılmıştır. Müdahale yapılan hastanede, hastaların düşme riski azalmasına rağmen, hasta düşme sayılarında istatistiksel olarak anlamlı azalma olmamıştır.

Schwendimann ve arkadaşlarının (2006) hasta düşmelerini önlemek için hemşirelere eğitim verdikleri çalışmada, müdahale programı hastaların tekrarlı düşmelerini önlenmesinde etki göstermiş olmasına karşın, ilk düşme ile ilgili herhangi bir değişiklik olmamıştır. Müdahale grubundaki, hastaneye yatıştan sonraki hasta düşme zamanının artmış olması, hemşirelerin düşmelere karşı farkındalıklarının arttığına ve kullanılan müdahalelerin uygunluğuna işaret edebilir.

Hastanelerdeki düşmeleri önleme rehberine göre; düşme önleme programı iki kısımdan oluşmaktadır (Gray-Micelli, 2008):

Değerlendirme

- İçsel risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Hasta bakımı ortamı ve dışsal risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Kişiselleştirilmiş düşme önleme programı ve hastanın düşmesinden sonra fiziksel değerlendirme
- Ek güvenlik tedbirleri ve / veya uzman tarafından değerlendirme ihtiyacı

Yönetim

- Genel güvenlik önlemleri ve düşme önleme girişimleri
- Düşmeyi önlemeye yönelik çok disiplinli bakım planı
- Düşme durumunda takip edilmesi gereken prosedürlere ilişkin personel eğitimi
- İzleme

Hastanelerdeki düşme önleme girişimleri aynı zamanda hasta düşme riskini de artırabilir. Hastanede herhangi bir altyapı düzenlemesine gidilmeksizin, sadece sağlık profesyonellerinin mevcut görevlerine ek olarak yapılan çalışmaların, çalışanları her zamanki görevlerinden uzaklaştırdığını ve mevcut personelin stres yaşamasına neden olduğu ve bunun da ek kaynak

sağlamadan düşme önleme programlarının uygulanmasının düşme oranlarını artırabileceği ihtimalini ortaya koymaktadır (Cameron ve ark., 2010).

Hemşirelerin hasta bakımını yaparken, hasta düşmelerini ve yaralanmaları önleme ile ilgili hasta güvenliği önlemlerini uygulama stratejileri, aynı zamanda kanıta dayalı uygulamaları kullanmasını da içermektedir. Kanıta dayalı uygulama, düşmeler ile ilgili kavramların ve önleme stratejileri için standardizasyonu sağlamak, değişikliklikleri azaltmak ve düşmeler ile ilgili odağı belirlemek ve güçlendirmek için destek sağlamaktadır (Quigley ve White, 2013).

2.4. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Kullanılmaya başlandığı ilk yıllarda, “kanıta dayalı tıp” şeklinde tanımlanan terim, sağlık bakım hizmeti veren bütün profesyonellerince kullanılmaya başlanınca “kanıta dayalı uygulamalar” terimi şeklinde kullanılmıştır (Craig ve Smyth, 2007). Kanıta Dayalı Uygulamalar (KDU) kapsamında ele alınan Kanıta Dayalı Hemşirelik (KDH) son 25 yılda sağlık politikalarının ana konularından birisi olmuş ve bir çok ülkede bakım kararlarının kanıta dayalı rehberlere göre alınması planlanmış ve bu doğrultuda KDU rehberleri geliştirilmiştir (Gerrish ve ark., 2007). Kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı hemşirelik, KDU konuları sağlık ve hemşirelik literatüründe hızla artmakta, konu ile ilgili kitaplar yayımlanmakta, araştırmalar bu uygulamalara göre planlanmakta, bilimsel toplantılar yapılmaktadır (Kocaman, 2003). Hemşirelik uygulamalarındaki klinik sorunların çözümünde kanıta dayalı rehber önerilerinin kullanımı 1990’lı yıllardan itibaren artmıştır (Estabrooks, Winther ve Derksen, 2004). Buna karşın, kanıta dayalı hemşirelik literatürü incelendiğinde, hemşirelikte araştırma ile uygulama arasındaki farklılığın devam ettiği bilinmektedir (Dicenso ve ark., 2005; Scott ve McSherry, 2008; Scully, 2011). Böylece, en iyi hemşirelik bakımı verilememekte ve konuyla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Yayımlanan kanıt rehberleri ile hasta bakımını geliştirmek için uygulamada kullanılması arasındaki boşluk, hala sağlık bakım organizasyonlarının en büyük sorunlarından biridir. Bu boşluğun bir sonucu olarak, Kanıta Dayalı Uygulama merkezlerine fon bulmak için girişim haline getirilebilir (AHRQ, 2015).

Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları; bakım alan kişi veya grupların gereksinim ve tercihleri dikkate alınarak; bakıma, kuram kaynaklı ve en güncel bilgiye göre karar verilmesidir (Ingersoll, 2000). Gerrish ve Clayton’a (1998) göre ise, hemşireliğe özgü bakım girişimlerini düzenlemek için randomize kontrollü klinik araştırmalardan ve deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçlar kullanılmalıdır. Kanıta dayalı hemşirelik, sağlık bakım kurumlarında,

hemşirelerin bakım uygulamalarındaki klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve en iyi ve güncel kanıtları kullanarak karar vermeleri sürecidir (DiCenso, Guyyat ve Ciliska, 2005). Melnyk ve Fineout-Overholt (2008) ise kanıta dayalı uygulamaları; iyi tasarlanmış çalışmalar ile klinik uzmanlığı ve hasta tercihlerini bir araya getirerek bakım ile ilgili problem çözme süreci olarak tanımlamışlardır.

Pravikoff ve arkadaşları (2005) tarafından 1097 hemşire ile yapılan bir çalışmada; hemşirelerin yarısının KDU terimine aşina olmadıklarını, yarısından fazlasının meslektaşlarının araştırma sonuçlarını uygulamada kullanmadıklarını, sadece %27'sinin elektronik veritabanlarını kullanmayı düşündüklerini ve kaynak taraması yapanların bu konuda yetenekli olmadıklarını belirtmişlerdir. KDU mentorlarının yokluğu, araştırmaya yönelik olumsuz tutumlar, bakımda kullanılabilecek kaynakların yetersizliği, KDU'ların kullanılabilmesi için zaman yetersizliği gibi bu bulgular da KDU'ların uygulamada kullanılmasındaki engellerdendir (Fineout-Overholt ve ark., 2005; Hutchinson ve Johnsson, 2006).

Hemşirelerin, hemşirelik bakım uygulamalarına en iyi kanıtı entegre etmeden önce araştırmayı değerlendirmede daha fazla beceri sahibi olmaları gerekir. KDU ile ilgili hazırlanan ve hemşirelik liderleri tarafından hazırlanan eğitim programları; farklı bölümlerde çalışan hemşireleri motive etmeyi ve mevcut en iyi uygulamaları birleştirerek hasta bakımını ve güvenliğini arttırmaya yönelik değişen farklı yaklaşımlarla kullanılabilir etkili bir yaklaşımdır (Tiwari ve ark., 2015).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda, hemşirelerin %93.7'sinin güncel hemşirelik uygulamalarını deneme konusunda (Uzun, 1999), %85'inin araştırma sonuçlarını kullanma konusunda istekli olduğu (Durmuş ve ark., 2001) bulunmuştur. Yapılan başka çalışmada; çalışmada hemşirelerin %68.9'u bazen, %12.8'i her zaman kanıta dayalı rehber önerilerini kullandıklarını belirtmişlerdir (Özdemir ve Akdemir, 2009). Özsoy ve Ardahan'ın (2006) yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %76'sının hemşirelik bakım uygulamalarını araştırma sonuçlarına göre yapmaları gerektiğini düşündüğü, ancak kullandıkları bilgi kaynaklarının “deneyim, sezgi, tartışma ve gözlem” olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışma sonuçları; hemşirelerin bakım uygulamalarında araştırma kullanımı ile ilgili olumlu tutumlarının, hemşirelik kararlarına ve bakım girişimlerine etkisi olmadığını göstermektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda genel olarak; “araştırma kullanma isteği, yenilikleri uygulama isteği” olumlu tutumun ölçüsü olarak gösterilmiştir.

Literatürde kanıta dayalı uygulamaların klinik uygulamada kullanılmasının karmaşık ve yavaş bir süreç olduğu vurgulanmıştır (Melnik ve ark., 2008; Parahoo, 2000; Polit ve Beck, 2008). Kanıta dayalı uygulama ile ilgili araştırmalarda, kanıt rehberlerindeki en iyi uygulama kanıtının olmasının; uygulamaların iyileştirilmesi için yeterli olmadığı belirtilmiştir (Rycroft-Malone ve ark., 2004). Çok karmaşık boyutları olan kanıta dayalı uygulamaların klinik bakımında kullanılması sürecinin en önemli faktörlerinden birisi, sağlık profesyonellerinin tutum ve algılarıdır (Estabrooks ve ark., 2007; Parahoo 1999). Araştırma kullanımı ile ilgili bireysel özelliklerin etkisini inceleyen iki sistematik derlemede, araştırma kullanımını etkileyen en önemli faktörün “araştırmaya karşı tutum” olduğu bulunmuştur (Estabrooks ve ark., 2003, Squiers ve ark., 2011). Kanıta dayalı uygulamaya karşı olumlu bir tutum takınmak ve hastalar için kanıta dayalı uygulamaların değerini görebilme, hemşireler arasında kanıta dayalı uygulamaların uygulanması için önemli olarak rapor edilmiştir (Stokke ve ark., 2014).

Mohsen, Safaan ve Okby’nin (2016) yaptıkları bir çalışmada, kanıta dayalı uygulamaları kliniğe entegre edebilmek ve teori ile pratik arasındaki boşluğu kapatabilmek için; kanıta dayalı hemşirelikte eğitim ve öğretimin sağlanması, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ulaşabilmeleri için yeterli zaman verilmesi, sağlık kurumlarına yeni bilişim altyapısının oluşturulması gerekmektedir.

Kanıta dayalı uygulamanın öneminin anlaşılmasından sonra; hemşirelikte kanıta dayalı uygulama engellerinin tanımlanması ve var olan engellerle baş etme stratejilerinin geliştirilmesi için araştırmalar yapılmaktadır. Tanımlanan engeller; zaman yetersizliği, güncel bilgiye erişim kısıtlılığı, bilgi ihtiyacının ve eleştirel düşünme yeteneğinin eksikliği, klinik uygulamayı teorik bilgiden önemli gören profesyonel ideoloji ve değişimi desteklemeyen çalışma ortamıdır (Gerrish ve ark., 2007; Royle ve ark., 1996; Upton ve Upton, 2006). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının önemi yıllarca savunulmasına karşın, klinik bakım uygulamalarında kullanılmasında bir takım sorunlar yaşanmıştır. Bu sorunlar sadece hemşirelik mesleğine özgü değildir; bütün sağlık profesyonelleri aynı sorunlarla karşı karşıyadır (Dicenso ve ark., 1998; Melnik ve ark., 2008).

2.5. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Uygulanması ile ilgili Teori, Model ve Kavramsal Çerçeveler

Kuramlar, modellerden elde edilen sonuçların somut ve özgün kavramsal açıklamalarıdır (Fawcett, 2005). Model ise bir mesleğin temelinde yer alan esas kavramların ve kavramlar arasında kurulan ilişkilerin şematik olarak tanımlanmasıdır. Modeller bilimsel yöntem ile denenebilir, kuramlara göre daha kapsamlı ve esnek anlatım şekilleridir. Aynı zamanda gözlemlenemeyen kavramların anlaşılması ve modeller aracılığıyla somut hale gelmesi mümkündür (Cody, 2006; Fawcett, 2005). Bir hemşirelik modeli; inançlar, değerler, kavramlar ve bunlar üzerine kurulan kuramlar oluşturmayı amaçlayan düşüncelerden meydana gelir (Velioğlu, 2012).

Araştırmacılar, hemşirelik uygulamalarında istenilen amaçlara ulaşabilmek için teori ve model kullanımının etkili olduğunu vurgulamışlardır (Fawcett, 2005). Çünkü kuramlar, davranışları etkileyebilecek faktörleri bir bütün halinde görmeyi ve amaca ulaşmak için yolları belirlemektedir (Alligood ve Tomey, 2006; Fawcett, 2005). Ayrıca hemşirelik uygulamalarında model kullanılması, uygulamada yaşanan sorunların araştırılmasını sağlayarak çözüm önerileri geliştirilmesini, hemşirelerin tıbbi modele göre değil, hemşirelik bakım rolüne ve uygulamalarına odaklanmasını ve hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde uygulanmasını sağlar (Velioğlu, 2012). Bu bilgiler ışığında, hemşirelik uygulamalarında rehber olarak teori ya da model kullanılması önemlidir. Hemşirelik modelleri, uygulamada en çok hemşirelik bakım sürecinde, hasta verilerinin analizi ve hasta bakımı ile ilgili karar verme sürecinde kullanılmaktadır.

Hemşirelik bakım modelleri, hemşirelik bakım girişimlerinin uygulanabilmesi için yol göstericidir. Modellerin klinik bakımda kullanımı, kullanılabilirliğinin test edilmesi için vazgeçilmezdir. Hemşirelik modelleri, hasta bakımın düzenli ve etkili bir şekilde verilmesinin yanında, meslekte ortak dil yaratma konusunda da yardımcı olmaktadır (Özkan ve Öztürk, 2013).

Kanıta dayalı hemşireliğin uygulamada kullanılması ile ilgili yapılan literatür incelemesinde bir çok model, teori ve kavramsal çerçeve olduğu bulunmuştur. Bunlar; kişisel ve kurumsal kanıta dayalı hemşireliğin klinik uygulamada kullanılması için yararlı olabilir (Schaffer, Sandau, Diedrick, 2012). Bu teori ve modellerin deneysel olarak gelişmesi için araştırmalarda kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Dossey ve Keegan, 2013). Kanıta dayalı

uygulama modelleri, kanıt rehber önerilerinin hemşirelik bakım uygulamalarında kullanılmasında hemşirelere yol göstermektedir. Bu modeller, kanıta dayalı uygulamaların klinik bakıma aktarılması sürecinin örgütsel olarak planlanmasını, kullanılmasını ve kaynaklardan yararlanılmasını sağlamaktadır (Gawliniski ve Rutledge, 2008).

Araştırmalarda; “Bilginin Dönüşümünde Yıldız Modeli, IOWA Modeli, Johns Hopkins Kanıta 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 İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama (The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration-ARCC) Modeli” kullanılmıştır.

2.5.1. Bilginin Dönüşümünde Yıldız Modeli

Kanıta Dayalı Uygulama Akademik Merkezi (The Academic Center of Evidence-Based Practice-ACE) Bilginin Dönüşümünde Yıldız Modelini geliştirmiştir. Bu model, KDU sürecinin dönüştürülmesi ve uygulaması aşamalarını içermektedir. Model;

- Yeni bilginin bulunması
- Literatür taraması ve kanıtların özetlenmesi
- Kanıtın klinik uygulamaya çevrilmesi/ dönüştürülmesi
- Önerilen değişimin uygulamaya entegre edilmesi
- Klinik uygulama değişiminin sağlık bakım kalite geliştirmeye katkılarının değerlendirilmesi olarak beş adımdan oluşmaktadır (Schaffer, Sandau ve Diedrick, 2012).

Bu modelin hedefi; bilgi transferidir. Bilgi transferi, kanıt rehberlerindeki önerilerin bakım anına ulaşması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için yapılması gereken aşamalarını içermektedir (Gawliniski ve Rutledge, 2008).

Literatürde bu modelin eğitimde ve klinik uygulamada kullanıldığı örnekler bulunmaktadır. Model daha çok kanıtın bulunması ve değerlendirilmesi aşamalarını vurgulamıştır. Klinik değişimin nasıl yapılacağı ile ilgili herhangi bir aşaması bulunmamaktadır. Bu nedenle, Bilginin Dönüşümünde Yıldız Modeli daha çok hemşirelik okullarının eğitim müfredatında, öğrencilerin klinik sorunu tanımlama ve buna yönelik kanıt rehberlerine ulaşma becerilerini geliştirebilecek bir modeldir.

2.5.2. IOWA Modeli

IOWA modeli, Titler ve arkadaşları tarafından 1994 yılında, hasta bakım sonuçlarını iyileştirmek, hemşirelikteki bakım uygulamalarını geliştirmek ve kurumun sağlık bakım harcamalarını değerlendirmek üzere bir çerçeve olarak geliştirilmiştir. Kanıta Dayalı Hemşirelik uygulamalarının klinik bakımda kullanılması gerçekçi ve etkili bir yaklaşımla kanıtların klinik uygulamaya aktarılmasını kolaylaştırmayı hedeflemiştir. Iowa KDU Modeli, araştırma ve diğer kanıt formlarının uygulanmasını ve kullanılmasını içeren organizasyonel bir modeldir (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2005). Bu model, araştırma kullanımını destekleyecek altyapının, üst düzey yönetimden kliniklerde çalışan hemşirelere kadar her seviyedeki organizasyonu nasıl içermesi gerektiğini açıklar (Titler, 2002; Melnyk ve Fineout-Overholt, 2005).

Bu model, kalite geliştirme ile araştırma kullanımı süreçlerini birbirine entegre ederek, hemşirelikte kullanılabilecek bir algoritma oluşturmuştur. Kanıta dayalı uygulama, klinik problem ya da örgüt dışından gelen yeni bir bilgi tarafından desteklenebilir. Bunların herhangi biri Kanıta Dayalı Uygulamanın kullanılmasını harekete geçirebilir. Model, uygulamadaki değişim sürecindeki üç karar aşamasını tanımlamıştır (Gawliniski ve Rutledge, 2008):

1. Bu probleme ya da bu bilgiye odaklanmak için önemli bir neden var mı?
2. Yeterli sayıda ve uygun araştırma var mı?
3. Değişim, uygulamaya uyum için uygun mu?

İlk ve üçüncü soru, örgütsel olarak hazıroluşluğu sorgulamaktadır. İkinci soru, kanıt rehberlerinin klinik duruma uygun olmamasını veya yeni bir araştırma ihtiyacının olduğunu vurgulanmaktadır.

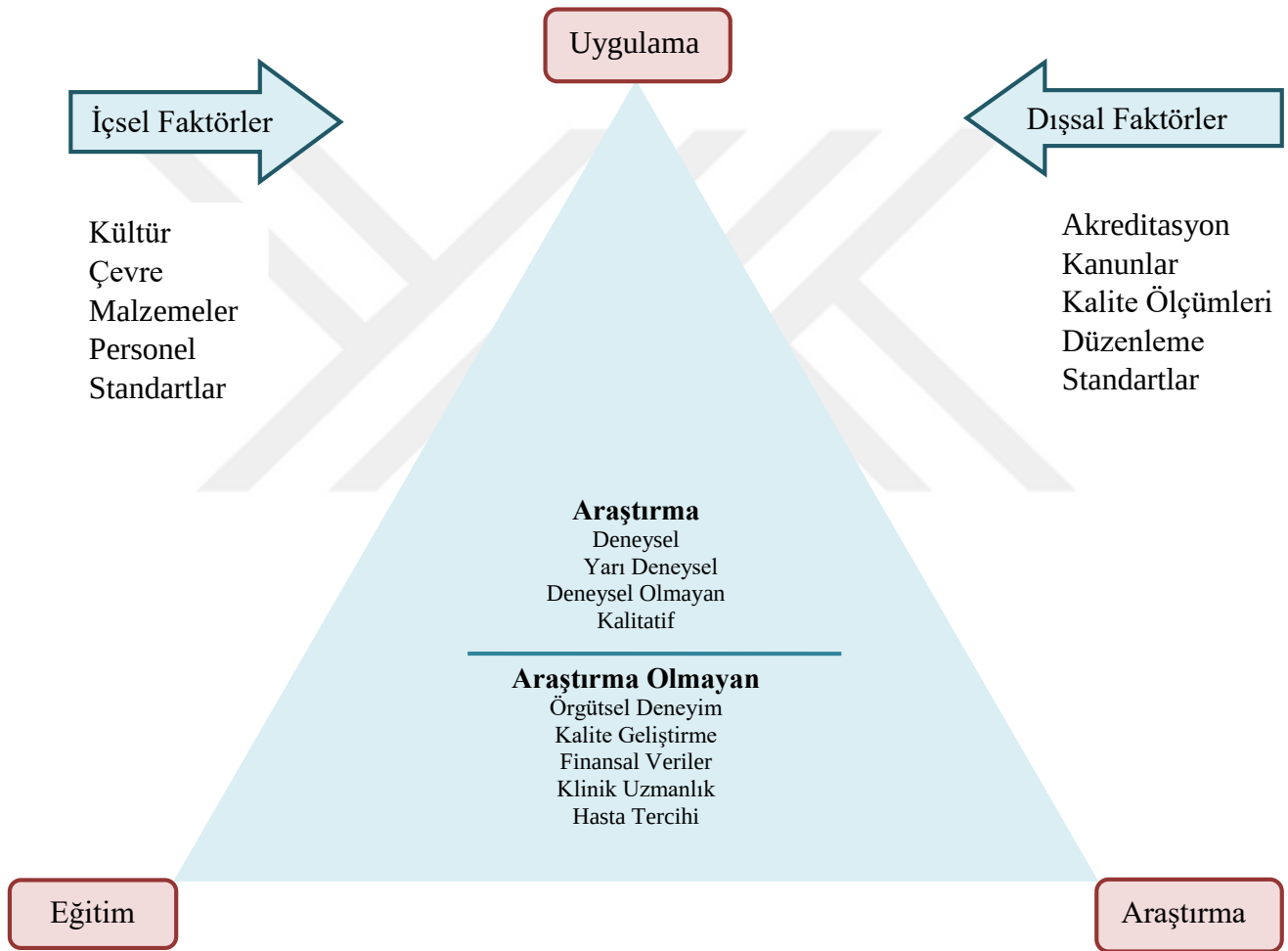
2.5.3. Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli

Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli, Johns Hopkins Hastanesi ve Johns Hopkins Üniversitesi Hemşirelik Okulu'nun işbirliği ile ortaya çıkmıştır. Bu model; profesyonel hemşireliği üç temel özellik ile tanımlamıştır (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh ve White; 2007).

Uygulama; hemşirelik girişimlerinin yani hastanın aldığı hemşirelik bakımının en önemli unsurudur. Sağlık bakım organizasyonlarının üzerinde durduğu temel öge bakımdır (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh ve White, 2007; Gawliniski ve Rutledge, 2008).

Eğitim; hemşirelik bilgi ve becerilerinin, profesyonel ve etkin bir hemşire olmak için kullanılmasıdır (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh ve White, 2007).

Araştırma; mesleğe yeni bilgi kazandırılmasını ve girişimlerin bilimsel kanıta dayalı yapılmasını sağlar (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh ve White, 2007). Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli Şekil 1’de gösterilmiştir.



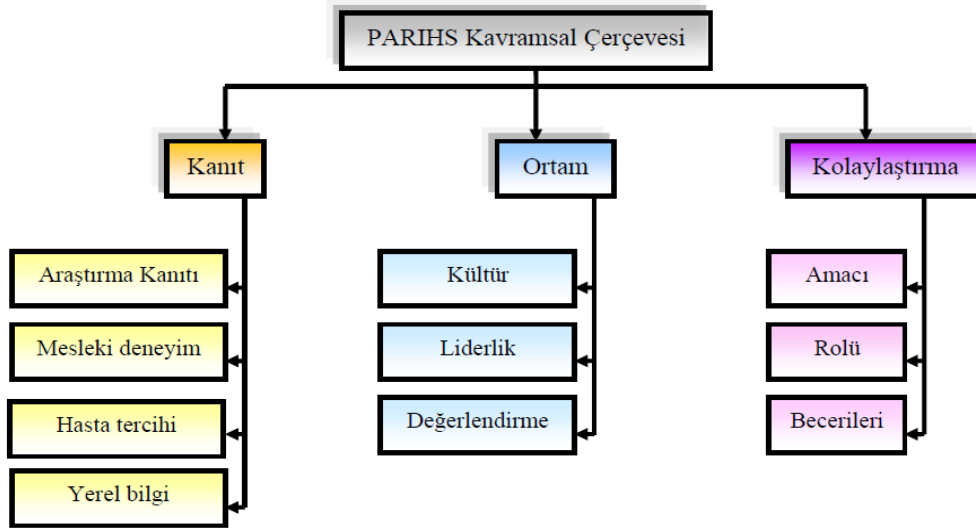
Şekil 1. Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli
(http://www.hopkinsmedicine.org/evidence-based-practice/jhn_ebp.html)

Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli'ndeki temel faktör kanıttır. Kanıt; hemşirelik bakım uygulamalarına, eğitime ve araştırmalara karar verme aşamalarında kullanılmalıdır. Hemşirelik uygulamaları ile ilgili kararlar, en güçlü kanıt düzeyi olan araştırma sonuçlarına göre verilmelidir. Bununla birlikte, araştırma sonuçları, özel durumlardaki klinik sorulara cevap olabilir, ama sonuçlar farklı klinik alana ve hasta grubuna kolaylıkla aktarılamayabilir. Kanıt; hemşirelik uygulamalarına aktarılmadan önce; araştırmanın kalitesine, klinik duruma, hasta tercihine ve advers etkilerine göre değerlendirilmelidir (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh ve White, 2007).

2.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Araştırmaların Uygulamaya Geçirilmesine İlişkin Eylem Geliştirme (Promoting Action Research Implementation in Health Services- PARIHS) Kavramsal Çerçevesi

Sağlık Hizmetlerinde Araştırmaların Uygulamaya Geçirilmesine İlişkin Eylem Geliştirme kavramsal çerçevesi, araştırma kullanımı ile ilgili genellikle kullanılan modellerdendir. Bu model, Kitson ve arkadaşları tarafından 1998 yılında, bir çok boyutlu ve doğrusal olmayan yaklaşımın çalışma sonuçlarının klinik uygulamaya aktarılmasında daha etkili olacağı fikriyle geliştirilmiştir (Rycroft-Malone, Kitson, Harvey, McCormack ve ark., 2002).

PARIHS kavramsal çerçevesinin, araştırmaların planlanmasında ve değerlendirilmesinde bir araç olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (Kitson ve ark., 2008). PARIHS kavramsal çerçevesi'nin ana öğeleri "kanıt, ortam ve kolaylaştırma"dır. PARIHS Kavramsal Çerçevesinin Öğeleri Şekil 2'de yer almaktadır.



Şekil 2. PARIHS Kavramsal Çerçevesinin Öğeleri

(<http://www.nccmt.ca/registry/resource/pdf/85.pdf>)

PARIHS kavramsal çerçevesinin ana öğeleri, klinikte çalışan hemşirelerin kendi bakım uygulamaları ile ilgili eleştirel düşüncelerini sağlamaktadır. Ancak bu üç öğe, kademeli ve bir neden sonuç ilişkisi içinde değil; tüm boyutların hep birlikte ve eş zamanlı olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu bağlamda, bir kanıt rehber önerisinin etkili bir şekilde uygulamaya geçirilmesi için, aynı zamanda ortamın hazırlanması ve ne tür kolaylaştırıcıların kullanılacağı düşünülmelidir. Çalışma ortamının güçlü olmadığı durumlarda, uygun kolaylaştırıcı seçilerek; kanıtrehber önerisi, uygulamaya geçirilebilir (Kitson ve ark., 2008). Üç ana öğe hep birlikte güçlü olduğunda, kanıtların uygulamaya başarılı bir şekilde aktarılabilceği düşünülmektedir (Rycroft-Malone, 2004).

2.5.5. Stetler Modeli

Stetler ve Marram tarafından 1976 yılında geliştirilen model, 1994 yılında Stetler tarafından güncellenmiştir. Bu model, araştırma sonuçlarının güvenli ve etkili kullanımını kolaylaştırılması eleştirel düşünme ve karar verme sürecinden oluşan bir plan olarak geliştirilmiş, uygulayıcı merkezli bir modeldir (Stetler, 2001; Susdawad, 2007). Kritik kullanım kavramlarını ve araştırma için gerçek dünyada pratik yapmak için gereken ayrıntıları ve seçenekleri kullanma konusunda daha fazla rehberlik sağlamıştır. Bu modelin varsayımlar;

eleştirel düşünmeyi yaygınlaştırmak ve uygulayıcıların modele uyumunu sağlamaktır (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2005).

Stetler Modeli, araştırmanın değerlendirilmesi ve kullanılması konusunda hemşirelere bireysel ya da grup olarak yardım etmeyi hedeflemektedir. Bu model; “hazırlık, geçerlilik, karşılaştırmalı değerlendirme/karar verme, dönüşüm/uygulama ve değerlendirmeyi” içeren beş adımdan oluşmaktadır (Stetler, 2001; Melnyk ve Fineout-Overholt, 2005; Susdawad, 2007).

“Hazırlık aşaması”, hedefe, çalışma ortamına ve kanıt kaynaklarına odaklanmaktadır. Hemşireler; klinik sorunları, hemşirelerin inançları, kurumda kullanılan kaynaklar ve zaman gibi iç ve dış faktörlerin etkilerini düşünerek, sistematik derlemeler ve kanıta dayalı rehberlerden kanıtı aramaktadırlar.

“Geçerlik aşaması”, sonuçların geçerliğine odaklanmakta ve bir sistematik derlemenin eleştirilmesi, kanıt rehberinin kalitesinin değerlendirilmesi ve kanıt rehberindeki önerinin klinik önemini belirlenmesini içermektedir.

“Karşılaştırmalı Değerlendirme/karar verme aşaması”, bakımın uygulama ortamında geçerli kanıtın kullanımı için dört değerlendirme kriterine odaklanmaktadır. Bu ölçütler, ortamın uygunluğu, yapılabirliği, kanıtın hayata geçirilmesi ve mevcut uygulamadır.

“Dönüşüm/uygulama aşaması”, kanıtın uygulamada kullanılması sürecine odaklanmakta, araştırma kullanımında uygulanacak yönteminin ve kullanım düzeyinin belirlenmesi ile başlamaktadır.

“Değerlendirme aşamasında” ise araştırma kullanımının sonuçlarının değerlendirilmesi bulunmaktadır (SUSDAWAD, 2007). Stetler Modeli, araştırma kullanımının, bir karar verme ve kanıta dayalı hemşirelik bakımını uygulamaya aktarılması için bir düşünme biçimi olduğunu belirtmektedir. Klinik alanda çalışan hemşirelere, bakım uygulamaları ile ilgili araştırma sonuçlarını kullanmalarında ve karar verme süreçlerinde yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2005; Susdawad, 2007).

2.6. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli-YİDİAKUM (The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model -ARCC Model), Rochester Üniversitesi Hemşirelik Okulu'nda 1999 yılında stratejik plan girişiminden temel almaktadır. Bu stratejik plan sonucunda, Kanıta Dayalı Uygulama ve Araştırma Merkezi (Center for Research and Evidence-Based Research) kurulmuştur. Merkez, hemşirelik okulu ile birlikte çalışarak, yerel ve ulusal düzeyde araştırmaların klinik uygulamada YİDİAKUM ile entegre edilmesini sağlamak amacıyla kurulmuştur (Melnik ve Fineout-Overholt, 2005). Yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modelinde; KDU'ların kullanılması ve kurumda sürdürülebilirliği kavramlarının sistem çapında ilk kez 1999 yılında açıklaması yapılmıştır (Melnik ve Fineout-Overholt, 2002).

Kaynaklar, etkili bilgisayar tarama stratejilerinin geliştirilmesi, KDU aşamalarının yönetilmesi, kanıta dayalı bakım girişimlerinin uygulanması için önemli faktörlerdendir (Melnik ve Fineout-Overholt, 2005). YİDİAKUM'un temel hedefleri;

- Yerel ve ulusal anlamda hemşireleri KDU için desteklemek.
- KDU yu desteklemek için hemşireler arasında iletişim ağı kurmak.
- YİDİAKUM için finansman temin etmek.
- Kanıta dayalı bir yaklaşımda kullanılabilecek iyi tasarlanmış çalışmalardan elde edilen en iyi kanıtı klinik bakıma yaymak.
- KDU ile ilgili yıllık bir konferans yapmak.
- YİDİAKUM'un klinik bakımın sonuçları üzerindeki etkinliğini değerlendirmek için çalışmalar yapmak.

Modelin dört varsayımı (Melnik ve Fineout-Overholt, 2010):

- ✓ KDU'da bireysel ve kurumsal engeller ve güçler vardır.
- ✓ KDU'daki engeller tanımlanmalı ve azaltılmalı; güçler Kanıta Dayalı Uygulamalardaki bakımın standartlaştırılması için kullanılmalıdır.
- ✓ Klinikte çalışan hemşirelerin; uyguladıkları hasta bakımlarını kanıta dayandırmaları için, KDU'ların niteliği ve kalitesi ile ilgili inançlarının ve KDU'ları kullanma becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.
- ✓ KDU'nın bireysel ve kurumsal olarak gelişebilmesi ve sürdürülebilmesi için KDU mentorlarını içeren KDU kurum kültürü oluşturulmalıdır.

Yüksek güvenilirlikli sağlık bakım kurumlarında, hastalara güvenli bakım verirken tıbbi hataları azaltan ve kalite ile güvenlik performanslarının iyileştirildiği hastanelerdir. Bu hastanelerde, KDU'ların kullanımı ve sürdürülmesi için yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modelinin kullanılması önerilmiştir (Melnky, 2012). Bu model, kanıta dayalı rehberlerdeki önerilerin, klinik uygulamada kullanılmasının sağlanması için çalışan hemşireler ile deneyimli araştırmacıların iş birliği yapmalarını sağlayarak, daha kalıcı bir değişim hedeflemektedir (Gawlinski ve Rutledge, 2008).

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'nin Aşamaları

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli beş aşamadan oluşmaktadır. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'nin aşamaları Şekil 3'de gösterilmiştir.

1. Kurum Kültürünün ve KDU Kullanımına Hazıroluşluğun Değerlendirilmesi

Kurum kültürünün ayrıntılı bir şekilde tanımlanması ve stratejilerin belirlenmesi için araştırmacıların kurumdaki bakım süreçleriyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (Melnky, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011; Schaffer, Sandau, Diedrick, 2012). Kanıta dayalı uygulamanın sisteme entegre edilebilmesi ve sürekli hale getirilebilmesi için, kurum kültürünün tanımlanması gerekmektedir (Melnky ve Fineout-Overholt, 2008).

Örgütsel kültürün KDU'yı desteklediği ve geliştirdiği kaçınılmaz bir gerçektir. Bu nedenle, bu aşamada değerlendirmenin objektif yapılması sonuçları etkilemektedir (Melnky, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011). KDU kullanımına hazıroluşluğun değerlendirilmesi için Melnky ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen kanıta dayalı hemşireliğin uygulamada kullanılması ile ilgili hemşirelerin inançlarını ölçen "Kanıta Dayalı Uygulamalara İnanç Ölçeğini" ve kanıta dayalı hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını ölçen "Kanıta Dayalı Uygulamaları Kullanma Ölçeği"nin araştırmalarda kullanılması önerilmektedir.

2. Kurumdaki KDU Sürecindeki Güçlerin ve Engellerin Tanımlanması

Bu aşamada, KDU'ların klinik uygulamaya aktarılması sürecindeki güçlerin ve engellerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu aşama birinci aşamada toplanan verilerin güçler ve engeller olarak ayrılması ve bunlara göre kullanılacak stratejilerin belirlenmesi aşamasıdır (Melnky ve

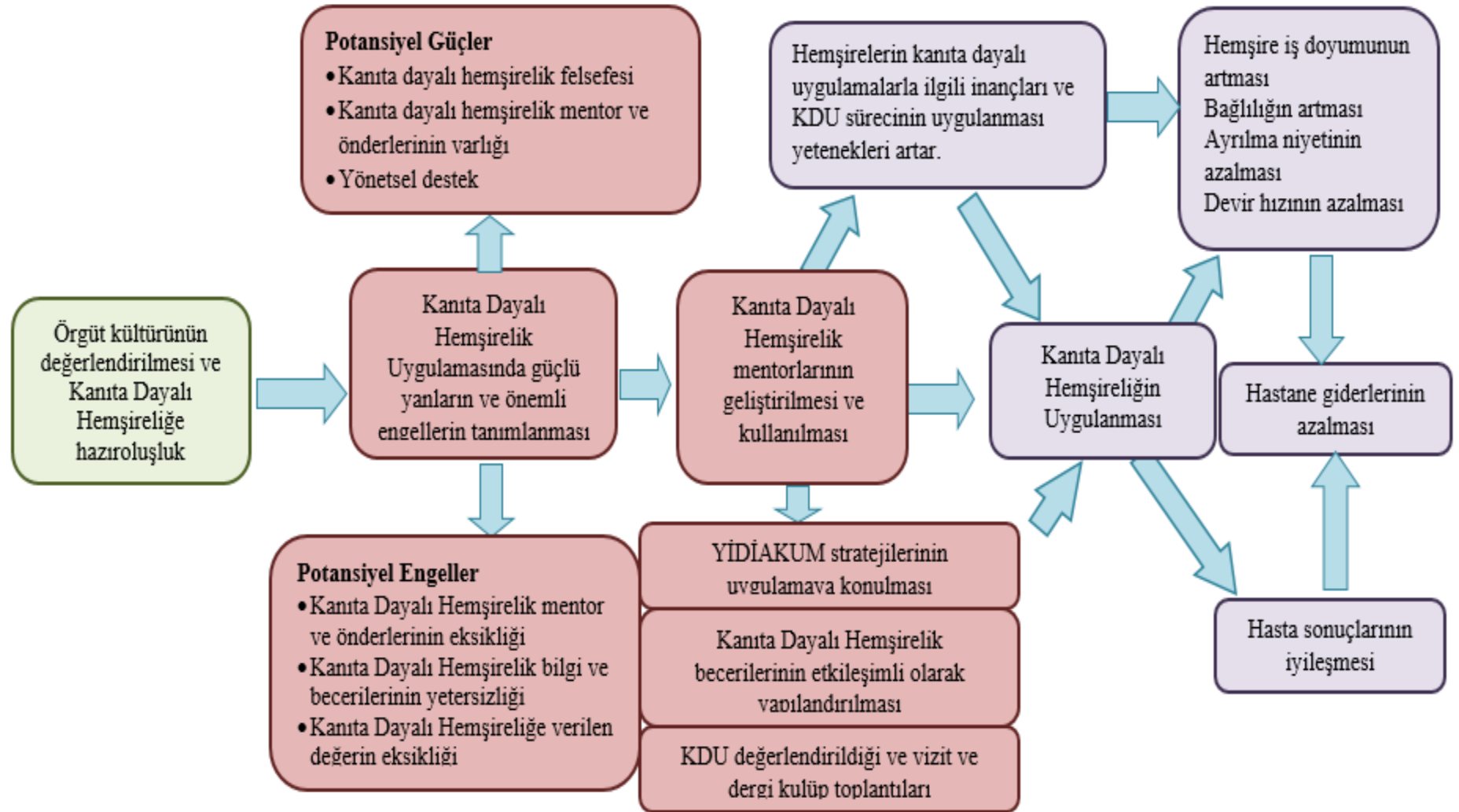
Fineout-Overholt, 2008). YİDİAKUM'un temel varsayımlarında da belirtildiği gibi; kurumda bireysel ve örgütsel güçler ve engeller farklı olabilir (Melnik, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011).

✓ **KDU Sürecindeki Potansiyel Güçler**

Kanıt dayalı uygulamaların uygulamada kullanılabilmesi için, kurumda var olan kanıt dayalı uygulama felsefesi, kanıt dayalı uygulama ile ilgili mentorluk yapabilecek hemşirelerin varlığı ve yönetsel destekten bahsedilebilir (Melnik, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011).

✓ **KDU Sürecindeki Potansiyel Engeller**

Kanıt dayalı uygulamalar ile ilgili mentorluk yapabilecek kişilerin az olması, KDU ile bilgi ve becerilerin yetersiz olması ve rehber önerilerinin değersiz görülmesi engeller arasında sayılabilir (Melnik, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011).



Şekil 3. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli (Melnyk, 2011)

3. KDU Mentorlarının Belirlenmesi

Kanıt dayalı uygulamaların kullanılabilmesi için en az lisans mezunu ve deneyimli hemşirelerden mentor kadrosunun oluşturulması ve KDU ile ilgili eğitimlerinin tamamlanması gerekmektedir (Melnky, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011).

Yeni mezun hemşireler; aldıkları lisans eğitimleri boyunca “Kanıt Dayalı Hemşirelik” ile ilgili teorik ve uygulamalı eğitim almaktadırlar; ancak yıllarca klinikte çalışan hemşireler Kanıt Dayalı Uygulamalar ile ilgili mezuniyet sonrası güncel bilgiler ile ilgili çoğunlukla bilgi sahibi olmamaktadırlar. Hemşirelik bakım hedefinin sadece beceri gelişimi olarak değil, hem beceri hem de bilgi temelli bir profesyonel olması gerekmektedir. Bilgi temelli hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için, hemşirelikte mentorluk sisteminin kullanılması, uygun bir yöntemdir. Kanıt dayalı hemşirelik uygulamalarının kliniğe aktarılması için yapılan mentorluk eğitimiyle; hemşirelerin kurumsal iletişimlerinin ve kuruma bağlılıklarının geliştirilmesinde, aynı zamanda hemşireliğin profesyonel olarak güçlendirilmesinde de gelişim sağlanacağı düşünülmektedir (Houser ve Oman, 2011).

Mentorluk, bireysel ve mesleki gelişimi sağlamak için iki insanın deneyimlerini, uzmanlıklarını ve düşüncelerini paylaşmasıdır (Barker, 2006; Bally, 2007). Mentor, destekleyici, olumlu düşünebilen, öğretme ve dinleme becerileri gelişmiş biri olarak; bireyin kuruma uyumlandırılmasının ve kariyerini planlamasının yaptırılması konusunda danışmanlık yapan, yol gösteren kişidir (Bally, 2007).

Literatürdeki mentorluk tanımlamalardan farklı olarak; YİDİAKUM’da mentorluk modeli, KDU’ların kliniğe entegre edilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için bir lider olarak tanımlanmaktadır. Bireysel ve kurumsal olarak sağlık bakım kurumlarının KDU’ların entegre edilmesi ve gelişebilmesi için KDU mentor kadrosunun oluşturulması anahtar rol oynamaktadır (Melnky ve ark., 2011). Mentor kadrosunun temel özelliği, hemşirelik ve KDU uygulamaları ile ilgili bilgi ve becerilerinin olması, aynı zamanda bireysel ve kurumsal değişim konularında lider olabilmeleridir.

Sürdürülebilirlik, bir çok alanda sık kullanılan terimlerden biridir (Melnky, 2007). KDH uygulamasının, kurum kültürünün bir parçası haline getirilmesi ve sürdürülebilmesi için, kurumda ilk olarak kullanılan kanıtın uygulamaya aktarılmasına devam edilmesi ve hızlandırılması için sürecin sistematik olması gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinde KDU ile ilgili bilgi ve beceri öğrenilmesi için istek duyulması yaygındır. Hemşirelerdeki ağır ve

stresli çalışma koşullarında ve zaman içinde bu istek azalır. Günümüzün sağlık bakım kurumlarındaki stres faktörleri ve zorlayıcı bir yönetim anlayışı yerine, bakım yapan hemşirelerin KDH'i uygulayabilmesi ve sürdürebilmesi destekleyici bir sistemin olması gerekmektedir. Bu sistem, KDH uygulamalarını hasta bakımına aktarabilecek bilgi ve becerileri olan mentor hemşirelerdir (Porter-O'Grady ve Malloch, 2010).

Wallen ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmaya göre; hemşirelerin KDU ile ilgili inançlarının; kanıta dayalı uygulama rehberlerinin kliniğe entegre edilmesi ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu bulunmuştur. Aynı zamanda mentorluğun, hemşireler tarafından daha güçlü inançlara ve hemşirelerin kuruma bağlılıklarını artırarak hemşire devir hızını azaltan bir faktör olduğu bulunmuştur.

Yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modeli kullanılarak yapılan bir çalışmada; sadece eğitimin KDU'ların klinikte kullanılması ile ilgili herhangi bir artış sağlamadığı belirtilmiştir. Aynı zamanda; KDU mentorluk sisteminin kullanılmasının, çalışmaya katılan hemşirelerin KDU'ya yönelik inanç ve KDU kullanma oranlarında artma açısından önemli bir strateji olduğu vurgulanmıştır (Levin, Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes ve Vetter, 2011). Hemşireler mentor kullanılmasının, KDU başarılı bir şekilde kullanılabilmesi için anahtar unsur olduğunu belirtmişlerdir (Fineout-Overholt, Levin, Melnyk, 2005).

4. Kanıtın Hemşirelik Uygulamalarında Kullanılması

Kanıta Dayalı Uygulamaların hemşirelik bakımında kullanılması, hastaya verilen bakımın kalitesini artırmak için önemli bir stratejidir. Ancak; yapılan birçok çalışmaya rağmen, araştırma sonuçlarının çoğunluğu hasta bakım çıktılarının iyileştirilmesi ve bakımın geliştirilmesi için klinik uygulamaya geçirilememektedir. Araştırma sonuçları kullanılarak hastanelerdeki hasta bakımının iyileştirilmesi en iyi ihtimalle birkaç yıl sürebilmektedir. Çağımızdaki maliyet odaklı sağlık bakım sisteminde, bakım yükünün maliyetinin azaldığını gösteren çalışma sonuçlarının klinik uygulamada aktarılması ihtimali daha yüksektir (Melnyk, 2012).

Kanıta dayalı uygulama ile ilgili kurumda çalışan hemşirelere kanıta dayalı rehberlere ulaşma, güncel araçlar ve kaynaklar, KDU bilgi ve becerilerini artırmak için konferans ve çalıştaylar düzenlenebilir (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011). Kanıta dayalı uygulama için, kurumda çalışan hemşirelerin ihtiyaçları ve örgüt kültürüne göre farklı

stratejiler kullanılabilir. Kullanılacak her bir strateji için plan yapılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Fineout-Overholt, Levin, Melnyk, 2005).

5. Uygulamanın SonuÇlarının Değerlendirilmesi

Bu aşamada, hem bireysel, hem de örgütsel sonuÇların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili bilgi ve beceri düzeyleri ve hasta ııktıları üzerine etkisini objektif olarak değerlendirilebilir (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011). Aynı zamanda, kanıta dayalı uygulamaların kurum maliyeti üzerine etkisi de incelebilir.



1. AŞAMA: NİCELİKSEL ÇALIŞMA (YARI DENEYSEL ÇALIŞMA)
KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME STRATEJİLERİNİN
HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK
TUTUMLARINA VE HASTA DÜŞMELERİNE ETKİSİ

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, niceliksel araştırma yöntemlerinden tek grupta yarı deneysel tekrarlı ölçüm (3 ve 6. ay) ve ‘yapılandırılmış alan gözlem çalışması’ araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde, Ocak 2015-Mayıs 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu hastane; dahili ve cerrahi birimler, yanık merkezi, yoğun bakımlar ve gündüz bakım hizmetleri veren 554 yataklı bir hastanedir. Araştırmaya başlandığı tarihte hastanede bir bakım hizmetleri müdürü, 32 klinik sorumlu hemşiresi ve 416 klinik hemşire olmak üzere toplam 448 hemşire görev yapmaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü süre içinde hastanede, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 2015 yılında yayımlanan Sağlıkta Kalite Standartları uygulanmaktadır. Bu hastanenin seçilme nedeni, kliniklerde hasta düşme risk değerlendirmesinin yapılması, tıbbi hata raporlama sisteminin aktif olması ve hasta düşmelerinin hasta güvenliği göstergelerinden biri olarak kullanılmasıdır. Aynı zamanda, kurumda lisansüstü eğitim yapan hemşire sayısının ve araştırmalara katılım oranlarının yüksek olması nedenleriyle bu kurumda araştırma yapılmasına karar verilmiştir.

Araştırma Ocak 2015’te literatür taramayla başlayıp, Mayıs 2017 tarihinde bitirilmiştir.

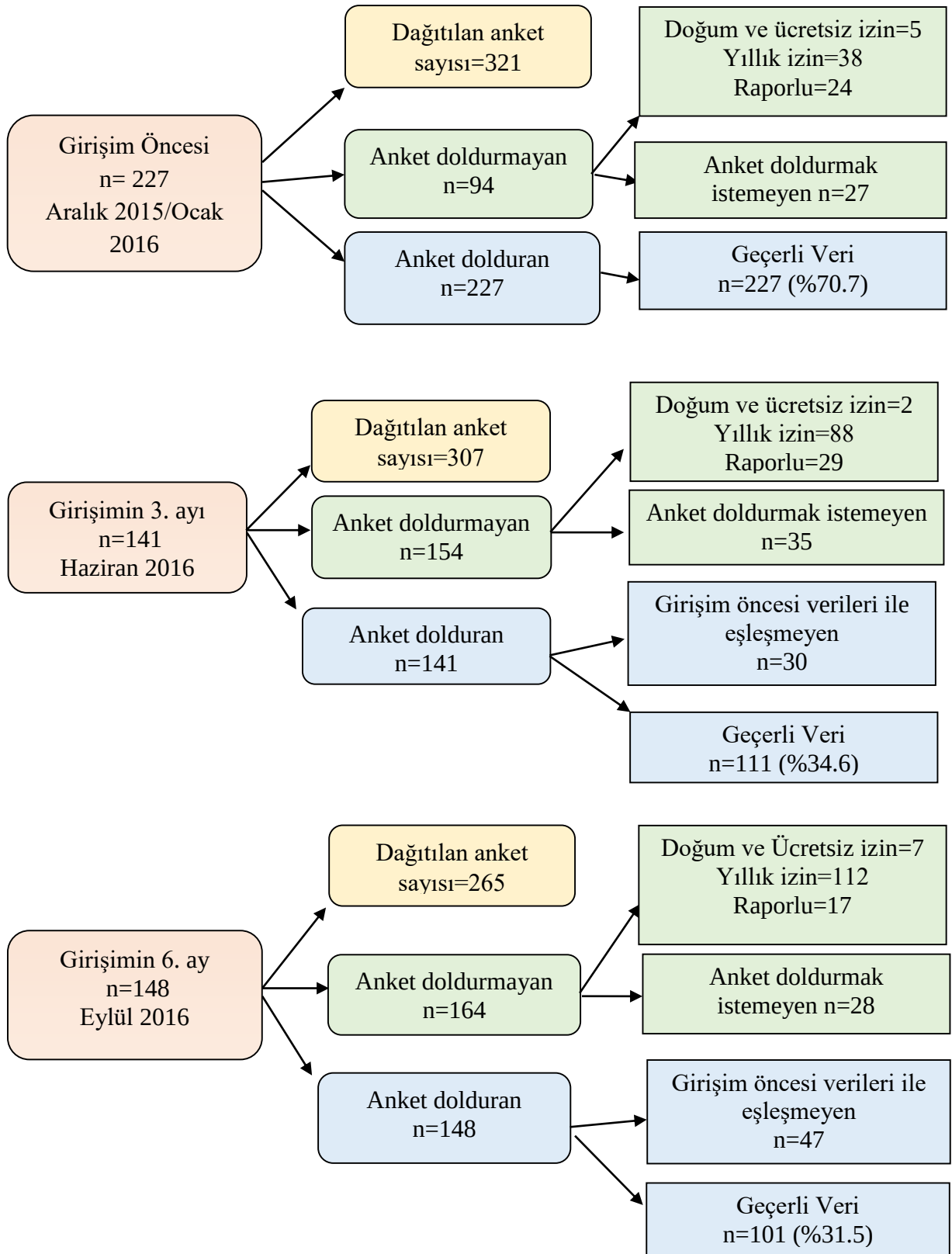
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplandığı tarihte 448 hemşire çalışmaktadır. Örneklem dahil edilme kriteri olarak; hasta bakımından sorumlu ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler belirlenmiştir. Bu araştırmada, hasta bakımından sorumlu olan 321 hemşire örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmanın girişim öncesinde 321 hemşirenin tümüne ulaşılmaya çalışılmış, ancak çalışmaya katılmayı kabul eden ve girişim öncesi ölçümlerde geçerli veri elde edilen 227

(%70.7) hemşireye ulaşılmıştır. Girişimin 3. ayında yapılan ölçümde 141 hemşireye ulaşılmış, ancak 111 (%34.6) hemşirenin verileri girişim öncesi yanıt veren hemşirelerle eşleşmiştir. Girişimin 6. ayında yapılan ölçümde ise 148 hemşireye ulaşılmış ancak, bunlardan 101 (%31.5) hemşirenin verileri önceki iki ölçümle eşleşmiştir. Hastaneden ayrılan ve yeni başlayan hemşire sayısının fazla olması nedeniyle eşleşmeyen veriler olmuştur. Veri toplama aşamasında ulaşılan hemşire sayıları Şekil 4’de gösterilmiştir.





Şekil 4. Ulaşılan Hemşire Örneklemi

Kurumdan alınan verilere göre; 2015 yılında 43, 2016 yılında 75 hemşire hastaneden ayrılmıştır.

Girişim öncesi, 227 hemşire anketleri eksiksiz doldurmuştur. Girişimden 3 ay sonra 111'i, girişimden 6 ay sonra 101'i anketleri eksiksiz doldurmuştur. Örneklemde, girişim sonrası 3. ay ve 6. ayda anketleri doldurmayan hemşireler açısından bir yan tutma olup olmadığını belirlemek amacıyla, her üç izlemde anketleri dolduranlar ile sadece ilk anketleri dolduran hemşirelerin girişim öncesi KDHYTÖ ve alt boyutları puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Girişimin 6. Ayında Anketleri Dolduran ve Doldurmayan Hemşirelerin Girişim Öncesi Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Ölçek/Alt Boyut	Girişimin 6. ayı			
	Dolduran n=101 X±SS	Doldurmayan n=116 X±SS	t	p
KDHYTÖ Puan Ortalamaları	60.36±6.70	61.24±7.38	-.909	.36
İnanç Alt Boyutu	27.94±3.94	28.15±4.59	-.366	.71
Uygulama Niyeti Alt Boyutu	15.83±1.90	16.07±2.11	-.894	.37
Duygular Alt Boyutu	16.59±2.02	17.00±1.81	-1.590	.11

Girişim öncesi anketleri dolduran, girişimden 6 ay sonraki anketleri doldurmayan hemşireler açısından KDHYTÖ ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar, her üç izlem ölçümlerinde, anketleri dolduran ve doldurmayan hemşirelerin, örneklemde kayıplara bağlı bir yanlılık oluşturmadığı şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada çalışma materyali olarak veri toplama araçları (Ek 1, 2, 3, 4) ve Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin YİDİAKUM'a göre Uygulanması Eğitim Programı kullanılmıştır (Ek 5).

3.4.1. Çalışma Aşamaları ve Girişimler

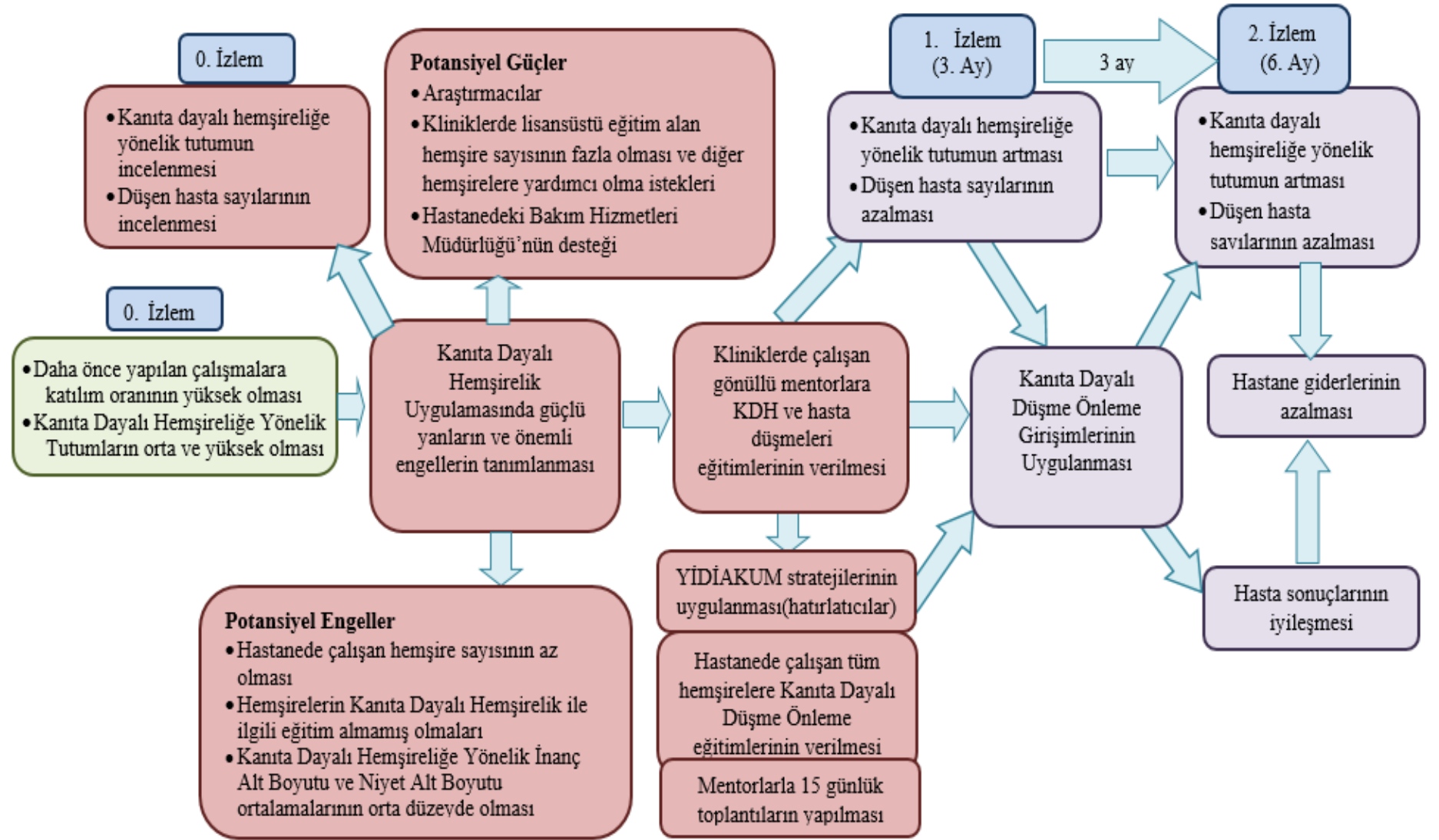
Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasını amaçlayan araştırma üç aşamada yürütülmüştür (Şekil 5).

3.4.1.1. Girişim Öncesi

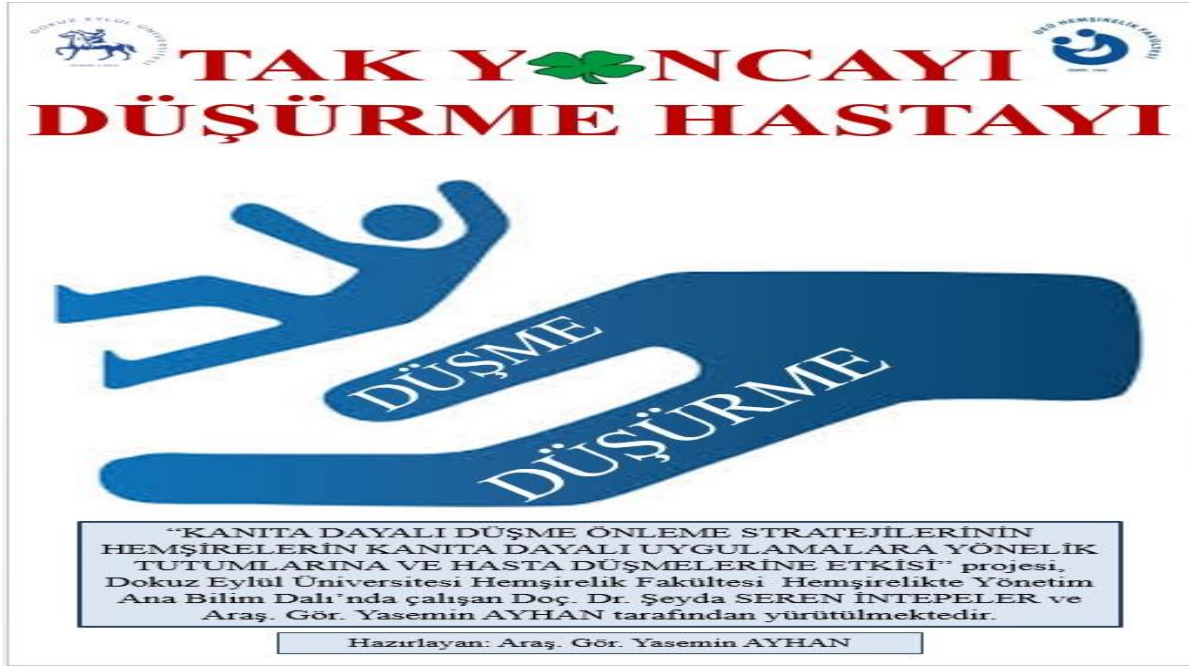
- Hastanedeki bakım hizmetleri müdürlüğü ile toplantılar yapılmış ve araştırma amacı, planı ve girişimler paylaşılmıştır.
- Hastanenin veritabanından üçer aylık hasta düşme sayıları alınmış ve kliniklere göre değerlendirmeler yapılmıştır.
- Hastanelerdeki düşme önleme programları ile ilgili yapılan çalışmalar incelenmiş, kanıta dayalı rehber önerileri taranmış ve araştırma sonuçları özetlenmiştir.
- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları incelenmiştir.

3.4.1.2. Girişim Aşaması

- Kanıta dayalı rehber önerileri, araştırma sonuçları ve klinik ziyaretler sırasında alınan geribildirimler doğrultusunda “Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Yakın İşbirliğine Dayalı Araştırma ve Klinik Uygulama Modeline göre Uygulanması Planı” hazırlanmıştır (Şekil 5). Plan hazırlanırken, kurum içi veya dışı herhangi bir denetleme olmayacak şekilde zaman planı yapılmasına dikkat edilmiştir.
- Her kliniğe hemşirelerin görebileceği şekilde, “Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi” proje tanıtım posterleri asılmıştır (Resim 1).
- Klinik sorumlu hemşireleri ile tanışmak için klinik ziyaretler yapılmış ve bu ziyaretler esnasında araştırmanın amacı ve planı paylaşılmıştır. Kliniklerden en az lisans mezunu mentor olmaya gönüllü olan hemşirelerin iletişim adresleri alınmıştır. Klinik sorumlu hemşireleri ve mentor hemşirelerle iletişimi sağlamak ve hatırlatmalar yapmak amacıyla sosyal medya kapalı hesabı kurulmuş ve kabul eden hemşireler gruba alınmıştır (Resim 2).



Şekil 5. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeline Göre Uygulama



Resim 1. “Kanıt Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi” Proje Tanıtım Poster

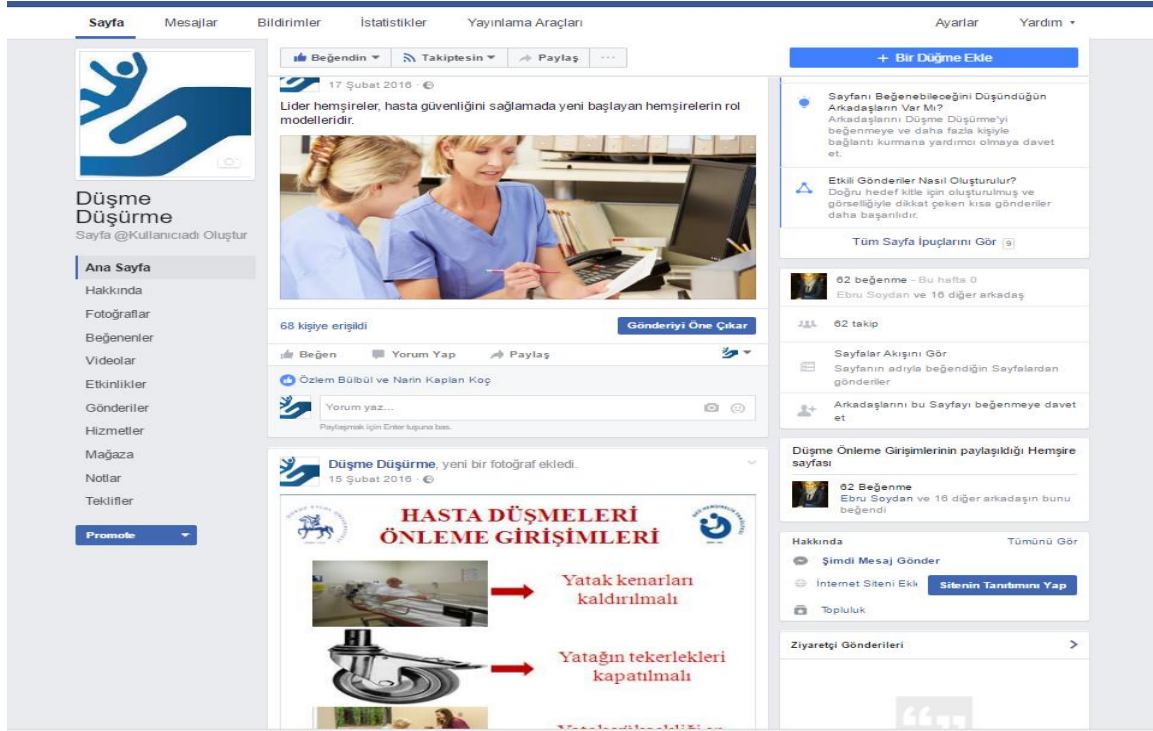


Resim 2. Yönetici Ve Mentor Hemşireler için Hazırlanan Sosyal Medya Kapalı Hesabı Görseli

- Klinik ziyaretler esnasında, klinikte çalışan bütün hemşirelere ulaşılmaya çalışılmış, araştırmanın amacı ve planı paylaşılmıştır. Tanışma sırasında bütün hemşirelere “Düşme-Düşürme” logolu kalemler, hasta düşmelerini önlemeye yönelik girişimleri hatırlatıcısı olarak dağıtılmıştır (Levin ve ark., 2011; Quigley & White, 2013) (Resim 3). Dağıtılan kalem sayısı 450’dir. Aynı zamanda, sosyal medya üzerinden topluluk hesabı açılmış ve hemşirelere tanıtımı yapılmıştır. Hemşirelerin sadece hesabı beğenmesi, paylaşılan bildirilerin görünmesi için yeterlidir (Resim 4). Bu hesap hemşirelere hasta düşmelerini önlemek için kanıta dayalı öneriler, hatırlatıcılar ve konferans duyuruları için kullanılmıştır (Levin ve ark., 2011; Quigley & White, 2013).



Resim 3. Düşme-Düşürme Logolu Kalem Görseli



Resim 4. Hemşireler İçin Açılan Sosyal Medya Topluluk Hesabı Görseli

- Yönetici hemşirelerle yapılan toplantılar ve literatür taraması sonucunda hemşireler için iki konferans yapılmıştır (Melnik, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011). Eğitim programı süresince çalışmaya katılan bütün hemşirelere “Kanıtla Dayalı Hemşirelik Uygulamaları” ve “Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri” eğitimleri verilmiştir. “Kanıtla Dayalı Hemşirelik Uygulamaları” konferansı için bu konuda uzman olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Gülseren Kocaman davet edilmiştir. “Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri” konferansını Araş. Gör. Yasemin AYHAN ÖNCÜ yapmıştır. Her bir eğitim, bütün hemşirelerin katılabilmesi için üçer kez tekrarlanmıştır. Eğitimlere katılamayan hemşireler için uygun gün ve saatler planlanarak kliniğe özgü eğitimler yapılmıştır (Resim 5 ve Resim 6).



“KANITLA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI” KONFERANSI

Klinik Uzmanlık

Kaynaklar

Araştırma Kanıtları

Hasta Tercihleri

Konuşmacılar: Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN ve Araş. Gör. Yasemin AYHAN
Yer: İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Konferans Salonu
Tarih: 03.12.2015 Saat:10.00 ve 14.00
04.12.2015 Saat: 10.00
Önemli Not: Yukarıda belirtilen tarih ve saatlerdeki üç konferanstan birine katılımınız yeterlidir.

Hazırlayan: Araş. Gör. Yasemin AYHAN

Resim 5. “Kanıtla Dayalı Hemşirelik Uygulamaları” Konferans Duyurusu Görseli



Resim 6. “Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri” Konferans Duyurusu Görseli

Tablo 5. Konferanslara Katılan Hemşire Sayıları (n=321)

Konferans Adı	Katılan Hemşire Sayısı	
Kanıt Dayalı Hemşirelik Uygulamaları	n	%
1. Konferans	79	24.6
2. Konferans	15	4.6
3. Konferans	26	8.1
Klinik Eğitimler	142	44.2
Toplam	262	81.6
Kanıt Dayalı Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri	n	%
1. Konferans	24	7.4
2. Konferans	25	7.7
3. Konferans	4	1.2
Klinik Eğitimler	176	54.8
Toplam	229	71.3

Konferanslara katılan hemşire sayıları Tablo 5’de sunulmuştur. Konferans planlanırken örnekleme alınan bütün hemşirelere ulaşılmaya çalışılmış; fakat yıllık izin, doğum izni gibi nedenlerle bütün hemşirelere ulaşılamamıştır. “Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları” konferansları için katılım oranı %81.6, “Kanıtı Dayalı Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri” konferansları için ise katılım oranı %71.3’tür.

- Sorumlu ve mentor hemşirelerle 15 gün aralıklarla hastanenin konferans salonunda toplantılar yapılmıştır (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011). Her bir toplantı için konu belirlenmiş ve hemşirelerin kliniklerde yaşadıkları problemler ve çözüm önerileri tartışılmıştır (Tablo 6). Toplantılara katılamayan sorumlu ve mentor hemşireler kliniklerinde ziyaret edilmiştir.

Tablo 6. Sorumlu ve Mentor Hemşirelerle Yapılan Toplantılar (n=64)

Toplantı Tarihi ve Saati	Tartışılan Konular	n	%
10.12.2015	Kanıtı dayalı hemşirelik rehberlerine ulaşma ve kullanma	36	56.25
24.12.2015	Hasta düşmelerini önlemek için kliniklerde yapılabilecek fiziksel değişiklikler	29	45.31
07.01.2016	Kanıtı dayalı düşme önleme önerilerin klinik uygulamada kullanılmasında yaşanan problemler ve çözüm önerileri	42	65.62
21.01. 2016	Çalışan hemşirelere liderlik etme	28	43.75
11.02.2016	Hasta düşmelerini önlemede hasta, hasta yakınları ve diğer sağlık profesyonellerinin katılması	33	51.56
25.02.2016	Geribildirim Toplantısı	29	45.31

- Hemşirelere hatırlatıcı olması amacıyla, kanıtı dayalı düşme önleme girişimleri özetlenerek poster haline getirilmiştir (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, Stillwell, 2011). Kliniklerde hemşirelerin görebileceği panolara 15 günde bir değiştirilmek üzere toplam sekiz poster asılmıştır. Aynı posterler daha fazla hemşirenin

görmesi amacıyla iki sosyal medya hesabından paylaşılmıştır. Örnek posterler Resim 7 ve 8’de gösterilmiştir. Posterlerin sosyal medyada görülme durumları Tablo 7’de gösterilmiştir.



Resim 7. Hatırlatıcı Poster Görseli Örneği-1



Resim 8. Hatırlatıcı Poster Görseli Örneği-2

Tablo 7. Posterlerin Sosyal Medyada Görülme Durumları

Poster Numarası	Görülme Sayısı
1. Poster	219
2. Poster	165
3. Poster	176
4. Poster	117
5. Poster	176
6. Poster	110
7. Poster	223
8. Poster	140
Toplam	1326

- Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ilgili bir broşür hazırlanmış ve hastanede çalışan tüm hemşirelere dağıtılmıştır (Ek 5).

3.4.1.3. Girişim Sonrası

- Girişim sonrası 3. ayda, hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimleri gözlemlenmiştir.
- Girişim sonrası 3. ayda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları incelenmiştir.
- Girişim sonrası 6. ayda, hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimleri gözlemlenmiştir.
- Girişim sonrası 6. ayda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları incelenmiştir.
- Girişim sonrası kurumda raporlanan yıllık düşme sayıları incelenmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları, hemşirelerin kullandığı düşme önleme girişimleri ve düşen hasta sayıları; bağımsız değişkenleri ise kanıta dayalı düşme önleme stratejileridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Sosyodemografik Özellikler Formu, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği, Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri Gözlem Formu ve Düşen Hasta Sayıları Veri Formu olmak üzere dört ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Formu: Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, çalıştığı birim, çalışma durum, hasta düşmeleri ile ilgili eğitim alma durumu, hasta düşmeleri ile ilgili bilgi düzeyi ve hasta düşmelerini raporlama durumu ile ilgili dokuz soru bulunmaktadır (Ek 1).

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği: Modelde; Fineout-Overholt ve Melnyk (2003) tarafından geliştirilen Örgüt Kültürü ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Sisteme Entegrasyonuna Hazıroluşluk Ölçeği'nin (The Organizational Culture and Readiness for System-wide Integration of Evidence-based Practice-OCRSIEP) kullanılması önerilmiştir. Bu ölçeğin Türk kültürüne uyarlanmamış ve geçerlik-güvenirlik çalışmalarının yapılmamış olması nedenleriyle; modeli geliştiren araştırmacılardan izin alınarak, belirtilen ölçek yerine Ruzafa-Martinez ve arkadaşlarının (2011) geliştirdiği ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ayhan, Kocaman ve Bektaş (2015) tarafından yapılan, hemşirelerin kanıta dayalı uygulama konusunda tutumlarını ölçen “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılmıştır (Ek 2). Ölçek, 15 ifadeden oluşmakta ve beşli likert tipindedir (5-Tamamen katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Biraz Katılıyorum 2-Katılmıyorum, 1-Hiç Katılmıyorum). Ölçeğin üç alt boyutu “kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler (7 madde) , uygulama niyeti (4 madde) ve duygular (4 madde)” ile ilgilidir. Ölçek, sekiz olumlu ve yedi olumsuz ifade içeren toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Olumsuz ifade içeren maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en fazla 75 puan alınmaktadır. Ölçeğin kesme noktası yoktur, ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin, literatürde bulunan diğer ölçeklere göre kısa olması, 10 - 12 dakikalık bir sürede doldurulabilir olması, çok boyutlu olması, araştırmacı tarafından uygulanması ve puanlanmasının kolay olması önemli özelliklerindendir.

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler Alt Boyutu; hemşirelerin klinik çalışmalarda kanıtı dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve beklentilerine ilişkin maddeleri içermektedir. Bu alt boyutta 1, 2, 7, 9, 11, 13, 14. maddeler bulunmaktadır.

Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti Alt Boyutu; hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamaları yapma davranışları veya niyetleri; algılanan engelleri, iş yükü ve eğitim için ayrılan sürenin kanıtı dayalı hemşirelik için kullanılmasına ilişkin maddeleri içermektedir. Bu alt boyutta 3, 5, 6, 12. maddeler bulunmaktadır.

Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular Alt Boyutu; kanıtı dayalı hemşireliğe verilen önem düzeyini ve kanıtı dayalı hemşireliğin klinik uygulamada gerçekleştirilmesinden sağlanan yaraların, kanıtı dayalı hemşireliğin uygulamada gerçekleştirilmesinin kendi kendine değerlendirilmesi duygularına ilişkin maddeleri içermektedir. Bu alt boyutta 4, 8, 10, 15. maddeler bulunmaktadır.

Tablo 8. Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenirlik Katsayıları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cronbach α Güvenirlik Katsayısı		
	Ruzafa-Martinez ve arkadaşları, 2011	Ayhan, Kocaman ve Bektaş, 2015	Ayhan Öncü ve Seren İntepeler, 2017
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	.85	.90	.88
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç Alt Boyutu	.86	.86	.90
Kanıtı Dayalı Hemşireliği Uygulama Niyeti Alt Boyutu	.63	.69	.68
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Duygular Alt Boyutu	.70	.71	.66

Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve alt boyutları güvenirlik katsayıları Tablo 8’de gösterilmiştir. “Sosyo-demografik Özellikler Anket Formu” ve “Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” hemşirelere araştırmacı tarafından elden dağıtılmış, bir - yedi gün arasında geri toplanmıştır. Örneklemeye alınan hemşirelere, gizliliği sağlamak için anketlerin kapalı zarfla toplanabileceği belirtilmiştir.

Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Girişimleri Gözlem Formu: Hastanın yaşı, cinsiyeti, protokol numarası, kliniği, tanısı, kronik hastalığı, yatış süresi ve düşme risk puanı ile ilgili sekiz soru bulunmaktadır (Ek 3). Düşme risk puanı, hastanede kullanılan İtali Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Düşme risk puanı, risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenmiştir. İtali Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği’nden 5 puan ve üzeri alan hastalar, yüksek düşme risk düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemek için kullanmaları gereken girişimler kanıtı dayalı rehber önerilerine ve literatüre göre derlenmiş ve dört gruplu bir form oluşturulmuştur (Cameron ve ark.; 2010; Gray-Micelli, 2008; HCANJ, 2007; Callis, 2016; Titler ve ark., 2016). Hemşirelik alanında uzman yedi öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

Tablo 9. Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Girişimleri Gözlem Formu Kapsam Geçerlik Oranları

Girişim Grubu	GİRİŞİMLER	Maddede Değişiklik Yapılmadı	Küçük Değişiklik Önerildi	Büyük Değişiklik Önerildi	Kapsam Geçerlik Oranları
Tanılama	Hastaların düşme riskinin tanınması	6	1	0	1
	Hastanın mobilizasyon durumunun değerlendirilmesi	7	0	0	1
	Hastaların çoklu ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi	7	0	0	1
	Hastaların ağrı değerlendirilmesinin yapılması	6	1	0	1
İlaç Kullanımı	Yüksek riskli ilaç verilmiş hastaların yardımla mobilizasyonunun sağlanması	6	1	0	1
	Antihipertansif, antipsikotik vb. ilaçların gece verilmesinin sağlanması	4	3	0	1

Tuvalet, Banyo ve Koridor Kullanımı	İnkontinansı olan hastaların düzenli olarak (2 saatte) tuvalete gitmelerinin sağlanması	6	1	0	1
	Yüksek düşme riski olan hastaların tuvalete ve banyoya yardımla gitmelerinin sağlanması	7	0	0	1
	İnkontinansı olan hastalara tuvalete yakın odaların verilmesi	7	0	0	1
	Banyo ve tuvalet zeminlerinin kuru olması	7	0	0	1
Hasta Mobilizasyonunun Sağlanması	Yardımcı araç (baston, walker vb) kullanımının öğretilmesi	7	0	0	1
	Yardımcı araç (baston, walker vb) yüksekliğinin ayarlanması	7	0	0	1
	Hastanın kaymayan terlik giymesinin sağlanması	7	0	0	1
	Hasta ve yakınına düşme riski ile ilgili eğitim verilmesi	7	0	0	1
	Hasta ve yakınına mobilizasyon ile ilgili bilgi verilmesi	7	0	0	1
	Hastanın kişisel aksesuarlarına (gözlük, bardak vb) güvenli bir şekilde ulaşmasının sağlanması	7	0	0	1
	Hasta yatağı yüksekliğinin en düşük seviyede olması	7	0	0	1
	Hasta yatağının kenarlarının kaldırılması	7	0	0	1
	Tekerlekli yatakların tekerleklerinin kilitlenmesi	7	0	0	1
	Hasta odalarının gece uygun aydınlatmanın sağlanması	6	1	0	1
	Hasta odalarının gündüz uygun aydınlatmanın sağlanması	6	1	0	1
	Hasta odasında bulunan sandalyelerin ve kabloların odanın köşelerine yerleştirilmesi	6	1	0	1
Toplam		146	8	0	1

Uzmanların değerlendirme sonuçları ve Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) Tablo 9’da verilmiştir. Bu sonuçlar yedi uzmanın puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını, uzman puanlarının uyumlu olduğunu göstermiştir. Kanıta Dayalı Düşme Önleme

Girişimleri Gözlem Formu kullanılarak, hasta seçiminde herhangi bir amaçlı örneklem yöntemine gidilmeksizin, gözlem yapılacağı belirtilerek hemşireden hasta adı ve oda numarası alınmıştır. Verilen bütün eğitimlere katılan ve gönüllü olan hemşirelerin kullandıkları düşme önleme girişimleri gözlemlenmiştir. Evreni temsil etmesi açısından bütün kliniklerden hasta alınmıştır. Gözlem sürecinin uzun olması nedeniyle, hemşirelik bakımına engel olmamak için, hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimleri parametrik test yapılabilmesi için her izlemde en az 30 olarak belirlenmiştir. Hafta içi, hafta sonu ve gece 10'ar gözlem olmak üzere girişim sonrası 3. ayda ve 6. ayda 30'ar toplam 60 gözlem yapılmıştır. Gündüz gözlemleri, hasta yatışlarının sabah olması nedeniyle, öğleden sonra yapılmıştır. Gece gözlemleri ise; nöbet teslimi 16.00'da yapıldığı ve gün batımı 19.00'da olduğu için saat 20.00-22.00 arasında yapılmıştır.

Girişim sonrası 3. ayda iki araştırmacı tarafından kliniklere gidilerek tüm gözlemler aynı anda yapılmıştır. Gözlemciler arası tutarlılığın (.89) yüksek olması nedeniyle, girişim sonrası 6. ayda gözlemler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Düşen Hasta Sayıları Veri Formu: Raporlanan hasta düşme sayılarının izlenmesi ve yıllık olarak karşılaştırmanın yapılmasında kolaylık sağlaması için araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Ek 4). Kurumda formla veya elektronik olarak raporlanan hasta düşmeleri Kalite Birimine iletilmekte ve kayıtlar alındıktan sonra gerekli iyileştirmelerin yapılabilmesi için ilgili birimlere gönderilmektedir. Hasta düşmeleri ile ilgili iyileştirme çalışmaları Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından planlandığı için raporlanan hasta düşmeleri Eğitim Birimi'ne gönderilmektedir. Raporlanan hasta düşme sayıları verileri, üçer aylık periyodlar halinde Eğitim Biriminden alınmıştır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma planı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırma Planı

Aşama	Tarih	Girişimler
1. Hemşirelerle birlikte klinikte hasta düşmeleri ile ilgili var olan uygulamaların tartışılması	Eylül-Kasım 2015	-Düşme önleme stratejilerinin uygulanmasından önce, grubun bilgi düzeyleri, algıları, farkındalıklarını belirlenmiş ve daha fazla fikir üretebilmeleri için klinik ziyaretler ve toplantılar düzenlenmiştir.
2. Girişim Öncesi- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumların İncelenmesi (1. Değerlendirme) Düşen hasta sayılarının incelenmesi	Aralık 2015-Ocak 2016 Ocak-Aralık 2015	- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği kliniklerde çalışan hemşirelere uygulanmış ve veriler değerlendirilmiştir. -Kurumun kalite biriminden elde edilen düşen hasta sayıları değerlendirilmiştir.
3. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Uygulanması	Aralık 2015- Nisan 2016	- Hemşirelerin klinikte sorun yaşadığında ulaşabileceği mentor hemşireler belirlenmiştir. -Kanıta dayalı düşme önleme uygulamaları ve bununla ilgili hazırlanan eğitim, hemşire gruplarına anlatılmıştır. - Poster, hatırlatıcı ve intranet gibi kolaylaştırıcılar kullanılmıştır.
4. Girişim Sonrası- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumların İncelenmesi (2. Değerlendirme) Düşen hasta sayılarının incelenmesi	Haziran 2016 Ocak-Mart 2016	-Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği kliniklerde çalışan hemşirelere uygulanmış ve veriler değerlendirilmiştir. - Kurumun kalite biriminden elde edilen düşen hasta sayıları değerlendirilmiştir.

5. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi	Mayıs-Haziran 2016	-Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerin Uygulanması kapsamında verilen eğitimlerin ve geliştirilen stratejilerin etkinliği bireysel derinlemesine görüşmelerle değerlendirilmiştir.
6. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi (1. Gözlem)	Haziran 2016	Hemşirelerin kullandığı kanıta dayalı düşme önleme girişimleri farklı kliniklerde ve saatlerde gözlemlenmiştir.
7. Girişim Sonrası- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumların İncelenmesi (3.Değerlendirme) Düşen hasta sayılarının incelenmesi	Eylül 2016 Nisan-Haziran 2016	-Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği kliniklerde çalışan hemşirelere uygulanmış ve veriler değerlendirilmiştir. - Kurumun kalite biriminden elde edilen düşen hasta sayıları değerlendirilmiştir.
8. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi (2. Gözlem) Düşen hasta sayılarının incelenmesi	Eylül 2016 Temmuz-Eylül 2016 Ekim-Aralık 2016	- Hemşirelerin kullandığı kanıta dayalı düşme önleme girişimleri farklı kliniklerde ve saatlerde gözlemlenmiştir. - Kurumun kalite biriminden elde edilen düşen hasta sayıları değerlendirilmiştir.

Araştırma takvimi Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Araştırma Takvimi

Uygulamalar ve Girişimler	Eylül-2015	Ekim-2015	Kasım-2015	Aralık-2015	Ocak-2016	Şubat-2016	Mart-2016	Haziran-2016	Eylül-2016	Aralık-2016	Ocak-2017	Şubat-2017	Mart-2017	Nisan-2017	Mayıs -2017
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hastane bakım hizmetleri müdür ve yöneticileriyle planlama		X	X												
Girişim öncesi KDHYTÖ'nin toplanması				X											
Posterlerin asılması				X	X	X	X								
Yönetici ve mentorlarla toplantılar				X	X	X	X								
Konferanslar				X											
Girişim Sonrası 3. ve 6. aylarda KDHYTÖ'nin toplanması								X	X						
Nitel verilerin toplanması ve içerik analizi								X	X						
Kanıtı dayalı düşme önleme girişimlerinin uygulama gözlemleri								X	X						
2015 ve 2016 yıllarının raporlanan düşme sayılarının alınması				X				X			X				
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi									X	X	X	X	X		
Sonuç raporunun yazılması										X	X	X	X	X	X

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Science) 22.0 yazılım programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan veri analiz yöntemleri Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri

Veri	Analiz Yönetimi
Girişim öncesi hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının değerlendirilmesi	Sayı/yüzde tanımlayıcı analiz
Girişim öncesi, girişim sonrası 3. ve 6. aylarında hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının değerlendirilmesi	Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucuna göre anlamlı çıkan değişkenlerde farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için ileri analiz olarak Bonferroni eşleştirilmiş t testi
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği’nin iç tutarlığı	Cronbach alpha iç tutarlılık testi
Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri Gözlem Formu	Araştırmacılar arası uyum için Kappa katsayısı Kapsam Geçerlik Oranı Sayı/yüzde tanımlayıcı analiz
Raporlanan yıllık düşen hasta sayılarının üçer aylık verileri	Sayı/yüzde tanımlayıcı analiz

Bonferroni eşleştirilmiş t testinde hata pay 0.016 (0.05/3), diğer analizlerde ise 0.05 kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda hemşire devir hızının yüksek olması, yıllık izin ve doğum izinlerinin fazla olması; girişim öncesi, girişim sonrası 3. ve 6. aylarda araştırmaya katılan hemşire sayılarında değişim yaşanması nedeniyle örneklem büyüklüğü sınırlı olmuştur.

Kurumda raporlanan hasta düşmeleri ile ilgili verilerin güvenilirliği ile ilgili sorunlar ve girişim öncesi hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin gözlenmemesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'nin araştırmada kullanılması için Bernadette Melnyk ve Ellen Fineout-Overholt'dan (Ek 10), araştırmanın uygulandığı İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Ek 11) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2012/11-09, Karar Tarihi= 22.3.2012) izin alınmıştır (Ek 12).

Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılar anket formlarını isim belirtmeksizin doldurmuşlardır. İlk uygulamada hemşirelerden bir kod ad oluşturmaları istenmiş, girişim öncesi ve sonrası uygulamasında da aynı kod ad kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özellikleri, hemşirelerin girişim öncesi ve sonrası kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının değerlendirilmesi, hemşirelerin hasta düşmelerini önlemek için kullandıkları girişimler, hastanede raporlanan düşme raporlama sayıları olmak üzere dört başlık altında verilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri

Değişkenler	Girişim Öncesi n=227		Girişim sonrası 3. ay n=111		Girişim sonrası 6. ay n=101	
Özellikler	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Yaş	37.25	7.59	37.03	7.28	37.51	7.14
Çalışma yılı	15.08	8.57	14.45	8.41	15.9	8.31
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	211	92.95	101	91.0	92	91.1
Erkek	16	7.05	10	9.0	9	8.9
Eğitim Durumu						
Sağlık Meslek Lisesi	28	12.3	11	9.9	9	8.9
Önlisans	50	22.0	21	18.9	19	18.8
Lisans	113	49.8	61	55.0	57	56.4
Lisansüstü	21	9.3	18	16.2	16	15.8
Diğer*	15	6.6	-	-	-	-
Çalışma Durumu						
Klinik Hemşiresi	203	89.4	95	85.6	86	85.1
Sorumlu Hemşire	24	10.6	16	14.4	15	14.9
Hasta Düşmeleri Eğitimi Alma Durumu						
Evet	194	85.5	111	100	101	100
Hayır	33	14.5	-	-	-	-
Hasta Düşmeleri Bilgi Düzeyi						
Yok	1	0.4	-	-	-	-
Az	5	2.2	1	0.9	1	1.0
Orta	80	35.2	44	39.6	42	41.6
Yeterli	123	54.2	57	51.4	52	51.5
Çok	18	7.9	9	8.1	6	5.9
Düşme Raporlama Durumu						
Evet	125	55.1	64	57.7	56	55.4
Hayır	102	44.9	47	42.3	45	44.6

*Diğer: Sağlık Meslek Lisesi sonrası Veterinerlik veya Laboratuvar iki yıllık eğitim alanlar

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda hemşire devir hızının yüksek olması nedeniyle girişim öncesi, girişim sonrası 3. ve 6. aylarda araştırmaya katılan hemşire sayılarında değişim yaşanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özellikleri Tablo 13'te verilmiştir.

Girişim öncesi katılımcıların yaş ortalaması 37.25 ± 7.59 , çalışma yılı ortalaması ise 15.08 ± 8.6 'dır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %93'ü kadın, %49.8'i hemşirelikte lisans eğitimi almıştır. Hemşirelerin %89.4'ü klinik hemşiresi olarak çalışmakta ve %85.5'i hasta düşmeleri ile ilgili eğitim almıştır. Hemşirelerin %54.2'sinin hasta düşmeleri ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %55.1'i hasta düşmelerini raporladıklarını belirtmişlerdir.

Girişimin 3. ayında katılımcıların yaş ortalaması 37.03 ± 7.28 , çalışma yılı ortalaması ise 14.45 ± 8.41 'dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %91'i kadın, %55'i hemşirelikte lisans eğitimi almıştır. Hemşirelerin %85.6'sı klinik hemşiresi olarak çalışmakta ve hepsi hasta düşmeleri ile ilgili eğitim almıştır. Hemşirelerin %51.4'ünün hasta düşmeleri ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %57.7'i hasta düşmelerini raporladıklarını belirtmişlerdir.

Girişimin 6. ayında katılımcıların yaş ortalaması 37.51 ± 7.14 , çalışma yılı ortalaması ise 15.9 ± 8.31 'dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %91.1'i kadın, %56.4'ü hemşirelikte lisans eğitimi almıştır. Hemşirelerin %85.1'i klinik hemşiresi olarak çalışmakta ve hepsi hasta düşmeleri ile ilgili eğitim almıştır. Hemşirelerin %51.5'inin hasta düşmeleri ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %55.4'ü hasta düşmelerini raporladıklarını belirtmişlerdir.

4.2. Hemşirelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puan ortalamaları, girişim öncesi ve sonrası (3. ve 6. ay) olmak üzere üç ölçüm ile değerlendirilmiştir.

Tablo 14. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n=101)

KDHYTÖ ve Alt Boyutları	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası 3. ay	Girişim Sonrası 6. ay	F	p
	X±SS	X±SS	X±SS		
KDHYTÖ Puan Ortalamaları	60.36±6.70	62.96±6.67	63.68±7.20	18.879	.000
İnanç Alt Boyutu	27.94±3.94	29.30±3.66	29.63±4.08	13.346	.000
Uygulama Niyeti Alt Boyutu	15.83±1.90	16.24±1.84	16.45±2.14	4.160	.012
Duygular Alt Boyutu	16.59±2.02	17.40±2.02	17.59±1.99	11.347	.000

*p<.05

Araştırmanın girişim öncesi, girişim sonrası 3. ve 6. aylarda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarının zamana göre karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir. Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçlarına göre, katılımcıların kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları genel ortalaması, inanç, uygulama niyeti ve duygular alt boyutlarının girişim öncesi ile sonrası 3. ayda ve girişim öncesi ve sonrası 6. ayda yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<.05).

Zamana göre ölçümler arasında farkın olup olmadığı ve hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puan ortalamaları arasında, girişim öncesi ile girişim sonrası 3. ay arasında (F=-5.489, p=.00) ve girişim öncesi ile girişim sonrası 6. ay arasında (F=-4.842 p=.00) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Girişim sonrası 3. ve 6. ay arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($F=-.934, p>.05$)

İnanç alt boyutunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan hemşirelerin inanç alt boyutu puan ortalamaları arasında, girişim öncesi ile girişim sonrası 3. ay arasında ($F=-4.795, p=.000$) ve girişim öncesi ile girişim sonrası 6. ay arasında ($F=-3.880, p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Girişim sonrası 3. ve 6. ay arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($F=-.693, p>.05$)

Uygulama niyeti alt boyutunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan hemşirelerin uygulama niyeti alt boyutu puan ortalamaları arasında, girişim öncesi ile girişim sonrası 3. ay arasında ($F=-2.782, p=.000$) ve girişim öncesi ile girişim sonrası 6. ay arasında ($F=-2.827, p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Girişim sonrası 3. ve 6. ay arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($F=-.870, p>.05$)

Duygular alt boyutunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan hemşirelerin duygular alt boyutu puan ortalamaları arasında, girişim öncesi ile girişim sonrası 3. ay arasında ($F=-4.406, p=.000$) ve girişim öncesi ile girişim sonrası 6. ay arasında ($F=-4.468, p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Girişim sonrası 3. ve 6. ay arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($F=-.904, p>.05$)

Tablo 15. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda KDHYTÖ Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=101)

Zaman Raporlama Durumu	KDHYTÖ Puan Ortalamaları			F	p
	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası 3. ay	Girişim Sonrası 6. ay		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Düşme Raporlayan (n=56)	60.69±6.71	62.67±6.84	64,32±7,29		
Düşme Raporlamayan (n=45)	59.95±6.73	63.31±6.52	62.88±7.09		
Raporlama Durumu Zaman Raporlama Durumu* Zaman				.205	.652
				22.471	.000
				.250	.618

Araştırmanın girişim öncesi ve girişim sonrası 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin zamana ve düşme raporlama durumuna göre puan ortalamaları Tablo 15'te sunulmuştur. Düşmeleri raporlayan ve raporlamayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda zaman göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ortalamaları arasında (F=22.471, p=.000) istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen, raporlama durumu grupları arasında (F=.205, p=.652) ve raporlama durumu grupları*zamana (F=.250, p=.618) göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>.005).

Tablo 16. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda KDHYTÖ İnanç Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=101)

Zaman Raporlama Durumu	KDHYTÖ İnanç Alt Boyutu Puan Ortalamaları			F	p
	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası 3. ay	Girişim Sonrası 6. ay		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Düşme Raporlayan (n=56)	28.03±4.06	29.07±3.86	29.96±3.84		
Düşme Raporlamayan(n=45)	27.82±3.83	29.60±3.43	29.22±4.36		
Raporlama Durumu Zaman Raporlama Durumu* Zaman				.053	.819
				13.349	.000
				.360	.550

Araştırmanın girişim öncesi ve girişim sonrası 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin İnanç Alt Boyutu'nun zamana ve düşme raporlama durumuna göre puan ortalamaları Tablo 16'da gösterilmiştir. Düşmeleri raporlayan ve raporlamayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda zaman göre inanç alt boyutu ortalamaları arasında ($F=13.349$, $p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen, raporlama durumu grupları arasında ($F=.053$, $p=.819$) ve raporlama durumu grupları*zamana ($F=.360$, $p=.550$) göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.005$).

Tablo 17. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda KDHYTÖ Uygulama Niyeti Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=101)

Zaman Raporlama Durumu	KDHYTÖ Uygulama Niyeti Puan Ortalamaları			F	p
	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası 3. ay	Girişim Sonrası 6. ay		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Düşme Raporlayan (n=56)	16.07±1.84	16.32±1.88	16.67±2.20		
Düşme Raporlamayan(n=45)	15.53±1.96	16.15±1.79	16.17±2.05		
Raporlama Durumu Zaman Raporlama Durumu* Zaman				1.806	.182
				4.667	.012
				.849	.359

Araştırmanın girişim öncesi ve girişim sonrası 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Uygulama Niyeti Alt Boyutu'nun zamana ve düşme raporlama durumuna göre puan ortalamaları Tablo 17'de gösterilmiştir. Düşmeleri raporlayan ve raporlamayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda zaman göre uygulama niyeti alt boyutu ortalamaları arasında ($F=4.667$, $p=.012$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen, raporlama durumu grupları arasında ($F=1.806$, $p=.182$) ve raporlama durumu grupları*zamana ($F=.849$, $p=.359$) göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.005$).

Tablo 18. Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası 3. ve 6. Aylarda KDHYTÖ Duygular Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=101)

Zaman Raporlama Durumu	KDHYTÖ Duygular Alt Boyutu Puan Ortalamaları			F	p
	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası 3. ay	Girişim Sonrası 6. ay		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Düşme Raporlayan (n=56)	16.58±2.13	17.28±1.96	17.67±1.96		
Düşme Raporlamayan(n=45)	16.60±1.89	17.55±2.10	17.48±2.04		
Raporlama Durumu Zaman Raporlama Durumu* Zaman				.009	.924
				11.081	.000
				.570	.567

Araştırmanın girişim öncesi ve girişim sonrası 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Duygular Alt Boyutu'nun zamana ve düşme raporlama durumuna göre puan ortalamaları Tablo 18'de gösterilmiştir. Düşmeleri raporlayan ve raporlamayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda zaman göre duygular alt boyutu ortalamaları arasında (F=11.081, p=.000) istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen, raporlama durumu grupları arasında (F=.009, p=.924) ve raporlama durumu grupları*zamana (F=.570, p=.567) göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>.005).

4.3. Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemede Kullandıkları Girişimler

Tablo 19. Hasta Örnekleminin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Girişim sonrası 3. ay n=30		Girişim sonrası 6. ay n=30	
	X	SS	X	SS
Yaş	64.36	2.37	61.46	1.66
Yatış Süresi (gün)	8.56	9.44	7.33	5.97
Düşme Risk Tanılama Puanı	10.43	6.03	10.90	4.99
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	18	60.0	12	40.0
Erkek	12	40.0	18	60.0
Klinik				
Dahili Birimler	10	33.3	13	43.34
Cerrahi Birimler	11	36.67	10	33.33
Yoğun Bakımlar	9	30.0	7	23.33

Araştırmada girişim sonrası 3. ve 6. aylarda hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimleri gözlemlenmiştir. Hasta örnekleminin sosyodemografik özellikleri Tablo 19’da verilmiştir.

Hemşirelerin kullandıkları düşme önleme girişimlerini gözlemlemek için girişim sonrası 3. ayda değerlendirilen hastaların yaş ortalaması 64.36 ± 2.37 , hastanede yatış süresi ise 8.56 ± 9.44 gündür. Hastaların düşme risk tanılama puanı ortalaması 10.43 ± 6.03 ’tür. Hastaların %60’ı kadın ve %36.67’si cerrahi kliniklerde yatmaktadır.

Hemşirelerin kullandıkları düşme önleme girişimlerini gözlemlemek için girişim sonrası 6. ayda değerlendirilen hastaların yaş ortalaması 61.46 ± 1.66 , hastanede yatış süresi ise 7.33 ± 5.97 gündür. Hastaların düşme risk tanılama puanı ortalaması 10.90 ± 4.99 ’dur. Hastaların %60’ı erkek ve %43.34’ü cerrahi kliniklerde yatmaktadır.

Tablo 20. Girişimin 3. ve 6. Aylarında Hemşirelerin Kullandıkları Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri

Girişimler		Girişim Sonrası 3. Ay n=30			Girişim Sonrası 6. Ay n=30			Girişimin 3. Ayı ve 6. Ayı artış %
		Yapıldı n	%	Yapılmadı n	%	Yapılmasına gerek yok* n	%	
Tanılama	Hastaların düşme riskinin tanımlanması	30	100	0	0	0	0	0
	Hastanın mobilizasyon durumunun değerlendirilmesi	30	100	0	0	0	0	0
	Hastaların çoklu ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi	30	100	0	0	0	0	0
	Hastaların ağrı değerlendirilmesinin yapılması	30	100	0	0	0	0	0
İlaç Kullanımı	Yüksek riskli ilaç verilmiş hastaların yardımıyla mobilizasyonunun sağlanması	4	13.3	4	13.3	22	73.3	325
	Antihipertansif, antipsikotik vb. ilaçların uygun zamanda verilmesinin sağlanması	13	43.3	1	3.3	16	53.3	100

*yüksek riskli ilaç almayan hasta

Tablo 20. Girişimin 3. ve 6. Aylarında Hemşirelerin Kullandıkları Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri-Devamı

Girişimler		Girişim Sonrası 3. Ay n=30			Girişim Sonrası 6. Ay n=30			Girişimin 3. Ayı ve 6. Ayı artış %
		Yapıldı n	%	Yapılmadı n	%	Yapılmasına gerek yok* n	%	
Tuvalet, Banyo ve Koridor Kullanımı	İnkontinansı olan hastaların düzenli olarak (2 saatte) tuvalete gitmelerinin sağlanması	2	6.7	0	0	28	93.3	0
	Yüksek düşme riski olan hastaların tuvalete ve banyoya yardımla gitmelerinin sağlanması	7	23.3	2	6.7	21	70.0	129
	İnkontinansı olan hastalara tuvalete yakın odaların verilmesi	3	10.0	1	3.3	26	86.7	167
	Banyo ve tuvalet zeminlerinin kuru olması	18	60.0	0	0	12	40.0	66

*foley sondası veya yatağa bağımlı olan hasta

Tablo 20. Girişimin 3. ve 6. Aylarında Hemşirelerin Kullandıkları Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri-Devamı

Girişimler		Girişim Sonrası 3. Ay n=30			Girişim Sonrası 6. Ay n=30			Girişimin 3. Ayı ve 6. Ayı artış %
		Yapıldı n %	Yapılmadı n %	Yapılmasına gerek yok* n %	Yapıldı n %	Yapılmadı n %	Yapılmasına gerek yok* n %	
Hasta Mobilizasyonunun Sağlanması	Yardımcı araç (baston, walker vb) kullanımının öğretilmesi	3 10.0	1 3.3	26 86.7	6 20.0	1 3.3	23 76.7	100
	Yardımcı araç (baston, walker vb) yüksekliğinin ayarlanması	3 10.0	1 3.3	26 86.7	6 20.0	1 3.3	23 76.7	100
	Hastanın kaymayan terlik giymesinin sağlanması	15 50.0	0 0	15 50.0	28 93.3	0 0	2 6.7	87
	Hasta ve yakınına düşme riski ile ilgili eğitim verilmesi	12 40.0	9 30.0	9 30.0	16 53.3	14 46.7	0 0	33
	Hasta ve yakınına mobilizasyon ile ilgili bilgi verilmesi	11 36.7	9 30.0	10 33.3	17 56.7	13 43.3	0 0	55
	Hastanın kişisel aksesuarlarına (gözlük, bardak vb) güvenli bir şekilde ulaşmasının sağlanması	21 70.0	0 0	9 30.0	30 100	0 0	0 0	43
	Hasta yatağı yüksekliğinin en düşük seviyede olması	30 100	0 0	0 0	29 96.7	1 3.3	0 0	-3

*yardımcı araç kullanmayan hasta

Tablo 20. Girişimin 3. ve 6. Aylarında Hemşirelerin Kullandıkları Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimleri-Devamı

Girişimler		Girişim Sonrası 3. Ay n=30			Girişim Sonrası 6. Ay n=30			Girişimin 3. Ayı ve 6. Ayı artış %
		Yapıldı n %	Yapılmadı n %	Yapılmasına gerek yok n %	Yapıldı n %	Yapılmadı n %	Yapılmasına gerek yok n %	
Hasta Mobilizasyonunun Sağlanması	Hasta yatağının kenarlarının kaldırılması	28 93.3	1 3.3	1 3.3	25 83.3	4 13.3	1 3.3	-10
	Tekerlekli yatakların tekerleklerinin kilitlenmesi	30 100	0 0	0 0	29 96.7	1 3.3	0 0	-3
	Hasta odalarının gece uygun aydınlatılmasının sağlanması	7 23.3	0 0	23 76.7	16 53.3	1 3.3	13 43.3	129
	Hasta odalarının gündüz uygun aydınlatılmasının sağlanması	23 76.7	0 0	7 23.3	14 46.7	7 23.3	9 30.0	-30
	Hasta odasında bulunan sandalyelerin ve kabloların odanın köşelerine yerleştirilmesi	26 86.7	4 13.3	0 0	15 50.0	14 46.7	1 3.3	-37

*gündüz veya gece olması

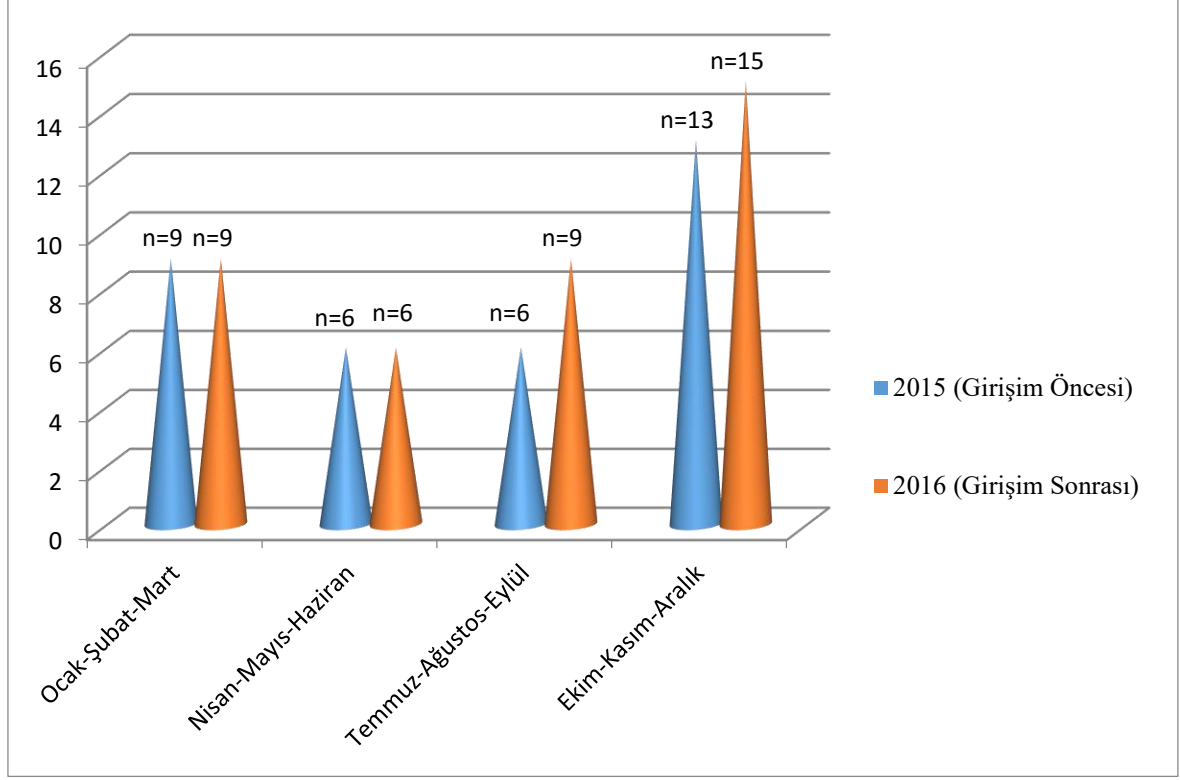
Araştırmada girişim sonrası 3. ve 6. aylarda hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimleri gözlemlenmiştir (Tablo 20). “İlaç Kullanımı”, “Tuvalet, Banyo ve Koridor Kullanımı” ve “Hasta Mobilizasyonunun Sağlanması” gruplamalarında ise hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme rehberlerindeki önerilerinden haberdar olmadıkları için uygulamadıkları düşünülmüştür.

Hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin, girişim sonrası 3 ve 6. ay sonrası değerlendirildiğinde, tanılama gruplamasında herhangi bir değişiklik olmamıştır. İlaç kullanımı gruplamasında hemşirelerin kullandığı kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinde, girişim sonrası 6. ayda girişim sonrası 3. aya göre %153 artış gözlemlenmiştir. Tuvalet, banyo ve koridor kullanımı gruplamasında ise, girişim sonrası 6. ayda girişim sonrası 3. aya göre %90.5 oranında artış göstermiştir.

Hasta mobilizasyonunun sağlanması gruplamasında, girişim sonrası 6. ayda girişim sonrası 3. aya göre %70.4 artış gözlemlenmiştir. Hasta mobilizasyonunun sağlanması gruplamasında, “Hasta yatağı yüksekliğinin en düşük seviyede olması”, “Hasta yatağının kenarlarının kaldırılması”, “Tekerlekli yatakların tekerleklerinin kilitlenmesi” ve “Hasta odalarının gündüz uygun aydınlatılmasının sağlanması” maddelerinde girişim sonrası 6. ayda girişim sonrası 3. aya göre hemşirelerin kullandıkları düşme önleme girişimlerinde azalma olduğu belirlenmiştir.

4.4. Hastanede Raporlanan Düşme Sayıları

Hastanenin sisteminden alınan raporlanan düşme sayıları bu bölümde sunulmuştur.



Grafik 1. 2015 ve 2016 Yıllarında Hastanede Raporlanan Düşme Sayıları

2015 ve 2016 yıllarında hastanede raporlanan düşme sayıları Grafik 1’de sunulmuştur. Hastane 2015-2016 yıllarındaki üçer aylık raporlanan düşme sayıları incelendiğinde; 2016 yılının ilk altı ayında aynı kalırken, sonraki altı ayda %14.70 oranında artış olduğu belirlenmiştir. Toplam raporlanan düşme sayısı 2015 yılı için 34, 2016 yılı için 39’dur (Grafik 1).

5. TARTIŞMA

Hastanelerde ciddi sonuçlar doğuran ve en sık raporlanan tıbbi hataların arasında hasta düşmeleri yer almaktadır. Hemşireler hasta düşmelerini önlemede anahtar rol oynamaktadır. Bu çalışmada, kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasının hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına, kullandıkları düşme önleme girişimlerine ve hasta düşme sayısına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanması amacıyla yarı deneysel tek grup öncesi-sonrası yapılan araştırmanın bulguları literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Uygulanmasından Önce ve Sonra Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi

Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasının, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına etkisine ait bulgular literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Girişim öncesi hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları, uygulanacak stratejilere karar vermek için analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin girişim öncesi kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puan ortalamaları, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğunu, ancak istenen düzeyde olmadığını göstermiştir (Tablo 13). Literatürde yer alan çalışma sonuçlarında, kanıta dayalı uygulama ile ilgili eğitimlerden önce hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının düşük ve orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Özdemir ve Akdemir, 2009; Levin ve ark, 2011). Frasure (2007) yaptığı bir sistematik derlemede, hemşirelerin araştırma kullanımı ile ilgili tutumlarının bilinmesinin, algılanan engellerin giderilmesi ve tutumların davranışa dönüştürülmesinde büyük bir adım olduğunu vurgulamıştır. Mohsen, Safaan ve Okby'nin (2016) yaptıkları çalışmaya göre; hemşirelerin KDU tutumlarının olumlu yönde olduğu belirlenmiştir. Araştırma kullanımı ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ilgili yapılan çalışmaların genelinde “olumlu tutumun” önemi vurgulanmış ve uygulamaya aktarma çalışmalarında bu olumlu tutumun sürdürülmesi gerektiği belirtilmiştir (Squires ve ark., 2011; Stokke ve ark., 2014). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu olması, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olması ve bilimsel toplantılarda KDU ile ilgili eğitim almaları ile açıklanabilir. Bu durum, katılımcılar açısından kanıta dayalı hemşireliğin klinik uygulamaya

aktarılmasında kolaylaştırıcı olarak düşünülebilir. Tutum, davranışı gösterme niyeti olarak düşünüldüğünde, olumlu tutumun kanıta dayalı rehber önerilerinin uygulamaya aktarılmasında karşılaşılabilecek engeller konusunda kolaylık sağlayacağı söylenebilir (Stokke ve ark., 2014). Dolayısıyla tutumda artış olmasına karşın davranış değişikliğinin olması zaman alıcı bir süreç olup, davranış değişikliğinin ilk adımının tutum olması beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç alt boyutu, uygulama niyeti alt boyutu ve duygular alt boyutlarında tutumların olumlu yönde olduğu belirlenmiştir. Wallen ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada; hemşirelerin KDU ile ilgili inançlarının; kanıta dayalı uygulama rehberlerinin kliniğe entegre edilmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Stokke ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir çalışma; hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya karşı olumlu bir tutuma sahip olduklarını, ancak hemşirelerin kanıta dayalı rehberlerdeki uygulamaları daha az kapsamda klinik uygulamaya aktardıklarını göstermektedir. Aynı çalışmada kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutum ile kanıta dayalı uygulamanın kliniğe aktarılmasına ilişkin inançlar arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu ve KDU'ya yönelik inançların, kanıta dayalı uygulamaların kliniğe aktarılması üzerinde büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının yüksek düzeyde; fakat kanıta dayalı uygulama ile ilgili bilgi ve uygulamaya aktarma ortalamalarının düşük ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Zhou ve ark., 2016). Bu durum, hemşirelerin KDU'ya yönelik olumlu tutumlarının sürdürülmesi ve bir sonraki aşama olan KDU'ların klinik uygulamaya entegrasyonu sırasında liderlik yapacak hemşirelere olan ihtiyacı göstermektedir.

Girişim sonrası 3. ve 6. aylarda, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ortalamalarında zamana göre artış olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum, inanç, uygulama niyeti ve duygular alt boyutları puan ortalamalarında girişim öncesi, girişim sonrası 3. ve 6. aylarda artış olduğu bulunmuştur. Shokry ve Saleh'in (2017) çalışmasına göre; eğitim ve uygulamalı müdahalelerin hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının geliştirilmesi, bilgi becerilerinin artırılması için etkili bir yol olabileceği belirtilmiştir.

Literatürde yapılan çalışmalar sonucunda, KDU'ların kliniğe entegrasyonunun sağlanmasında birçok girişimin birlikte kullanılmasının, hemşirelerin değişime daha hızlı uyum

gösterdiği vurgulanmıştır (Currie, 2008; Quigley ve White, 2013). Bu doğrultuda; hemşirelere kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ilgili konferans üç kere tekrarlanmış ve konferanslara katılamayan hemşireler için kliniklerinde birebir eğitim verilmiştir ve konu ile ilgili hemşireler için sosyal medya, poster ve broşürler gibi hatırlatıcılar kullanılmıştır. Aynı zamanda YİDİAKUM’da vurgulanan mentorluk sistemi kurulmuş, her klinikten gönüllü iki mentor; rehberlere ulaşma, liderlik etme ve değişim gibi konularda eğitilmişlerdir. Mentorlardan, hemşirelere KDU konusunda rehberlik etmesi beklenmiştir. KDU’ların klinik uygulamaya aktarılması sürecinde deneyimli hemşirelerin mentorluk yapması ve değişimin yönetilmesi sürdürülebilirliğin sağlanması için vazgeçilmezdir (Barry, Houghton ve Warburton; 2016). Spiva ve arkadaşlarının (2017) 66 hemşireye mentorluk eğitimi verdikleri çalışmada, KDU mentorlarının, hemşireleri KDU ile ilgili eğitmek ve desteklemekte etkili olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda mentorların hemşireler ile birlikte çalışması için KDU mentor grubunun oluşturulması ve KDU’yu kliniğe entegre etmek ve sürdürmek için çok yönlü bir yaklaşım kullanması önerilmiştir. Hemşirelere KDU konusunda mentorluk eğitimi verilen bir başka çalışmada; verilen mentorluk eğitiminin KDU ile ilgili bilgi ve becerilerini önemli derecede etkisi olduğu belirlenmiştir. Eğitimden sonra hemşirelerin araştırma ve proje yapma başvurularında artış yaşandığı bulunmuştur (Roe ve Whyte-Marshall, 2012). Hasta güvenliği konularında verilen eğitimlerin yanında, hemşirelere rol model olacak lider hemşirelerin varlığı, KDU’nun kliniğe entegrasyonunda kolaylaştırıcı etki gösterdiği söylenebilir (Rapala, 2005; Melnyk ve ark., 2011).

Rojjanasrirar ve Rice (2017) mezun hemşirelere KDU ile ilgili kurs sonrasında; KDU yönelik bilgi ve tutumlara ilişkin herhangi bir fark bulunmadığı ve bunun klinikte karşılaşılan birçok engelden kaynaklandığı belirtilmiştir. KDU için en sık karşılaşılan engeller KDU ile ilgili bilgi eksikliği, bulguların yorumlanamaması, zaman yetersizliği ve kütüphane kaynaklarının eksikliği olarak tanımlanmıştır. Çalışma ortamında herhangi bir değişim yapılmaksızın sadece eğitim yapılarak değişim sağlanmasının zaman alıcı ve zor olduğu bilinmektedir (Quigley ve White, 2013).

Bu araştırmada, kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinde uygulanan konferansların, hatırlatıcıların ve mentorluk sisteminin hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları üzerinde olumlu etki geliştirdiği, girişim sonrası 3. ve 6. ay ölçümlerinde tutum puan ortalamalarında artış olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle “Kanıta Dayalı Hemşirelik Konferansının” hemşirelerin tutumlarının gelişmesini ve mentorluk sisteminin olumlu tutumun

zaman içinde devam etmesini sağladığı düşünülmektedir. Bu sonuçlar girişim sonrası 3. ve 6. aylarda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ve alt boyutları puan ortalamalarının artmasına ilişkin 1 ve 2. hipotezleri desteklemektedir.

Hasta düşmelerini raporlama durumuna göre girişim öncesi ve girişim sonrası 3. ve 6. ay ölçümlerinde, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarında ve alt boyutlarında farklılık bulunmamıştır (Tablo 14, 15, 16, 17). Araştırmanın yapıldığı süreçte, hastanede elektronik ve formla düşme bildirimi yapılmaktadır. Raporlama engelleri ile ilgili literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Raporlama sisteminin kolay olmaması, güvenlik kültürü eğitimlerinin yapılmaması, hemşire iş yükünün fazla olması gibi engeller literatürde vurgulanmıştır (Almutary ve ark., 2012; Sarvadikar ve ark., 2010). Belirtilen bu engeller ciddi anlamda hataların izlenmesini ve hasta güvenliği konusunda ilerlemeyi kısıtlamaktadır (Noble ve Pronovost, 2010).

Jansma ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği eğitiminin, katılımcılarda kısa ve uzun vadeli, raporlama davranışı üzerine bilgi, beceri ve tutumlarında olumlu etki yarattığı saptanmıştır. Güvenlik kültürünün oluşturulmasında ve sürdürülmesinde çalışanların tutum ve algıları ile güvenlikle ilgili davranışları önemli etkenlerdendir (Cooper, 2000). Etkili bir güvenlik kültürü için tutum, inanç ve davranış değişiklikleri gerekmele birlikte bazı görüşler tüm kuruma etki eden güvenlik kültürünü geliştirmenin uzun zaman alacağı düşünülmektedir (Manasse ve ark., 2002). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarında zamana göre artış olmasına rağmen, raporlama davranışında değişiklik olmaması, hastanedeki hasta güvenliği raporlama sisteminin kullanımı ve uygunluğu ile ilgili bazı engeller olduğunu düşündürmektedir. Bu engellerden bazılarının; formların elle doldurulması ve tıbbi hata yapan sağlık profesyonellerinin gizliliğinin korunmaması olabileceği söylenebilir.

5.2. Hemşirelerin Kullandıkları Kanıta Dayalı Düşme Önleme Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada girişim öncesi, hemşirelerin kullandıkları düşme önleme uygulamalarının Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış olan Sağlıkta Kalite Standartları'nda (2015) hasta düşmeleri ile ilgili standartların uygulandığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan denetlemelerde hasta düşmeleri ile ilgili standart ve önlemler incelenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Kanıtla dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra 3. ay gözlemlerinde, hemşirelerin kanıt rehberlerindeki önerileri uygulamaya çalıştıkları; fakat bazı boyutlarda bireysel düşme önleme girişimlerinin hala eksik olduğu görülmüştür. Girişim sonrası 6. ay verilerinde ise; hasta örneklemindeki değişiklikler nedeniyle bireysel düşme önleme girişimlerinin 3. aya göre azaldığı gözlemlenmiştir.

Tanımlama gruplamasında, bütün ölçümlerde hastaların tümünün düşme riskinin değerlendirildiği ve zamana göre herhangi bir değişiklik olmadığı gözlemlenmiştir. Bunun nedeninin Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın İtali Düşme Riski Ölçeğinin hastanelerde kullanılmasını zorunlu hale getirmesi ve bütün denetimlerde bu parametrenin değerlendirilmesi olduğu düşünülebilir. Kanıtla dayalı rehberlerde, hasta düşme risk tanılmasının hastaya ve kuruma özgü bir ölçekle yapılması ve belirlenen aralıklarla sağlık profesyonelleri tarafından tekrarlanması önemi vurgulanmıştır (Gray-Micelli, 2008). Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında yayımladığı Sağlıkta Kalite Standartları'nda hastaneye yatan bütün hastaların ilk yatışlarında düşme riskinin ölçülmesi gerektiği ve bireysel önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Hastanede hasta güvenliği konularıyla ilgili son altı yıldır Sağlık Bakanlığı tarafından hemşireler için zorunlu eğitimler yapılmaktadır. Bütün hastaların düşme riskinin tanınması, hemşirelerin düşme risk tanılmasının önemini kavramış olduğunu ve bundan sonraki bireysel düşme önleme girişimlerini uygulamaya aktarma ile ilgili eğitimlerin artması gerektiğini göstermektedir.

İlaç kullanımı gruplamasında, hemşirelerin kullandıkları kanıtla dayalı düşme önleme girişimlerinin; girişim öncesi ve girişim sonrası 3. ve 6. ayda arttığı bulunmuştur. Hastanelerdeki düşmeleri önleme kanıtla dayalı rehberinde, yüksek riskli ilaç kullanımının hasta düşmeleri için risk faktörü olduğu ve hemşirelerin bu konuda tanımlama yaparak, düşme önleme girişimlerini buna göre planlaması gerektiği belirtilmiştir (Gray-Micelli, 2008). Araştırmacı tarafından yapılan "Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri" konferansının ve hasta düşmelerini önleme girişimlerini özetleyen posterlerin, sosyal medyada kullanılan hatırlatıcıların etkili olduğu düşünülmektedir. Zernansky ve arkadaşlarının (2007) 661 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların ilaçlarının düşme riski göz önünde bulundurularak hekim tarafından değiştirilmesinin sağlanması ve hemşireler tarafından yeniden değerlendirilmesini içeren çalışmada, ilaç kullanımının değerlendirilmesinin hasta düşmelerini önemli derecede azalttığı bulunmuştur. Buna karşın, Healey ve arkadaşlarının (2004) hemşire düşme önleme programı kapsamına alınan ilaç kullanımı değerlendirmesinin, hasta düşmeleri üzerinde

herhangi bir değişiklik yapmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada; hemşirelere yüksek riskli ilaç kullanımının hasta düşmeleri üzerindeki etkisi ile ilgili yapılan eğitim ve kullanılan hatırlatıcıların, hemşirelerin düşme önlemede kullandıkları girişimlerinde literatürle benzer olarak artış olduğu söylenebilir.

Tuvalet ve banyo kullanımı gruplamasında; hemşirelerin kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin; girişim öncesi ve girişim sonrası 3. ve 6. ayda arttığı bulunmuştur. İnkontinansın hasta düşmelerini artırması nedeniyle tuvalet kullanımı ile ilgili düzenleme yapılması gerekmektedir (Gray-Micelli, 2008). Bu konu ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında yayımladığı Sağlıkta Kalite Standartları'nda inkontinansı olan hastalar ile ilgili herhangi bir girişim olmadığı görülmüştür. Kanıta dayalı rehberlerde; inkontinansı olan hastalar ve yakınları için eğitimlerde, hastanın iki saatte bir tuvalete gitmesinin hatırlatılması gerektiği vurgulanmaktadır (Cumming ve ark., 2008; Gray-Micelli, 2008, Titler ve ark., 2016). Bunun yanında; Saw ve arkadaşlarının (2003) hasta odasının düzenlenmesi, banyo ve tuvaletlerin kuru olmasının sağlanması ve koridorlarda tutamakların yapılması gibi girişimleri içeren çevre düzenlemesi ile hasta düşmelerinin azaltılması amacıyla yaptıkları çalışmada, hasta düşme sayılarında herhangi bir değişiklik olmamasına rağmen; hasta düşmelerindeki yaralanma oranlarında önemli derecede azalma olduğu gösterilmiştir. Hastanelerdeki düşmeleri önleme kanıta dayalı rehberlerinde, çevresel faktörlerin hasta düşmelerini ne düzeyde etkilediği konusunda herhangi bir kanıt olmamasına karşın, hasta ve çevresinin düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu durum, çevre düzenlenmesinin hasta düşmeleri üzerinde önemli bir etken olduğunu ve hemşirelerin profesyonel sorumluluklarından olan hasta çevresinin düzenlenmesi konusunda daha etkin rol alması gerektiğini düşündürmektedir.

Mobilizasyon gruplamasında; hastanın hastanede yatarken mobilize olduğu her durum ele alınmıştır. Bu grupta “Hasta yatağı yüksekliğinin en düşük seviyede olması”, “Hasta yatağının kenarlarının kaldırılması”, “Tekerlekli yatakların tekerleklerinin kilitlenmesi” ve “Hasta odalarının gündüz uygun aydınlatılmasının sağlanması” maddelerinde girişim sonrası 6. ayda girişim sonrası 3. aya göre hemşirelerin kullandıkları düşme önleme girişimlerinde azalma olduğu belirlenmiştir. Cumming ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışma; hemşirelerin hastalara mobilizasyon esnasında gözlüklerini takması, hemşire veya yakını ile mobilize olmasının sağlanması ve yürüteç veya koltuk değneği kullananlar için eğitimin yapılması müdahalelerini içermektedir. Aynı çalışmada, hemşirelerin kullandıkları girişimlerde

artış olduğu bulunmuştur. Hasta düşmelerinin en çok mobilizasyon esnasında gerçekleştiği düşünüldüğünde, hemşirelerin mobilizasyon konusunda hasta eğitimleri yapması beklenebilir. Mobilizasyon, özellikle ameliyat sonrası dönemde önemlidir. Kanıta dayalı rehberlerde, hasta ameliyattan geldikten sonra düşme riskinin tekrar değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmış, aynı şekilde İtali Düşme Riski Ölçeğinde de ameliyat sonrası düşme riskinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Gray-Micelli, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2015). Mobilizasyon gruplamasının bazı maddelerinde girişim sonrası 6. aydaki azalmanın nedeni, hastanede yatan hasta özelliklerindeki değişim olarak düşünülebilir.

Hastanelerde düşmeleri önleyebilmek için çok yönlü düşme önleme girişimlerinin etkin bir biçimde kullanılması gerekmektedir (Oliver, 2006). Titler ve arkadaşlarının (2016) hasta düşmelerinde kullanılan bireyselleştirilmiş düşme önleme girişimlerinin etkili olduğu bulunmuştur. Özellikle banyo ve tuvalet kullanımı, mobilizasyon ve bilişsel durum tanılama alanlarında artış olduğu belirlenmiştir. İlaç kullanımı alanında herhangi bir değişiklik saptanmamıştır. Aynı zamanda Singapur'da Koh ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları bir çalışmaya göre; çok faktörlü düşme önleme programı hemşirelerin bilgisini artırmak ve düşme risk değerlendirmesini kullanmakta etkili olsa da, düşme sayılarında azalma bulunmamıştır. Hemşirelerin bilgi düzeyindeki ve hemşirelik uygulamasındaki değişiklikteki artış, akut hastanelerde düşme önleme açısından önemli bir başarı işaretidir. Breimar ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmaya göre; hemşirelere verilen eğitimlerden sonra kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinde ve bilgi düzeylerinde artış olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda, hemşirelerin kullandıkları hasta düşme önleme tüm girişim gruplarında artış olduğu görülmüştür.

5.3. Hasta Düşme Sayılarının İncelenmesi

Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından önce kurumda kullanılan bilgi sisteminden üçer aylık hasta düşme sayıları alınmıştır. Sistemden alınan verilere göre; 2015 yılında toplam 34 hasta düşmesi raporlanmıştır. Yapılan araştırmalara göre; düşme sayılarının düşük olmasının nedenleri; yaralanma ile sonuçlanmayan düşmelerin raporlanmaması, hastanın düştüğünü sağlık profesyonellerine iletmemesi veya sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konuları ile ilgili bilgi eksikliğidir (Bayazidi ve ark., 2012; Lederman ve ark., 2013).

Kanıtı dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra sistemden alınan 2016 yılı verilerine göre; toplam 39 hasta düşmesi raporlanmıştır. Yapılan çalışmalarda; uygulanan stratejiler sonucunda düşme önleme programlarından sonra hastanede ve huzurevlerindeki düşme sayıları artmıştır (Barker ve ark., 2016; Lawton ve ark., 2012). Coussement ve arkadaşlarının (2007) hastanelerdeki düşme önleme girişimleri ile ilgili çalışmaları değerlendirdiği bir sistematik derleme ve meta-analizde sekiz randomize kontrollü çalışma incelenmiş ve uygulanan düşme önleme programlarından hiçbirinde hasta düşme sayılarında herhangi bir değişim olmadığı bulunmuştur. Düşme önleme programının uygulanmasının değerlendirildiği başka çalışmaya göre; hastanede düşmelere bağlı yaralanmaların azaldığı; fakat düşme sayılarında herhangi bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir. Aynı şekilde Cox ve arkadaşlarının (2008) çalışan ve yönetici hemşirelere yapılan yarım günlük eğitimin, hasta düşmeleri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Ahmed ve arkadaşların (2014), hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için yaptıkları altı aylık eğitim sonucunda, hemşirelerin tıbbi hataları raporlama sayılarının arttığı ve bunun sebebinin konu ile ilgili hemşirelerin farkındalıklarının geliştirildiği bulunmuştur. Bu çalışmada, raporlama durumu ile ilgili herhangi bir amaç olmamasına karşın; kanıtı dayalı rehber önerilerinde hasta düşmelerinin analiz edilmesi için raporlamanın yapılması gerektiği vurgulandığı için bu konu sadece eğitimlere alınmıştır. Bu durumda, hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının artması sebebiyle raporlanan hasta düşmelerinde artış olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda, hasta düşmelerinde önemli olan diğer bir etken hastanın içsel faktörleridir. Hastaneye yatan hastaların yaş, cinsiyet ve kronik hastalık durumları gibi faktörler de hasta düşmelerindeki artışa neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Bu araştırma, kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM' a göre uygulanmasının hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına, kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimlerine ve raporlanan hasta düşme sayılarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bunun için kanıta dayalı düşme önleme girişimleri derlenmiş, hemşirelerin ve yöneticilerin görüşleri alınmıştır. Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasından sonra hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları, kullandıkları kanıta dayalı düşme önleme girişimleri ve hasta düşme sayıları incelenmiştir.

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puanları girişim öncesi ve girişimin 3. ayında, girişim öncesi ve girişimin 6. ayında yapılan izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Hemşirelerin kullandıkları düşme önleme girişimlerinin gözlemsel olarak değerlendirilmesinde girişim öncesi ve girişimin 3. ve 6. aylarında, bireyselleştirilmiş düşme önleme girişimleri açısından artış olduğu bulunmuştur.

Raporlanan hasta düşmelerinde girişim öncesi ve sonrası yıllık verilerde %14.7 oranında artış olduğu bulunmuştur.

Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli'ne göre uygulanmasının, hemşirelerin KDU felsefesini anlamasına; modelin temel unsuru olan mentorların kullanılması, hemşirelerin KDU'ları klinik uygulamaya aktarmasında yardımcı olmuştur.

6.2.Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda, hemşirelerin kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin uygulanabilmesi için öneriler şunlardır;

Yönetici Hemşireler için Öneriler

- Hastane-okul işbirliği sağlanarak, kanıta dayalı uygulamaların kliniğe aktarılabilmesi için adımlar atılabilir.
- Hastanede yaşanan hasta güvenliği problemlerine ilişkin kalıcı çözümler bulabilmek için, araştırmacı ve yönetici hemşirelerin etkileşimleri güçlendirilebilir ve sorunlara kanıta dayalı rehberler doğrultusunda çözüm aranabilir.
- YİDİAKUM, diğer hasta güvenliği konularının iyileştirilmesi için kullanılabilir.
- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının artırılması için sürekli eğitim sağlanabilir.

Araştırmacılar için Öneriler

- Hastanelerdeki hasta düşmelerini azaltmaya yönelik farklı modeller kullanılarak farklı stratejiler geliştirilebilir.
- Stratejilerin hasta düşme sayılarına ve düşme sonucu yaralanma seviyelerine etkisi incelenebilir.
- Müdahaleler tüm sağlık profesyonellerini kapsayacak şekilde uygulanabilir ve sonuçlar değerlendirilebilir.
- Kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin YİDİAKUM'a göre uygulanmasının maliyet etkililiği açısından değerlendirilebilir.
- Kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin YİDİAKUM'a göre uygulanması ile ilgili daha büyük örneklemli araştırmalar yapılabilir.

II. AŞAMA: NİTELİKSEL ÇALIŞMA
KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME STRATEJİLERİNİN
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmada niteliksel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı niteliksel araştırma tasarımı kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın ikinci aşaması Kasım 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejileri kapsamında verilen tüm eğitimlere katılan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örneklem yöntemi kullanılmıştır. Toplam katılımcı sayısı 17'dir. Araştırmada Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla, nitel araştırmalarda kullanılan veri toplama yöntemlerinden bireysel derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerle görüşmelerin sürdürülmesi için yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Ek 7, 8).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Tanımlayıcı niteliksel bir çalışma olduğu için bağımlı ve bağımsız değişken bulunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ikinci aşamasında veri toplama aracı olarak, tanıtıcı bilgi formu ve yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu:

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. Form; yaş, cinsiyet ve çalışma durumunun olduğu üç sorudan oluşmaktadır (Ek 7).

Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu:

Hemşirelerin, kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin etkinliği ile ilgili görüşleri, stratejilerden en çok yararlandıkları yöntem, klinik uygulamada karşılaştıkları engeller, hasta düşmelerinin önlenmesi için yapılması gerekenlerle ilgili olmak üzere dört açık uçlu soru belirlenmiştir (Child et al., 2012; Currie, 2008; Lamb et al., 2011) (Ek 8).

3.6.1. Verilerin Toplanması

Katılımcılara, görüşmeye başlamadan önce araştırmanın amacı, yürütülmesi, görüşmelerin ses kaydıyla kayıt altına alınacağı konusunda bilgi verilmiştir. Açıklama sonrası hemşirelerin gönüllülük esasına dayalı olarak görüşmeye katılıp katılmayacakları saptanmıştır. Görüşmeyi kabul eden hemşirelerle görüşme tarihi ve zamanını içeren görüşme planı oluşturulmuştur. Randevu alınan hemşirelerden görüşmelere başlamadan önce gönüllü olarak katıldıklarını belirten yazılı onam alınmıştır. Görüşmeler, katılımcıların çalıştıkları birimlerde belirlenen sessiz, bölünmelerin yaşanmayacağı bir odada yürütülmüş ve 5-16 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir.

Bireysel görüşme verilerinin değerlendirilmesi için toplanan verilerin yazılı ortama aktarılması ve tanımlanmasında, içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Öncelikle ses kayıtları çözümlenmiş, sonrasında içerik analizi yapılmıştır. Bu aşamada, iki araştırmacı tarafından bağımsız oluşturulan temalar altında veriler kategorize edilmiştir. Sonrasında yine araştırmacılar tarafından temalardaki benzerlik ve farklılıklar tartışılmış ve fikir birliği çerçevesinde araştırma raporu hazırlanmıştır.

Araştırmanın geçerliği için; veri doygunluğu elde edilinceye kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Soruların anlaşılmasını sağlamak için görüşmelerin uygun bir ortamda yapılmasına dikkat edilmiştir. Yapılan tüm görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Ayrıca araştırmacı, görüşme sırasında yapmış olduğu gözlemlerini de not almıştır. Araştırmanın her aşamasında araştırmacılar görüş birliği için bir araya gelmiştir.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırmanın birinci aşamasında verilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Ses kaydından elde edilen verilerin yazılı dokümantasyonu yapılarak iki bağımsız araştırmacı tarafından ana ve alt temaları belirlenmiştir. Daha sonra iki araştırmacı birlikte ana ve alt temalar konusunda fikir birliğine varmıştır. Oluşturulan ana ve alt temalar bu konuda deneyimli farklı iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelenmiştir (Yıldırım ve şimşek, 2011).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın niteliksel aşamasında herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın tüm aşamaları için, araştırmanın uygulandığı İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ve Dokuz Eyll Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2012/11-09, Karar Tarihi= 22.3.2012) izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllülük ilkesine zen gösterilerek sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma örneklemine alınan hemşirelerin tanıtıcı bilgileri ve Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin etkinliğini değerlendirmelerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgileri

Tablo 21. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgileri (n=17)

Özellikler	X±SS	
Yaş	36.29±9.61	
Cinsiyet	n	%
Kadın	16	96.70
Erkek	1	3.30
Çalışma Durumu		
Yönetici Hemşire	8	47.06
Klinik Hemşiresi	9	52.94
Klinik		
Dahili Birimler	4	23.5
Cerrahi Birimler	6	35.3
Yoğun Bakım	4	23.5
Yönetim	3	17.7

Araştırma örnekleminde yer alan hemşirelerin tanıtıcı bilgileri Tablo 21’de yer almaktadır. Araştırmaya 17 hemşire katılmıştır. Örneklem grubuna alınan hemşirelerin yaşları 26 ile 46 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 36.29±9,61’dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %96.70’i kadındır. Ayrıca hemşirelerin %52,94’ü klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

4.2. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Hemşirelerin uyguladığı kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin etkinliği incelendiğinde, “kolaylaştırıcılar”, “engeller” ve “öneriler” olmak üzere üç ana tema ve 13 kategori oluşturulmuştur. Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin etkinliğinin değerlendirilmesi üç tema altında toplanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğini Değerlendirmesine ilişkin Temalar ve Kategoriler

Temalar	Kategoriler
Kolaylaştırıcılar	- Hasta ve yakını eğitimlerinin verilmesi - Sağlık profesyonelleri eğitimlerinin verilmesi - Farkındalığın oluşturulması - Eğitimlerin görsel, hatırlatıcı, ilgi çekici, ulaşılabilir olması
Engeller	- İnsangücü ve çalışma koşulları - Bireysel farklılık ve önemsememe - Bilgiye ulaşma - Ekip anlayışının olmaması - Altyapı ve malzeme eksikliği
Öneriler	- Hasta ve yakını eğitimlerinin sürdürülmesi - Sağlık profesyonelleri eğitimlerinin sürdürülmesi - Denetim - Kanıta dayalı uygulama eğitimleri

4.2.1. Kolaylaştırıcılar

Araştırmaya katılan hemşireler, sürdürülen düşme önleme stratejileri eğitim programının kendilerine katkı sağladığını dile getirmişlerdir. Klinik uygulama süresince, profesyonel olarak düşme önleme girişimleri ile deneyimlerini ifade etmişlerdir.

4.2.1.1. Hasta ve yakını eğitimlerinin verilmesi

Hasta ve yakınlarının düşme önleme girişimlerine katkısı açısından verilen eğitimlerinin önemini vurgulamak isteyen bir hemşire düşüncelerini “*Genelde karşılaştığımız düşmeler hasta tuvalete kalktığı zaman refakatçi eşliğinde giderken, çünkü her tuvalete kalkan hastanın başında hemşiresi olamıyor. Belki bilgilendirme konusunda yakınların eğitimi, biz hep hastayı bilgilendiriyoruz ama hasta yakını eğitimleri artırılabilir.*” şeklinde ifade etmiştir.

4.2.1.2. Sağlık profesyonellerinin eğitimlerinin verilmesi

Her aşamada tüm sağlık profesyonelleri için sürekli eğitim gerektiğini savunan bir hemşire *“Bunları bir standart haline getirmek gerekir. Hizmet içi eğitimlerle, herkesin alma zorunluluğu işte tekrar edilmesi gerekir. Yani sadece bir kere değil bunun birkaç defa yapılması gerekir.”* dedi.

4.2.1.3. Farkındalığın oluşturulması

Düşme önleme stratejileri kapsamında yapılan girişimlerin farkındalık yaratması ile ilgili hemşirelerden biri memnuniyetini şu şekilde ifade etmiştir: *“Broşür ve poster de görsel amaçlı hem bizi uyarm,a farkındalık yaratma için; hem de hasta yakınlarını ve çalışanları uyarmak anlamında etkiliydi.”* Psikiyatri servisinde çalışan deneyimli bir hemşire *“Yani daha bilgileniyorsun bilgilerini artırabiliyorsun, belki daha duyarlı farkındalık yaratıyor. Bazen çok önemsemiyoruz. Basit bilgiler ama bunlar anlatıldıkça tabii daha çok şey oluyor. Bilgin arttığında daha duyarlı oluyorsun farkındalık oluşturuyor.”* dedi.

4.2.1.4. Eğitimlerin görsel, hatırlatıcı, ilgi çekici, ulaşılabilir

Yeni neslin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasında değişik yöntemlerin kullanılması gerektiğini dile getiren bir hemşire düşüncelerini *“Öncelikle afiş, poster ve sosyal medyanın günümüzde daha etkili olduğunu düşünüyorum bu konu ile ilgili. Eğitimlere ne kadar dahil edebildiğimiz tartışıldığı için grupları, herkesin elinde telefon da olduğu için sosyal medyadan daha rahat iletişim sağlandığını ve daha etkili olduğunu düşünüyorum. Afiş ve broşürler de insanların ilgisini çektiği için eğitimden daha etkili olduğunu düşünüyorum ama eğitimin de yeri yadsınamaz. Katılımı uygun şekilde sağladığımız sürece etkililiği artırır.”* şeklinde ifade etmiştir. Klasik eğitim yöntemleri yerine hatırlatıcı kullanılması gerektiğini savunan hemşire *“Eğitimlerin bize katkısı olduğunu düşünüyorum en azından sürekli gündemde olan bir şey unutmamız mümkün değil ama görünce daha dikkatli olabiliyorsun bir hatırlatıcı etken oluyor, broşürler de aynı şekilde. Onun dışında sosyal medyanın da bize katkısı var. Takip ettiğimiz şeyleri, en azından yeni ne var bizim için daha kolay ulaşılabilir oluyor.”* dedi. Hemşirelerin katılımının artırılması için eğitim planlamalarında düzenleme yapılması gerektiğini düşünen bir hemşire görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: *“İnsanların biraz daha bilinçlendirilmesi için farkındalığın artırılabilceğini, daha farklı eğitimler; sizin yaptığınız*

eğitim gerçekten etkili ama hastanede de daha farklı üstünde daha basa basa durulması gereken, farklı günlerde farklı şekilde etkinlikler yapılarak olayın farkındalığı artırılabilir.”

4.2.2. Engeller

Katılımcılar, düşme önleme stratejilerinin uygulamada kullanılmasında bazı engeller olduğunu, bu engellerin genel olarak yönetsel ve çevresel kaynaklardan oluştuğunu dile getirmişlerdir.

4.2.2.1. İnsangücü ve çalışma koşulları

Bir hemşire, çalışan hemşire sayısının az olmasının hasta güvenliğinin sağlanması açısından kendilerini zorladığını şu sözlerle ifade etmiştir: *“Gece nöbetleri sıkıntı. Nöbetlerde ne yazık ki minimal 25 hastaya bir hemşire, özellikle nöbetlere teslim verirken bu konuya dikkat ediyoruz. Hani hastanın düşme riski yüksekten ziyade, hastanın ciddi işte görme problemi var. Ya da refakatçisi yok ya da oryantasyon sorunu var.”*

4.2.2.2. Bireysel farklılık ve önemsememe

Hemşire yetersizliği yanında hemşireler arasındaki eğitim farklılıkları nedeniyle oluşan sıkıntıyı dile getiren bir hemşire *“Şöyle düşünüyorum biz hemşireler çalışma hayatında gördüğüm, akademik olarak düşünemiyoruz. Teoriyi pratiğe uygulayamıyoruz maalesef. Tek problemin bu olduğunu düşünüyorum. Yani araştırma yapmak gibi zamanı problem yapıyoruz, çalışmayı problem yapıyoruz, internet erişim problemleri hala var günümüzde tek sıkıntı.”* dedi.

4.2.2.3. Bilgiye ulaşma

Hastanede bilgiye ulaşma konusunda güçlük yaşadığını ifade eden bir hemşire *“Bizim uluslararası internet ağında, makalelere ulaşmada hemşireler faydalanamıyor. Ben kurum olarak bunu bir eksik olarak görüyorum. Yani hekimlerin girebildiği gibi hemşirelere yönelik de bir uygulama yapılabilir. Yani bizim de kolayca öğle arası ya da ulaşmak istediğimizde gidip makalelere ulaşmamız için bir şey oluşturulabilir. Bir alan oluşturulabilir. Bu duyurulabilir. Yani öyle bir imkan da verilmiyor. Hemşirelik Hizmetlerinin öncelikle bunu oluşturması gerekir. Ondan sonra şöyle söyleyeyim çalışma hayatında kanıt dayalı uygulama zor, biraz usta çırak ilişkisi devam ettiği için bunu kırmaya yönelik bir şey yapabiliydim. Yani oryantasyon eğitimlerini artırabiliydim. Artırırdım derken oryantasyon eğitimlerine kanıta dayalı uygulamaları koyardım. Bunu gündeme getirebilirdim.”* şeklinde ifade etmiştir. Aynı zamanda

bilgiye ulaşma konusunda yabancı dil problemlerini de bir hemşire *“Herkes buna yönelik araştırma yapmak istemeyebilir ya da anlamakta zorlanabilir, çevirme sıkıntısı olduğu için ya da İngilizce bilmeyenler açısından. O yüzden araştırmaya yönelik sıkıntılar temelde problem bu.”* şeklinde dile getirmiştir.

4.2.2.4. Ekip anlayışı

Türkiye’de sadece hemşirelerin hasta güvenliği konularında çalıştığını diğer sağlık profesyonellerinin bu konuları önemsemediklerini ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için ekip anlayışının yerleşmesi gerektiğini vurgulayan bir hemşire *“Çok ciddi bir basamak ve bu da direk hemşire olarak düşünülmemeli, bir ekip işiyse, bu ekip işini hekim personel, diğer çalışanlar tıbbi sekreter dahi dahil edilmeli, bu eğitim sadece hemşire olarak düşünülmemeli. Klinikte çalışan bütün sağlıkçılar bundan sorumlu olmalı bence ve herkes bunun eğitimini verebilmeli. Hasta her istediğine bu konuda ulaşabilmeli. Sadece hemşire basamak olmamalıdır.”* dedi.

4.2.2.5. Altyapı ve malzeme eksikliği

Deneyimli bir hemşire, sadece hemşire sayısının ve eğitimin yetersizliğinden değil, aynı zamanda altyapı ve malzeme eksikliği ile ilgili durumu *“Yani bizim fiziki engellerimiz var. Aldığımız eğitimlerde de kliniklerimizde tuvaletlerin kayganlığı, kliniklerde bazen paspaslandıktan sonra ıslak bırakılması, hastalarımızın karyolalarının biraz eski tip olması, bazen arızalanıyor olması o tip fiziki engellerimiz olabiliyor.”* şeklinde dile getirmiştir. Çalışma ortamının hemşireler için de güvenli olmadığını vurgulayan bir hemşire *“Yani bizim de çalışma ortamımız çok sağlıklı değil. Bizler de birçok düşme riski ile karşı karşıyayız. Bunun için de ne yapılabilir, yine fiziksel yapılar düzenlenebilir, daha ergonomik çalışma ortamları yaratılabilir.”* dedi.

4.2.3. Öneriler

Çalışmaya katılan hemşireler, düşme önleme stratejilerinin geliştirilmesi için hasta, hasta yakını, hemşire ve diğer tüm sağlık profesyonelleri için yetişkin eğitim ilkeleri doğrultusunda eğitimlerin yapılmasını ve tüm hastane çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının düşmelerle ilgili bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

4.2.3.1. Hasta ve yakını eğitimlerinin sürdürülmesi

Hasta düşmelerinin önlenmesi için öncelikle hasta ve yakınlarının eğitimlerinin yapılması gerektiğinin savunan bir hemşire *“Hasta ilk önce bilgilendirilmelidir. İşte düşme riski biz şu an yetişkin hasta bakıyoruz. İtaki kullanıyoruz. İşte yonca figürünü asıyoruz. Yani sedyede taşımada her yerde figür var. Bunun anlamı hasta ve hasta yakınına vermemiz lazım eğitim. Yani hastanın hangi durumda düşeceğini az çok bizim de hastaya bildirmemiz lazım.”* dedi. Eğitimlerin akılda kalması için belli aralıklarla tekrarlanması gerektiğini vurgulayan hemşire şunları söyledi: *“Eğitimleri daha etkin şekilde nasıl yapabiliriz? Belki sık tekrarlar yapmamız gerekiyor hastaya. Sık tekrar bence önemli çünkü bugün verdiğiniz eğitimi hasta farklı bir ortamda olduğu için yakını ile birlikte o sırada sizi dinlemeyebiliyor. Uygun zamanları seçmek gerekiyor. Bu şekilde fiziki yapıyı da daha düzeltebilirsek önlenebileceğini düşünüyorum.”*

4.2.3.2. Sağlık profesyonelleri eğitimlerinin sürdürülmesi

Sağlık profesyonellerinin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının artırılması için oryantasyon ve hizmet içi eğitimlerin verilmesi gerektiğinin vurgulayan bir hemşire *“Eğitim, hem hasta hem hemşire için eğitim. Çünkü çoğu hemşire mobilizasyonun kendi işi olduğunu bilmiyor. Hani normal hemşirelik mezunu bir arkadaş ortopediye geldiğinde, ortopedi hastasına nasıl yaklaşacağını bilmiyor. O yüzden biraz eğitim diyorum ben.”* dedi.

4.2.3.3. Denetim

Her düzeydeki eğitim yapıldığının ve klinik denetlenmesi sırasında da bireysel eğitimlerin gerektiğinin savunan hemşire *“Bunları bir standart haline getirmek gerekir. Hizmet içi eğitimlerle, herkesin alma zorunluluğu işte tekrar edilmesi gerekir. Yani sadece bir kere değil bunun birkaç defa yapılması gerekir. Tabii ki kontrol de lazım. Denetim yapılması gerekir.”* şeklinde ifade etmiştir.

4.2.3.4. Kanıta dayalı uygulama eğitimleri

Hemşirelik mesleğinin zorlukları nedeniyle kanıta dayalı uygulamaların anlaşılmasının zaman alacağını vurgulayan bir hemşire *“Çalışma hayatında kanıta dayalı uygulama zor, biraz usta çırak ilişkisi devam ettiği için bunu kırmaya yönelik bir şey yapabildim. Yani oryantasyon eğitimlerini artırabilirdim. Artırırdım derken oryantasyon eğitimlerine kanıta dayalı uygulamaları koyardım. Bunu gündeme getirebilirdim.”* dedi.

5. TARTIŞMA

Düşme önleme programlarının etkinliği; yeterli hemşire, ekip çalışması, hasta ve yakınlarının katılımı ile mümkün olabilmektedir (Child et al., 2012; Gray-Micelli, 2008; Lake et al, 2010; Lamb et al., 2011; Unruh, 2003). Dolayısıyla literatürde başarılı düşme önleme programlarının multifaktoriyel ve interdisipliner bileşenlerden oluştuğu belirtilmektedir (Currie, 2008; Quigley & White, 2013). Bu çalışmada, kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin hayata geçirilmesi açısından literatürde vurgulanan bilgiler dışında (Coppedge, Conner & Fan Se, 2016; Currie, 2008; Lake et al, 2010; Hitcho et al., 2004; Unruh, 2003), hasta ve yakınlarının katılımlarındaki yetersizlik, çalışma ortamında bilgiye ulaşmada yaşanan sorunlar, denetimde yetersizlik, ekip işbirliğinin ve katılımındaki yetersizlik ortaya çıkmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda, kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin etkinliği kapsamında hemşirelerin deneyim ve görüşleri incelenmiş ve “kolaylaştırıcılar”, “engeller” ve “öneriler” olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir.

5.1. Kolaylaştırıcılar

Hemşireler, kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin genel olarak anlaşılır, uygulanabilir ve kolay ulaşılabilir olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada, düşme önleme girişimlerine erişim kolaylığının, girişimlerin uygulamada kullanılmasını kolaylaştırdığını göstermektedir (Child et al., 2012). Hasta güvenliği uygulamalarında sürekli eğitimin katkısı yadsınamaz. Yapılan çalışmalarda hasta güvenliği kültürü oluşturmada eğitimin en etkili yol olduğu vurgulanmaktadır (Haines et al., 2004; Gulila & Barach, 2009; WHO, 2011). Kurumda hasta güvenliği kültürü oluşturmayı başardığımız takdirde, çalışanların konuya dikkatini çekmiş ve tekrarlı eğitimlerle de kalıcılığı sağlamış olabileceğimiz öngörülebilir. Dolayısıyla hemşireler de hasta düşmelerine ilişkin sürekli eğitimin girişimleri hatırlattığını ve uygulama konusunda yardımcı olduğunu bildirmişlerdir.

Girişimlerin yeterince uygulanabilmesi için çalışanların hasta güvenliği ve düşmeler konusunda farkındalıklarının oluşturulması, stratejilerin uygulanması çalışanların katılımını artırıcı bir yaklaşımdır. Yapılan hasta güvenliği çalışmalarında başarıya ulaşmadaki ilk kriterin çalışanların farkındalıklarını artırmak olduğu belirtilmiştir (Child et al., 2012; Gulila & Barach, 2009; Quigley & White, 2013; WHO, 2011). Böylece hasta bakımında 24 saat sorumluluk alan

hemşirelerin hasta düşmelerine daha duyarlı olarak girişimleri uygulamaya çalışacakları söylenebilir.

Hemşireler girişimleri uygulama sırasında hatırlatıcıların kullanılmasının olumlu bir yaklaşım olduğundan bahsetmişlerdir. Hastane enfeksiyonları ve tıbbi hata bildirimleri hasta güvenliği konularında da hatırlatıcıların kullanımının uygulanan stratejilerin etkinliğini artırdığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Capucho, Arnas & Cassioni, 2013; Mehta et al., 2014; WHO, 2011). Benzer şekilde düşmelerde de poster, sosyal medya, hatırlatıcıların yerleştirildiği benzeri materyallerin de stratejilerin etkinliği açısından yarar sağlayacağı düşünülebilir.

5.2. Engeller

Görüşmeye katılan hemşireler, kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin klinik uygulamada kullanılmasında birçok engel olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler özellikle düşme önlemede hemşire sayısının ve fiziksel koşulların yetersizliği ve ekip anlayışının sağlanamadığının önemini vurgulamışlardır.

Hemşire yetersizliğinin hasta güvenliğine olumsuz etkilerinin olduğu literatürde belirtilmiştir (Fortinsky et al., 2004; Lake et al, 2010; Wami, Demssie, Wassie, Ahmed, 2016). Aynı zamanda hasta güvenliği sağlamada kullanılan stratejilerin uygulanmasında da çalışma ortamında yeterli sayıda hemşirenin varlığı önemli bir parametredir (Lake et al, 2010; WHO, 2011). Örneğin, kanıta dayalı düşme önleme stratejileri arasında düşme riski yüksek olan hastanın mobilizasyonunun sağlanmasında hemşire hastanın yanında bulunmalıdır (Gray-Micelli, 2008). Ancak yeterli sayıda hemşirenin bulunmadığı kliniklerde bu girişimin uygulanmasında sorunlar yaşanabilecektir. Bu koşullar altında hasta ve hasta yakınından düşme önleme stratejilerini bilmeleri ve güvenliklerini sağlamada katılım göstermeleri beklenmektedir (Bunn et al., 2008; Quigley & White, 2013). Hasta ve hasta yakılarının katılımının sağlanmadığı durumlarda hasta güvenliği sorunlarının yaşandığı belirtilmiştir (Child et al., 2012). Dolayısıyla hemşirelerin uygulamalar sırasında ekip çalışmasındaki sorunlardan da bahsetmeleri, hasta güvenliği açısından kültür oluşturmadaki diğer bir parametre olan inter ve multidisipliner çalışmadaki sorunlar gerçeğini de ortaya koymaktadır (Gray-Micelli, 2008; JCAHO, 2016; Schwendimann, 2006; Wami, Demssie, Wassie, Ahmed, 2016). Özellikle düşme önleme programlarının etkinliğini sağlamada ekip çalışmasının önemini vurgulayan çalışmalar da

mevcuttur (Bleijlevens et al., 2010; Currie, 2008; Quigley and White, 2013). Yapılan bir çalışmada, stratejilerin uygulanması konusunda ekip içinde çatışmaların yaşanması da, konuya daha fazla önem verilmesini düşündürmektedir.

Kanıt dayalı düşme önleme stratejileri arasında çevresel koşullara ilişkin banyo, tuvalet ve koridorlarda tutamakların olması, kaygan-ıslak zeminin olmaması, hasta yatağının yüksekliğinin ayarlanabilir olması gibi uygulamalar yer almaktadır (Gray-Micelli, 2008). Çevresel faktörler nedeniyle düşme yaşandığı ve sonucunda hastanın zarar gördüğü çalışmalarda vurgulanmıştır (Murphy et al., 2008; Poe et al., 2005). Bu durumda hemşirelerin düşme önleme girişimlerinden fiziksel altyapı ve ekipmanla ilgili uygulamaları yeterince gerçekleştiremedikleri söylenebilir.

5.3. Öneriler

Hemşireler, düşme önleme girişimlerine hasta ve hasta yakınlarının daha çok dahil edilmesi gerektiğini ve kanıt dayalı uygulama eğitimlerinin uygulamalı şekilde uzman kişiler tarafından verilmesi, çalışma ortamının düzenlenmesi ve denetimlerin uygun olarak yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Hasta katılımı hasta güvenliği uygulamalarında hastanın konuya ilişkin farkındalığını artırmak ve uygulamalarda rol almasını sağlamak açısından önemlidir (Bunn et al., 2008; Fortinsky et al., 2004; Sahlström, Partanen, Rathert & Turunen; 2016.). Dolayısıyla hasta ve hasta yakınının kliniğe adım attıkları andan itibaren eğitimlerine başlanmalı ve taburculuklarına kadar devam eden bir süreç haline getirilmelidir. Hasta eğitimlerinin hasta düşmelerinde azalmaya ilişkin katkı sağladığı çalışmalarda da belirtilmiştir (Haines et al., 2004).

Hemşirelerin kolaylaştırıcılarda da ifade ettikleri gibi önerilerde de eğitimlerin tekrarlı olmasını bildirmişlerdir. Eğitimlerin yetişkin eğitim ilkelerine uygun olarak ve etkin bir şekilde yürütülmesinin düşme önleme girişimlerinin olumlu sonuçlanması açısından da önemli olacağı söylenebilir.

Katılımcılar kurum içindeki denetimlerin yetersizliğinden dolayı stratejilerin etkin olarak uygulanmadığını ifade etmişlerdir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış olan Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hasta düşmeleri hasta güvenliği indikatörlerinden biri olarak yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bakanlık tarafından

yapılan denetimlerin yanı sıra kurumların iç denetimlerinin de yeniden yapılandırılmasının girişimlerin uygulanması ve sorunların saptanmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Aynı zamanda hemşireler, başarılı bir uygulama için hasta ve yakınlarının eğitime katılımının sağlanması ve sorumluluk almaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Literatürde benzer bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin bakımlarını yerine getirirken, hastanın bu konuda eğitimi olmasının gerekli olduğunu ve hastanın uyumunu artırdığı bulunmuştur (Currie, 2008; Fortinsky et al., 2004).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler, uygulanan kanıta dayalı düşme önleme stratejileriyle ilgili olarak; eğitim programına katılımın kolay, eğitimlerin anlaşılabilir ve kanıta dayalı düşme önleme girişimlerinin uygulanabilir olduğunu; ancak girişimlerin uygulanabilmesi için yeterli hemşire sayısının olması, kliniklerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve bunların yapılabilmesi için yönetim desteğinin ve liderliğinin olması gerektiğini vurgulamışlardır.

Elde edilen sonuçlara göre; düşme önleme stratejilerinin sağlık profesyonellerine tanıtılması ve yetişkin eğitim ilkeleri doğrultusunda farklı eğitim yöntemleri kullanılarak farkındalığın artırılması önerilebilir. Aynı zamanda hasta ve yakınlarının eğitimlerinin yapılarak onlarla işbirliği sağlanabilir. Kurum içi denetimlerde geliştirilen stratejilere uygun değerlendirme kriterleri oluşturulabilir ve hemşire yetersizliği sorunu kurum yöneticileri tarafından dikkate alınarak çözüm yolları bulunabilir.

KAYNAKLAR

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence-based Practice Centers (EPC) Program Overview. 2015. <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-eports/overview/index.html> Erişim Tarihi:05.04.2017.

Ahmed M, Arora S, Tiew S, Hayden J ve ark. Building a safer foundation: the lessons learnt patient safety training programme. *BMJ Qual Saf*, 2014;23: 78-86.

Akgün S, Al-Assaf AF. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2007;3: 42–47.

Almutary HH, Lewis PA, Cert CC. Nurses' willingness to report medication administration errors in Saudi Arabia. *Q Manage Health Care*, 2012;21(3): 119-126.

Ang E, Mordiffi SZ, Wong HB. Evaluating the use of a targeted multipl intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial *Journal of Advanced Nursing*, 2011;67(9): 1984-1992.

Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Barrero-Sojo S, Perez-Jimenez C, Morales-Fernandez A, Enriquez de Luna-Rodriguez M, Moya-Suarez AB, Mora-Banderas AM. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2013;2(13):122.

Aronson JK. Medication errors: definitions and classification. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;67(6): 599–604.

Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. “Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2015;17(2-3): 21-35.

Barry D, Houghton T, Warbuton T. Evidence-based practice: developing mentors to support students. *Nursing Standard*, 2016;30(51) 42-48.

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

Beyea S. Wake-up-call-standardization is crucial to eliminating medication errors. *AORN J*, 2002;75 (5): 1010–1013.

Bleijlevens MHC, Hendriks MRC, Van Haastregt JCM, Crebolder HFJM, Van Eijk JTHM. Lesson learned from a multidisciplinary fall-prevention programme: The occupational-therapy element. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010;17:319-325. *BMC Health Services Research*, 2013, 13:122.

Breimar HB, Halfen RJG, Lohrmann C. Effectiveness of multifaceted and tailored strategies to implement a fall-prevention guideline into acute care nursing practice: a before-and-after, mixed-method study using a participatory action research approach. *BMC Nursing*, 2015;14:18.

Brown CJ, Rebecca RS. *Hospital Falls. İç. Patient Safety: A case –based Comprehensive Guide*. Editor: Abha Agrawal. Springer Science+Business Media New York, 2014.

Callis N. Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research*; 2016;29: 53–58

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). 2010; *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Patient Safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enfer*, 2013;34(1):164-172.

Coppedge N, Conner K, Fan Se S. Using a Standardized fall prevention tool decreases fall rates. *Nursing*, 2016;46 (3):64-7.

Coussement J, Paepe LD, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejager E, Milisen K. Interventions for preventing falls in Acute- and Chronic-Care Hospitals: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):29-36.

Cox H, Puffer S, Morton V, Cooper C, Hodson J, Masud T, et al. Educating nursing home staff on fracture prevention: a cluster randomised trial. *Age and Ageing* 2008;37(2): 167–72.

Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation Science*, 2012;7:91.

Cumming RG, Sherington C, Lord SR, Simpson JM, Vogler C, Cameron ID ve ark. Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *BMJ*, 2008;336(7647):758–60.

Currie L. Fall and Injury Prevention. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Chapter 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653/> Erişim Tarihi:13.07.2017.

Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of falls (acute care). Health care protocol. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI);2012.

Do MT, Chang VC, Kuran N, Thompson W. Fall-related injuries among Canadian seniors, 2005–2013: an analysis of the Canadian Community Health Survey. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada Research, Policy and Practice*, 2015;35(7).

Duman, S. Yoğun Bakımlarda alışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri ile ilgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi. Ankara, 2012.

Dunne TJ, Gaboury I, Ashe MC. Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm, *J Eval Clin Pract*, 2014;20(4):396-400.

Estabrooks CA, Winther C, Derksen L. Mapping the field: A bibliometric analysis of the research literature in nursing. *Nursing Research*, 2004;53: 293-303.

Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review, *Int J of Nurs Pract*, 2001;7(1):38-45.

Ferner RE, Aronson JK. Clarification of terminology in medication errors: definitions and classification. *Drug Saf*. 2006;29:1011–22.

Fineout-Overholt E, Levin RF, Melnyk BM. Strategies for advancing evidence-based practice in clinical setting. *Journal of the New York State Nurses Association*, 2005;2:28-32.

Fineout-Overholt E, Melnyk B. Organizational Culture & Readiness for System-wide Integration of EBP. Gilbert, AZ:ARCC, llc Publications; 2003.

Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 2005;21(6):335-344.

Fortinsky RH, Iannuzzi-Sucich M, Baker DI, Gottschalk M, King MB, Brown CJ, Tinetti ME. Fall-Risk Assessment and Management in Clinical Practice: Views from Healthcare Providers. *J Am Geriatr Soc*, 2004;52:1522–1526.

Frasure J. Analysis of instruments measuring nurses' attitudes towards research utilization: a systematic review. *JAN* 2007;61(1):5-18.

Galbraith JG, Butler JS, Memon AR, Dolan MA ve ark. Cost analysis of a falls-prevention program in an orthopaedic setting, *Clin Orthop Relat Res*, 2011;469(12):3462-3468.

Gilula MF, Barach PR. "Patient safety education and curriculum design" health care errors and patient safety. In Brian Hurwitz and Aziz Sheikh Editors. *Health Care Errors and Patient Safety Health*. USA: Blackwell Publishing Ltd; 2009. p. 238-254.

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.

Greene E, Cunningham CJ, Eustace A, Kidd N ve ark. Recurrent falls are associated with increase length of stay in elderly psychiatric inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001;1(10):965-968.

Güleç D, İntepeler SS. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Developing a scale of attitudes towards medical errors. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013;15(3): 26-41.

Haines TP, Bennell KL, Osborne RH, et al. Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;328(7441):676.

Haines TP, Bell RAR, Varghese PN. Pragmatic, cluster randomized trial of a policy to introduce low-low beds to hospital wards for the prevention of falls and fall injuries. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58 3:435–441.

Haines TP, Waldron NG. Translation of falls prevention knowledge into action in hospitals: what should be translated and how should it be done?, J Safety Res, 2011;42(6):431-424.

Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 27515, 8 Mart 2010.

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 27897, 6 Nisan 2011.

Healey F, Monro A, Cockram A, Adams V, Heseltine D. Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomised controlled trial. Age and Ageing, 2004;33(4):390–5.

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.

Health Care Association of New Jersey (HCANJ). Fall management guideline. Hamilton (NJ): Health Care Association of New Jersey (HCANJ); 2007.

Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C ve ark. Cost of falls in old age: A systematic review, Osteoporos Int, 2010;21(6):891-902.

Herman M, Gallagher E, Scott V. The evolution of seniors' falls prevention in british columbia: working strategically and collectively to reduce the burden and impact of falls and fall-related injury among seniors, BritishColumbia Ministry of Health, Canada, 2006 http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/falls_report.pdf. Erişim Tarihi:02.05.2017.

Hill AM, Hoffmann T, Hill K, Oliver D ve ark. Measuring falls events in acute hospitals - a comparison of three reporting methods to identify missing data in the hospital reporting system, J Am Geriatr Soc, 2010;58(7):1347-1352.

Hirose M, Nakabayashi N, Fukuda S, Yamaguchi S ve ark. Additional medical costs due to hospital-acquired falls, J Patient Saf, 2015;1-7.

Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, DunaganWC, Fischer I, Johnsson S, Nast PA, Costantinou E, Fraser VJ. Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting: A Prospective Analysis. J Gen Intern Med. 2004;19(7): 732–739.

How do you sustain an effective fall prevention program?. Content last reviewed January 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk6.html> Erişim Tarihi:13.07.2017.

Hutchinson AM, Johnsston L. Beyond the barriers scale: Commonly reported barriers to research use. Journal of Nursing Administration, 2006;36(4):189-199.

Jansma JD, Zwart DLM, Leistikow IP, Kalkman CJ ve ark. Do specialty registrars change their attitudes, intentions and behaviour towards reporting incidents following a patient safety course? BMC Health Serv Res, 2010;10:100.

Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model, 2017. http://www.hopkinsmedicine.org/evidence-based-practice/jhn_ebp.html Erişim Tarihi:20.06.2017

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Root causes of patient falls. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); 2006.

Jorgensen TSH, Hansen A, Sahlberg M, Gislason GH, et al. Nationwide time trends and risk factors for in-hospital falls-related major injuries. Int J Clin Pract, 2015;69 (6):703- 709.

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, 2009 50(4): 425.

Krauss MJ, Nguyen SL, Dunagan WC, Birge S ve ark. Circumstances of patient falls and injuries in 9 hospitals in a midwestern healthcare system, Infect Control Hosp Epidemiol, 2007;28(5):544-550.

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.

Lamb SE, Becker C, Gillespie LD, Smith JL, Finnegan S, Potter R, Pfeiffer K. Reporting of complex interventions in clinical trials: development of a taxonomy to classify and describe fall-prevention interventions. Trials, 2011;12:125.

Leape L. Institute of Medicine Medical Errors Figures are not Exaggerated, Journal of American Medical Association, 2000;284(1):95-91

Leonard M, Frankel A, Simmonds T, Vega KB. Achieving safe and reliable healthcare strategies and solutions. The Foundation of the American College of Healthcare Executives. 2004;65-66.

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.

Mehta Y, Gupta A, Todi S, Myatra SN, Samaddar DP, Patil V, Bhattacharya PK, Ramasubban S. Guidelines for prevention of hospital acquired infections. Indian J Crit Care Med, 2014;18(3):149–163.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Fischbeck FN, Li H, Small L, Wilcox L, Kraus R. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift. Worldviews Evid Based Nurs. 2004;1(3):185-93.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2005:201-213.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E. The Evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2008;4:208-216.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Stillwell SB. Sustaining Evidence-based practice through organizational policies and an innovative model. American Journal of Nursing, 2011;111(9):57-60.

Morse Fall Scale for Identifying Fall Risk Factors. Content last reviewed January 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk-tool3h.html> Erişim Tarihi:14.07.2017.

Murphy TH, Labonte P, Klock M, Houser L. Falls Prevention for Elders in Acute Care An Evidence-Based Nursing Practice Initiative. Crit Care Nurs Q. 2008;31(1):33–39.

Nadkarni JB, Iyengar KP, Dussa C, Watve S ve ark. Orthopaedic injuries following falls by hospital in-patients. Gerontology, 2005;51(5):329-333

National Health Service England (NHS England). NRLS Quarterly Data Workbook up to March, 2012. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/quarterly-data-summaries/?entryid45=135152> Erişim Tarihi: 13.07.2017

National Patient Safety Agency. Slips trips and falls in hospital. London: NPSA, 2007.

National Patient Safety Foundation, 2009. <http://www.npsf.org/about-us/> . Erişim Tarihi: 04.05.2017

National Patient Safety Foundation (1) (NPSF). Patient safety dictionary A-E, <http://www.npsf.org/?page=dictionaryae&hhSearchTerms=%22medical+and+errors%22>. Erişim Tarihi: 05.04.2017

National Patient Safety Foundation – NPSF. Patient safety dictionary F-M, <http://www.npsf.org/?page=dictionaryfm&hhSearchTerms=%22medical+and+errors%22> .Erişim Tarihi: 05.04.2017

National Patient Safety Agency (NPSA). Patient Safety Topics. 2017. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/>. Erişim Tarihi:04.05.2017

Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. J Patient Saf, 2010;6(4): 247-50.

Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo MET. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review, Age and Ageing, 2004;33(2):122-3.

Oliver D, Connelly J, Victor C, Shaw FE ve ark. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. BMJ, 2007;334:82-85.

Page A. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. The National Academies Press. Washington, DC, 2001. www.nap.edu . Erişim Tarihi:04.05.2017

PARiHS framework for implementing research into practice, 2011. <http://www.nccmt.ca/registry/resource/pdf/85.pdf>. Erişim Tarihi: 20.06.2017.

Poe SS, Cvach MM, Gartrell DG, Radzik B, Joy TL. An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management: Lessons Learned. *Journal of Nursing Care Quality*, 2005;20(2):107-116

Porter-O'Grady T, Malloch Kathy. *Innovation leadership: Creating the landscape of health care*. Jones and Bartlett Publishers, LLC; 2010.

Pravikoff DS, Pierce ST, Tanner A. Evidence based readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nursing Outlook*, 2005;53:49-50.

Preston RM. Drug errors and patient safety: the need for a change in practice. *Br J Nurs*, 2004;13(2):72-78.

Rapala K. Mentoring staff members as patient safety leaders: the Clarian Safe Passage Program. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005;17(2):121-6.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult 2011 supplement*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2011:32.

Roe EA, Whyte-Marshall M. Mentoring for Evidence-Based Practice: A Collaborative Approach. *Journal for Nurses in Staff Development*, 2012;28(4):177-181.

Rojjanasrirat W, Rice J. Evidence-based practice knowledge, attitudes, and practice of online graduate nursing students. *Nurse Educ Today*, 2017;14;53:48-53.

Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Madrigal- Torres M. Attitude towards evidence-based nursing questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *J Eval Clin Pract*, 2011;17(4):664-670.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,8850/saglik-kalite-standartlari.html> Erişim Tarihi:13.07.2017.

Sarvadikar A, Prescott G, Williams D. Attitudes to reporting medication error among differing healthcare professionals. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010;66(8):843-53.

Sahlström M, Partanen P, Rathert C, Turunen H. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(5):461-469.

Schwendimann R, Buhler H, De Geest S ve ark. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: Effects of an interdisciplinary falls prevention program. BMC Health Serv Res. 2006;6(1):69.

Schwendimann R, Buhler H, De Geest S. Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting Reducing multiple falls. J Gerontol Nurs. 2006;32(3):13-22.

Shaw FE, Bond J, Richardson DA, Dawson P, Steen IN, McKeith IG ve ark..Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. BMJ 2003;326(7380):73–5

Shokry WMA, Saleh MSM. Improvement of Evidence-Based Practice through Education and Training Interventions among Nursing Students. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 2017;6(1):22-30.

Spiva L, Hart PL, Patrick S, Waggoner J, Jackson C, Threatt JL. Effectiveness of an Evidence-Based Practice Nurse Mentor Training Program. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2017;1–9.

Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortedt M. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. BMC Nursing, 2014;13 (8):

The Joint Commission. National Patient Safety Goals. <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/> . Erişim Tarihi:13.07.2017.

The Joint Commission International: JCI Accreditation Standards for Hospitals. 5th edition. USA: Joint Commission International; 2014.

Titler MG, Conlon P, Reynolds MA, Ripley R, Tsodikov A, Wilson DS, Montie M. The effect of a translating research into practice intervention to promote use of evidence-based fall prevention interventions in hospitalized adults: A prospective pre–post implementation study in the U.S. Applied Nursing Research, 2016;31:52–59.

Titler MG. Use of research in practice. In: G. Lobiondo ve J. Haber (Editörler), Nursing research: Methods, critical appraisal and utilization (5th ed.).St. Louis, MO: Mosby. 2002.

Titler MG, Conlon P, Reynolds MA, Ripley R, Tsodikov A, Wilson DS, Montie, M. The effect of a translating research into practice intervention to promote use of evidence-based fall prevention interventions in hospitalized adults: A prospective pre-post implementation study in the US. *Applied Nursing Research*, 2016;31, 52-59.

Tiwari RK, Kumar P, Masih L, Rao S, Chandra H. Assessment of change in knowledge and attitude towards Evidence-Based Practice about hospital practices of Nursing Personnel through a training workshop. *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 2015;2(9):91-96.

United States Department of Veterans Affairs. VHA NCPS Fall Prevention and Management. <http://www.patientsafety.gov/CogAids/FallPrevention/index.html#page=page-13>. Erişim Tarihi: 02.05.2017

Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care*. 2003;41(1):142-52.

Vincent C. Patient safety, Second Edition. UK, Blackwell, 2010;3-32. http://nj8bs2kt8z.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88. Erişim Tarihi: 04.05.2017.

Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, Hastings C. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs*. 2010;66(12):2761–2771.

Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2016;20(16):495.

Wong CA, Recktenwald AJ, Jones ML, Waterman BM ve ark. The cost of serious fall-related injuries at three midwestern hospitals, *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2011;37(2):81-87.

World Health Organization-WHO. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition, 2011.

Wilson EB. Preventing patient falls. *AACN Clin Issues* 1998;9:100–108.

Yılmaz Demir N. Morse Düşme Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması ve Duyarlılık-Seçicilik Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir-2011.

Zecevic AA, Chesworth BM, Zaric GS, Huang Q ve ark. Estimating the cost of serious injurious falls in a Canadian acute care hospital, *Can J Aging*, 2012;31(2):139-147.

Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle NE, Eastaugh J ve ark. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 2006;35(6): 586–91.

Zhou F, Hao Y, Guo H, Liu H. Attitude, Knowledge, and Practice on Evidence-Based Nursing among Registered Nurses in Traditional Chinese Medicine Hospitals: A Multiple Center Cross-Sectional Survey in China. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016; 2016: 5478086.





EKLER

EK 1.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

1. Doğum Tarihiniz (GG/AA/YYYY):
2. Cinsiyetiniz:
A. Kadın B. Erkek
3. Eğitim durumunuz:
A. Sağlık meslek lisesi mezunu
B. Hemşirelik önlisans mezunu
C. Hemşirelik lisans mezunu
D. Hemşirelik yüksek lisans mezunu
E. Hemşirelik Doktora mezunu
F. Diğer (Belirtiniz)
4. Hemşirelik mesleğinde kaçınıcı yılınız?
5. Çalıştığınız klinik:
6. Çalışma durumunuz:
A. Servis Hemşiresi B. Sorumlu Hemşire
7. Hasta düşmeleri ile ilgili eğitim aldınız mı?
A. Evet B. Hayır
8. Hasta düşmeleri ile ilgili bilgi düzeyi durumunuz?
A. Yok B. Az C. Orta D. Yeterli E. Çok
9. Hasta düşmeleri raporlama durumunuz?
A. Evet B. Hayır

EK 2.**KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ**

(1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Biraz katılıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen katılıyorum)

NO	Madde	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kanıt dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	1	2	3	4	5
2	Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.	1	2	3	4	5
3	Kanıt dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Kanıt dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	1	2	3	4	5
5	İşimde/mesleğimde, kanıt dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
6	Boş zamanımı, kanıt dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	1	2	3	4	5
7	Kanıt dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
8	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.	1	2	3	4	5
9	Kanıt dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyorum/isterdim.	1	2	3	4	5
10	Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.	1	2	3	4	5
11	Klinik kanıt dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	1	2	3	4	5
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	1	2	3	4	5
13	Kanıt dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	1	2	3	4	5
14	Kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıt dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarım entegre etmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5

EK 3.**KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME GİRİŞİMLERİ GÖZLEM FORMU****Yaş:****Cinsiyet:****Protokol Numarası:****Klinik:****Tanı:****Kronik Hastalık:****Yatış Süresi:****Düşme Puanı:**

	MÜDAHALELER	Yapıldı	Yapılmadı	Yapılmasına gerek yok
Tanılama	Hastaların düşme riskinin tanımlanması			
	Hastanın mobilizasyon durumunun değerlendirilmesi			
	Hastaların çoklu ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi			
	Hastaların ağrı değerlendirilmesinin yapılması			
İlaç Kullanımı	Yüksek riskli ilaç verilmiş hastaların yardımla mobilizasyonunun sağlanması			
	Antihipertansif, antipsikotik vb. ilaçların uygun zamanda verilmesinin sağlanması			
Tuvalet, Banyo ve Koridor Kullanımı	İnkontinansı olan hastaların düzenli olarak (2 saatte) tuvalete gitmelerinin sağlanması			
	Yüksek düşme riski olan hastaların tuvalete ve banyoya yardımla gitmelerinin sağlanması			
	İnkontinansı olan hastalara tuvalete yakın odaların verilmesi			
	Banyo ve tuvalet zeminlerinin kuru olması			
Hasta Mobilizasyonunun Sağlanması	Yardımcı araç (baston, walker vb) kullanımının öğretilmesi			
	Yardımcı araç (baston, walker vb) yüksekliğinin ayarlanması			
	Hastanın kaymayan terlik giymesinin sağlanması			
	Hasta ve yakınına düşme riski ile ilgili eğitim verilmesi			
	Hasta ve yakınına mobilizasyon ile ilgili bilgi verilmesi			
	Hastanın kişisel aksesuarlarına (gözlük, bardak vb) güvenli bir şekilde ulaşmasının sağlanması			
	Hasta yatağı yüksekliğinin en düşük seviyede olması			
	Hasta yatağının kenarlarının kaldırılması			
	Tekerlekli yatakların tekerleklerinin kilitlenmesi			
	Hasta odalarının gece uygun aydınlatılmasının sağlanması			
	Hasta odalarının gündüz uygun aydınlatılmasının sağlanması			
	Hasta odasında bulunan sandalyelerin ve kabloların odanın köşelerine yerleştirilmesi			

Notlar:

Ek 4.

Düşen Hasta Sayıları Veri Formu

Aylar	Düşen Hasta Sayısı
Ocak-Şubat-Mart	
Nisan-Mayıs-Haziran	
Temmuz-Ağustos-Eylül	
Ekim-Kasım-Aralık	

Ek 5.

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME
STRATEJİLERİNİN HEMŞİRELERİN KANITA
DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK
TUTUMLARINA VE HASTA DÜŞMELERİNE ETKİSİ
PROJESİ EĞİTİM PLANI VE İÇERİĞİ**

ARAŞ. GÖR. YASEMİN AYHAN

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. ŞEYDA SEREN İNTEPELER**

İZMİR-2015

İÇERİK

Öğrenme Hedefleri.....	3
Kanıtı Dayalı Hemşirelik ve Uygulamaları	4
Hasta Güvenliği	5
Hasta Düşmeleri.....	5
Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri.....	7
Mentorların Belirlenmesi.....	8
Eğitim Planı.....	9
Kaynaklar.....	12



ÖĞRENME HEDEFLERİ

- Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarını anlaması ve rehberlere ulaşabilmesi
- Kanıta dayalı düşme önleme uygulamalarını kliniğe aktarabilmesi ve sonuçlarını değerlendirebilmesi
- Düşme riskinin değerlendirilebilmesi ve düşmeleri önlemek için hemşire girişimlerinin planlanabilmesi
- Düşmeleri önlemek için örgütsel (organizasyonel) önlemlerin alınabilmesi
- Düşme sonrası değerlendirme yapılabilmesi ve tekrarlı düşmelerin önlenmesi için gerekli planların yapılabilmesi
- Düşmelerin önlenmesi için multidisipliner ekip ile işbirliği yapılabilmesi
- Düşmeleri (tekrarlı düşmeleri) önlemek için mentor hemşirelerle birlikte, kanıta dayalı rehberlerin önerilerine uygun değişimler planlayabilmek ve uygulamaya aktarabilmek.

EĞİTİM PLANI

Eğitim Yöntemleri

- Sunum
- Afiş
- Broşür
- Hatırlatıcılar (Poster, Sosyal Medya ve Kalem)

Eğitim Gereçleri

- Projektör
- Bilgisayar
- Poster

Katılımcı Seçim Kriterleri

Eğitime, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan ve katılmayı kabul eden bütün hemşireler katılabilirler. Araştırmaya, hasta bakımından sorumlu olan hemşireler alındığı için, acil servis, ameliyathane ve polikliniklerde çalışan hemşireler örnekleme dahil edilmemişlerdir.

Eğitim Ortamı

Eğitimlerin genel olarak yetişkin eğitimi ilkelerine uygun olarak yürütülmesi ve bu nedenle daha çok çalışma ortamında mentor-hemşire ilişkisinin kurulması hedeflenmiştir. Sunumlar, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticileri tarafından sağlanan dersliklerde yürütülecektir.

Eğitim Süresi ve Tarihleri

Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi Projesi eğitimlerinin Kasım 2015-Mart 2016 (altı ay) tarihleri arasında yapılması planlanmıştır. Sunum olarak planlanan konular için eğitim süresi bir saat olarak belirlenmiştir. Posterler her kliniğe asılacak ve aylık değiştirilecektir. Eğitim konuları ile ilgili broşürler, sunum sonrası katılımcılara dağıtılacaktır. Eğitim süreci ile ilgili ayrıntılı bilgi Tablo 1, 2, 3' tedir.

Tablo 1. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi Projesi Hemşirelik Eğitim Planı

Konu	1. Eğitim	2. Eğitim	3. Eğitim
Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları ve Klinikte Kullanılması	03.12.2015 10.00	03.12.2015 14.00	04.12.2015 10.00
Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri	17.12.2015 10.00	17.12.2015 14.00	18.12.2015 10.00

Tablo 2. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi Projesi Mentorlarla Yapılacak Toplantı Planı

Toplantı Tarihi ve Saati	Tartışılan Konular
10.12.2015	Kanıta dayalı hemşirelik rehberlerine ulaşma ve kullanma
24.12.2015	Hasta düşmelerini önlemek için kliniklerde yapılabilecek fiziksel değişiklikler
07.01.2016	Kanıta dayalı düşme önleme önerilerin klinik uygulamada kullanılmasında yaşanan problemler ve çözüm önerileri
21.01. 2016	Çalışan hemşirelere liderlik etme
11.02.2016	Hasta düşmelerini önlemede hasta, hasta yakınları ve diğer sağlık profesyonellerinin katılması
25.02.2016	Geribildirim Toplantısı

Tablo 3. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi Projesi Posterlerin Asılma Planı

Poster Numarası	Tarihler
1. Poster	26.11.2015-11.12.2015
2. Poster	11.12.2015-25.12.2015
3. Poster	25.12.2015-08.01.2016
4. Poster	08.01.2016-22.01.2016
5. Poster	22.01.2016-04.02.2016
6. Poster	04.02.2016-18.02.2016
7. Poster	18.02.2016-01.03.2016
8. Poster	01.03.2016-15.03.2016

Tablo 4. Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi Projesi Zaman Planı

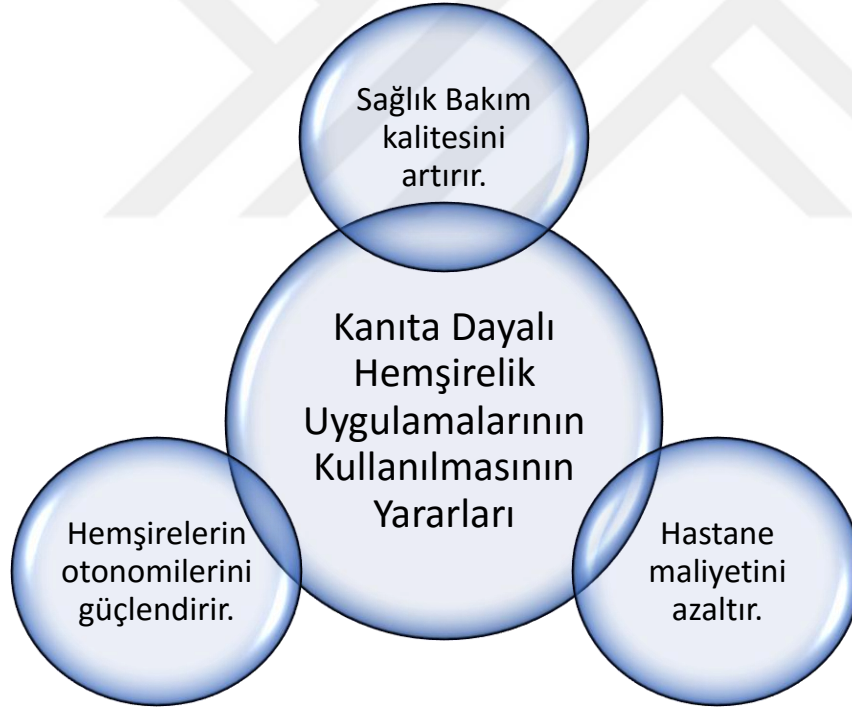
Tarih	Yapılacaklar
17.11.2015	Proje Tanıtım Posterinin Asılması
19.11.2015	Mentorlarla Tanışma ve Proje Tanıtımı-Klinik Ziyaret
20.11.2015	Mentorlarla Tanışma ve Proje Tanıtımı-Klinik Ziyaret
26.11.2015	Mentorlarla Tanışma ve Proje Tanıtımı-Klinik Ziyaret
27.11.2015	Mentorlarla Tanışma ve Proje Tanıtımı-Klinik Ziyaret
03.12.2015	Mentorlara ve Hemşire Grubuna Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Kliniklerde Kullanılması Konusunun Anlatılması
04.12.2015	Mentorlara ve Hemşire Grubuna Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Kliniklerde Kullanılması Konusunun Anlatılması - KDHU Posterinin Asılması ve Klinik Ziyaret
10.12.2015	Mentorlarla KDHU ile ilgili Toplantı ve Klinik Ziyaret
11.12.2015	Mentorlarla KDHU ile ilgili Toplantı ve Klinik Ziyaret
17.12.2015	Mentorlara ve Hemşire Grubuna Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri Konusunun Anlatılması
18.12.2015	Mentorlara ve Hemşire Grubuna Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri Konusunun Anlatılması – Düşme Önleme Girişimleri Posterinin Asılması ve Klinik Ziyaret

24.12.2015	Mentorlarla Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri ile ilgili Toplantı ve Klinik Ziyaret
25.12.2015	Mentorlarla Hasta Düşmeleri ve Önleme Girişimleri ile ilgili Toplantı ve Klinik Ziyaret
07.01.2016	Mentorlarla Geribildirim Toplantısı
08.01.2016	Hemşireler ve Yönetici Hemşirelerle Geribildirim Toplantısı
14.01.2016	Sonuçların Paylaşılması

Eğitimi Düzenleyenler

Eğitimler, “Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi” isimli doktora projesi yürütücüsü Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER ve Araş. Gör. Yasemin AYHAN tarafından düzenlenecektir.

Ek 6.



Bireysel Sorumluluklarımız

- ✓ Uygulamalarla ilgili soru sorma
- ✓ Değerlendirme becerileri kazanma
- ✓ Bilgiye ulaşmayı öğrenme
- ✓ İşbirliği yapma
- ✓ Rol modeli alma/olma



KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Yasemin Ayhan

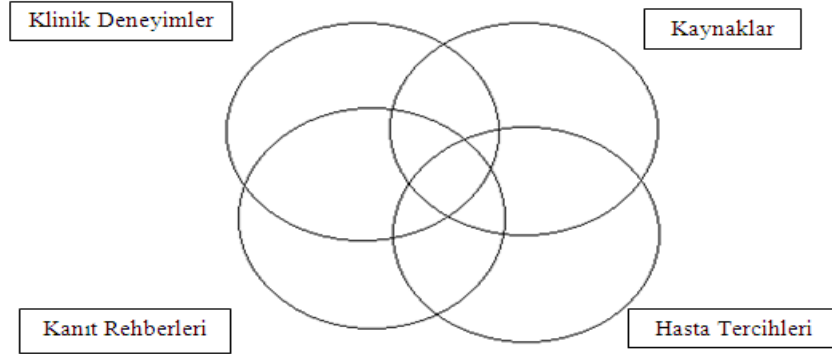
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

ya.ayhan@gmail.com

0232 412 47 91



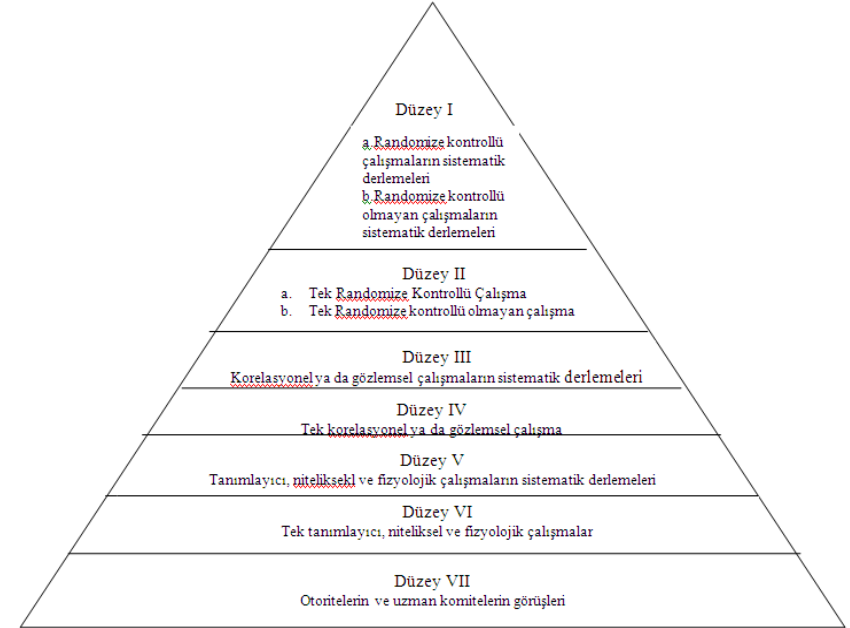
Kanıt dayalı hemşirelik (KDH), kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları sürecidir.



Kanıt Kaynakları

- ✓ Evidence-Based Journals
 - ❖ Evidence-Based Nursing- 1998
 - ❖ Evidence-Based Mental Health
- ✓ Systematic reviews
 - ❖ Cochrane Collaboration (www.cochrane.org)
- ✓ Centres for Evidence-Based Nursing
 - ❖ Joanna Briggs Institute (www.joannabriggs.edu.au)
- ✓ Evidence-based practice guidelines
 - ❖ National Guidelines clearinghouse (www.guidelines.gov)

Kanıt Düzeyleri



Kanıt Dayalı Hemşirelik Uygulama Engelleri

- Engel 1: Bir sorun olduğunu kabul etmeme
- Engel 2: Kanıt ulaşamama
- Engel 3: Kanıt ulaşma ama kullanım güçlüğü
- Engel 4: Yeni bilgilerin hızla artması



Ek 7.

HEMŞİRE TANITICI BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız:.....

Yaşınız:.....

Cinsiyetiniz:.....

Çalışma Durumu:

a) Sorumlu Hemşire

b) Klinik Hemşiresi



Ek 8.

Kanıtı Dayalı Hasta Düşme Önleme Uygulamaları Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

- Kanıtı dayalı düşme önleme girişimlerinin (eğitim, broşür, poster, sosyal medya) hasta düşmelerini önlemedeki etkisi konusundaki görüşleriniz nelerdir?
 - ✓ Kanıtı Dayalı düşme önleme girişimlerinden en çok yararlandığınız yöntem konusundaki görüşleriniz nelerdir?
 - Neden en etkili yöntemin bu olduğunu düşünüyorsunuz?
 - ✓ Önleme girişimlerini uygulamak için karşılaştığınız engeller var mı/neler?
 - Bu engelleri ortadan kaldırmak için sizce neler yapılmalı?
 - Hasta düşmelerini önlemek için kanıtı dayalı öneriler olmasına karşın kullanılamamasına ilişkin düşünceleriniz nelerdir?
 - ✓ Siz bu hastanenin yöneticisi olsaydınız hasta düşmelerini önlemek için kanıtı dayalı stratejileri nasıl hayata geçirirdiniz?
 - ✓ Hasta düşmelerinin önlenbilmesi için başka neler yapılabilir?
 - Ortam
 - Hastaya yönelik
 - Çalışanlara yönelik
 - Eğitim

Ek 9. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Uygulama Modeli İzin Yazısı

APPLICATION FOR STUDENT USE OF THE ARCC (ADVANCING RESEARCH & CLINICAL PRACTICE THROUGH CLOSE COLLABORATION) MODEL IN AN ACADEMIC PROJECT/STUDY	
NAME: PhD Candidate Merve AYHAN - Supervisor Şeyda SEREN İNTERPIER	
Degree Sought: MSc, Research Assistant - Associate Professor	
Project/Study start Date: 01.09.2015	Affiliation: Düzce Fıztıl University Faculty of Nursing
Project/Study end Date: 01.09.2017	Email: ya.ayhan@gmail.com - seydaseren@gmail.com
Description of Project Population/Study Sample: All nurses that responsible for patient care and working at a university hospital in the study sample was taken.	
Size of project/study participants:	
1 - 50	101 - 300
51 - 100	301 - 500
	501 - 1000
	>1000
Purpose of student project/study: The Effects of Implementation Evidence-Based Fall Prevention Strategies to the Attitudes Towards Evidence-Based Nursing and Patient Fall Rates	
Please explain how the ARCC model will guide your project/study: In the first phase, the nurses personal and work characteristics will be examined by researchers. Falling rates will be obtained from The Hospital Quality Unit the hospital system each month. In the later phase, evidence-based fall prevention strategies will be developed and will be implemented by researchers. For implementation of evidence-based fall prevention interventions the Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration (ARCC) model will be used. The members of project will be chose voluntarily from nurses that have completed their master degree. Mentors will help nurses interventions these patient fall risk assessment, patient mobilization, ensuring the use of medication, patient rooms regulation, toilet and bathroom use regulation, patient condition monitoring and auxiliary instruments (cane, walker, etc.). On the implementation of these strategies will be made in accordance with the principles of adult education. After strategies implemented, patient falls will be evaluated. 'Falling Patient Assessment Form' After training of nurses in the use of evidence-based fall prevention strategies status, attitudes towards evidence-based nursing and patient fall rates, re-dispersed forms will be collected by hand from the collection and automation systems.	
By signing below, I agree to share either the final paper, submitted manuscript or publication citation of my project using the ARCC model by sending to ARCCtr2006@gmail.com	
Date: 19.12.2014	Signature: 
Print Name with credentials: 	
Please complete and email form to: ARCCtr2006@gmail.com	



Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration
The Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration Model

Ek 10. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 23592379/772.02
Konu : Yasemin AYHAN'ın Araştırma
İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Öğrencisi Yasemin AYHAN'ın "Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi" isimli tez çalışmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Eşref OKUNAKOL
Tıbbi Hizmetler Başkanı V.

DAĞITIM:

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ek 11. Etik Kurul Onayları

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Kararlık,
Sayı: 517

11.07.2014

Sayın Doç.Dr.Şeyda SerenİNTEPELER,

Kurulumuz tarafından 10.07.2014 tarih ve 1016-GOA protokol numaralı 2014/24-33 karar numarası ile görüşülen “Kanıtla Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Uygulanmasının Hemşirelerin Kanıtla Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İçerisi 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122354 - 0 232 4122758 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1016-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Uygulanmasının Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKÖL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı Dilekçesi	08.07.2014		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/24-35	Tarih: 10.07.2014
	Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER'in sorumlusu olduğu "Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Uygulanmasının Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 08.07.2014 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma başlığının "Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi" olarak değiştirilmesi ile ilgili belge incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş. Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydın ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☒	H ☐	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER çalışmada sorumlu araştırmacı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- **792**

16.10.2015

Sayın Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER,

Kurulumuz tarafından 15.10.2015 tarih ve 1016-GOA protokol numaralı 2015/23-43 karar numarası ile görüşülen "**Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulanabilirlik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan Yard.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr



ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1016-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı Dilekçesi	01.10.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/23-45	Tarih: 15.10.2015
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELİLER tarafından olduğu "Kanda Dayalı Dışme Ölçme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanda Dayalı Uygulamaları Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşüncelerine Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 01.10.2015 tarihli araştırma dilekçesine ilişkin olarak; - Çalışma merkezinin Biyokimya Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak değiştirilmesi kararının izin belgesi alınması hususunda uygun bulunmuştur. - Kararın izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İç Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Yabancı/Adı/Soyadı	Ünvanlılık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof. Dr. Yılmaz ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Ş. Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	İlaç Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi İlaç Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Nejat SARİOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Lale DİĞİTİ	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Veda ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Sevil ERKŞAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. M. Kadir GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Ayşe Aykan ÖZKÖTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Doç. Dr. Nage KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Doç. Dr. Şeyda Seren İNTEPELİLER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☒ H ☐	*Katılmadı
Doç. Dr. Selin KIZILDAGI	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Serdar ÖZKARDUŞLUK	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	katılmadı
Uzm. Dr. Ahmet Can İLİGÜN	Hukuk	DEÜ Tıp Fakültesi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	katılmadı
Mehmet Tarkan ÖZKILIÇ	Sağlık memuru olmuyorlar	DEÜ Tıp Fakültesi İlaç Mali İhtis	Erkek	E ☐ H ☒	katılmadı

*Doç. Dr. Şeyda Seren İNTEPELİLER çalışmada sorumlu araştırma olduğu için çalışma yürütülürken toplantıya katılmamıştır.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMA YAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

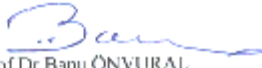
Konu: Karar hk.
Sayı: 1097

05.05.2017

Sayın Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER,

Kurulunuz tarafından 04.05.2017 tarih ve 1016-GOA protokol numaralı 2017/10-29 karar numarası ile
gönderilen "**Kanıt Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Uygulanmasında Hemşirelerin Kanıt Dayalı
Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz
kararı ekte sunulmuştur.

Bilgileriniz ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ÇİŞİMSSEL OLMAVAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Top Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 45
E-POSTA	etikkurul@den.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO	1016-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kansız Diyale Dışarı Ökölme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanser Diyale Uygulamalarına Yönelik Tutumlarına ve Hıms Dışarılarına Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırma Dilekçesi	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/10-29	Tarih: 04.05.2017
	Doç.Dr.Şeyda Sören INTEPELER'in soruşturması olduğu "Kanıt Dayalı Düşünme Ölçme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıt Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşüncelerine Etkisi" isimli klinik araştırmaya an sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen dilekçeye ilişkin;	
	-Kurum izin belgesi ile ilgili bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Geriçinsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İhtiyat Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kararıdır	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Banu
Prof.Dr.Ş. Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	İtali Sağlık	DEÜ Tıp Fakültesi İtali Sağlık A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Reyhan
Prof.Dr.Neşe SARIKOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Seving ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTEK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Ayşe
Prof.Dr.Miğir KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Miğir
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Sevda
Prof.Dr.Sakir SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Bülge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Bülge
Prof.Dr.Sefta KIZILUNG	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Sefta
Doç.Dr.M. Aylin AKICI	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Aylin
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımcı
Doç.Dr.Murat BUKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	Murat
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGIN	İdrak	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımcı
Mehmet İlhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	DEÜ Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	Mehmet

Ek 12. Özgeçmiş**YASEMİN AYHAN ÖNCÜ****(14.07.2017)**

TC Kimlik No /Pasaport No:	72337080864
Doğum Yılı:	1987
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 35340 İzmir/Türkiye
Telefon:	0232 412 47 91
Faks:	0232 412 47 98
e-posta:	ya.ayhan@gmail.com yasemin.ayhan@deu.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Hemşirelikte Yönetim	Yüksek Lisans	2013
Türkiye	Gaziantep Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2009

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/ Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşirelik Fakültesi	Öğretim Yardımcısı	2010-
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Türkiye	Burdur	Sağlık Yüksekokulu	Öğretim Yardımcısı	2009-2010
Gaziantep Üniversitesi	Türkiye	Gaziantep	Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Hemşire	2009-2009

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Hemşirelikte Yönetim

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son bir yılda uluslararası indekslere kayıtlı makale/derleme için yapılan danışmanlık sayısı		-	
Son bir yılda projeler için yapılan danışmanlık sayısı		-	
Yayınlara alınan toplam atıf sayısı		-	
Danışmanlık yapılan öğrenci sayısı		Tamamlanan	Devam Eden
	Yükseklisans	-	-
	Doktora	-	-
	Uzmanlık	-	-
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk /üyelik vb)		• Hemşirelik Eğitim Derneği Yönetim Kurulu Üyeliği	

ÖDÜLLER

Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
"Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Değerlendirilmesi: Kalitatif Çalışma" Sözel Bildiri İkincilik Ödülü	Yönetici Hemşireler Derneği (YÖHED)	2016
"Kanıtı Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Değerlendirilmesi: Kalitatif Çalışma" Sözel Bildiri İkincilik Ödülü	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Yüksekokul Mezunları Derneği Prof. Dr. Perihan Velioğlu Hemşirelik Fonu	2016

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Ünal A, Seren İntepeler S, **Ayhan Öncü Y.** The Views of Nursing Doctoral Candidates' about Career Planning and Research Priorities (Değerlendirme aşamasında).

Ayhan Öncü Y, Seren İntepeler S. Evaluation of Effectiveness Evidence-Based Fall Prevention Strategies: A Qualitative View (Değerlendirme aşamasında).

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. “Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2015; 17(2-3): 21-35.

Ayhan Y, Seren İntepeler Ş. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli: Kanıt Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Kullanımı. DEUHFED 2015,8 (3), 195-202.

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Kanıt Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Kalitatif Çalışma, 2. Ulusal Hemşirelikte Yönetim Kongresi, Uluslararası Katılımlı, 2016.

Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Yönetim Dersi Geribildirimlerinin Değerlendirilmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, Uluslararası Katılımlı, 2015.

A System to Analyze Patient Falls: Concept Map. 6th International Nursing Management Conference, 2014

Examination of Nursing and Medical Schools Student's Medical Errors Attitudes, 6th International Nursing Management Conference, 2014.

Examination of Doctoral Students' Career Adapt-Abilities, 9th ORPHEUS Conference, 2014.

Nursing Doctoral Education Program: An Example of Sharing Responsibilities. 9th ORPHEUS Conference, 2014.

The Bridge Between PhD Students and Real Life: The Importance of Supervisor in Career Planning, 9th ORPHEUS Conference, 2014.

The Effect of Nursing Doctorate Education upon Career Planning and Research Priorities, 9th ORPHEUS Conference, 2014.

Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, I. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelikte Yönetim Sempozyumu, 2013.

Hemşirelikte Yönetim Alanında Yapılan Araştırmaların İncelenmesi. 5 th International Nursing Managemet Conference, 2011.

PROJE DENEYİMİ

Proje Adı	Kurum	Bütçe	Tarih	Görev	Proje Türü
KANITA DAYALI DÜŞME ÖNLEME STRATEJİLERİNİN HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUMLARINA VE HASTA DÜŞMELERİNE ETKİSİ	Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	9985,00 TL	15.08.2014 15.08.2016	Araştırmacı	Ulusal