

**T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**CERRAHİ SERVİSLERDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI  
HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARININ  
İNCELENMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**SEDEF ŞERMENT**

**İSTANBUL, 2019**



**T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**CERRAHİ SERVİSLERDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI  
HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARININ  
İNCELENMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**SEDEF ŞERMENT**

**Tez Danışmanı: PROF. DR. FATMA ETİ ASLAN**

**İSTANBUL, 2019**

T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Cerrahi Servislerde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi  
Öğrencinin Adı Soyadı: Sedef ŞERMENT  
Tez Savunma Tarihi: 09.01.2020

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

  
Doç. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN  
Enstitü Müdürü  
İmza

Bu Tez taratımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Üye  
Prof. Dr. Meryem Van GİERSBERGEN

Üye  
Dr. Öğr. Üyesi Hayat YALIN

İmzalar



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde bana katkı sağlayan, tezim boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen, gerçekçi bakışıyla model aldığım, değerli tez danışmanım, Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a,

Araştırmamda katkısını, destek ve yardımını her an gördüğüm değerli hocam, Prof. Dr. Meryem Yavuz van Giersbergen'e,

Araştırmaya katılan tüm gönüllü hemşirelere, çalıştığım hastanedeki hemşire arkadaşlarıma ve Sorumlu hemşirem Gülay Dağlı'ya,

Çok sevdiğim, her zaman yanımda olduklarını bildiğim beni her zaman sonsuz destekleyen arkadaşlarım Gülşah Keskin, Gizem Şimşek, Neslişah Uslu, Aslı Sezgen, Burcu Medine Ak, Yeşim Yüksel'e,

Ayrıca bu süreçte hep yanımda olan, en stresli olduğum zamanlarda bana motivasyon, öğrenme isteği ve mutluluk aşıl原因an canım anneme ve canım babama, teyzelerime ve kuzenim Cemre'ye,

Sonsuz teşekkür ederim.

İstanbul Aralık, 2019

SEDEF ŞERMENT

## ÖZET

### CERRAHİ SERVİSLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Sedef Şerment

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan

Aralık 2019, 44

**Amaç:** Bu çalışma Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın evrenini 01.04-01.11.2019 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin cerrahi birimlerinde aktif olarak çalışmakta olan 120 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılmaya istekli 89 hemşire araştırmanın örneklemine oluşturmuştur. Araştırmada veriler, hemşire tanıtıcı anket formu ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ile toplanıldı.

**Bulgular:** Araştırma kapsamında olan 89 hemşire ile çalışmaya devam edildi. Çalışma kapsamındaki hemşirelerin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında zaman 16'sı erkek, 73'ü kadın, yaş özelliklerine bakıldığında zaman yüzde 18,89'u 25 yaş ve altı, yüzde 55,56'sı 26-31 yaş arası, yüzde 25,56'sı 31 yaş ve üzeri olduğu saptandı. Hemşirelerin yüzde 66,67'sinin lisans mezunu olduğu, yüzde 68,89'unun Kanıta Dayalı Uygulama (KDU)' lar hakkında bilgi sahibi olduğu, yüzde 91,76'sının KDU' lar hakkında mesleki kitaplardan yararlandığı, yüzde 77,53'ünün Kanıta Dayalı Hemşirelik (KDH) konusunda bilgi sahibi olduğu bulundu. Cerrahi hemşirelerin eğitim durumları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler, Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ( $p < 0.05$ ) Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum algılarının ortalamasının üzerinde ( $61.99 \pm 10.07$ ) olduğu saptandı.

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda hemşirelerin KDU' lar ile ilgili bilgilerinin güncellenmesi amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve bilgilere ulaşmada bilimsel dergilerin kullanımı önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanıta Dayalı Uygulama, Kanıta Dayalı Hemşirelik, Cerrahi Hemşireleri

## ABSTRACT

### ANALYSIS OF EVIDENCE-BASED NURSING ATTITUDES OF NURSES IN SURGICAL SERVICES

Sedef Şerment

Thesis Supervisor: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan

December 2019, 44

**Aim:** This study was conducted to investigate the attitudes of nurses working in surgical services towards evidence-based nursing.

**Materials and Methods:** The universe of this descriptive study consisted of 120 nurses who were actively working in the surgical units of Akdeniz University Hospital between 01.04-01.11.2019. The sample selection was not made and all nurses working in surgical units were included in the study. The sample consisted of 89 nurses who agreed to participate in the study. In the study, the data were collected by using the nursing descriptive questionnaire and the attitude scale towards evidence-based nursing.

**Results:** 89 nurses were included in the study. When the gender distributions of the nurses in the study were examined, 16 were male and 73 were female. He was 31 years or older. 66.67 percent of the nurses had undergraduate degree, 68.89 percent had knowledge about Evidence-Based Practice (STE), 91.76 percent benefited from professional books about KDU and 77.53 percent Evidence-Based Nursing (CVD). A statistically significant difference was found between the educational status of surgical nurses and the beliefs and expectations of Evidence-Based Nursing, the Intention to Practice Based on Evidence and the Attitude Scale for Attitude towards Nursing Based on Evidence-Based Nursing. ( $p < 0.05$ ) Nurses' Perceptions of Evidence Based Nursing were above average ( $61.99 \pm 10.07$ ).

**Conclusion:** In line with the results of this study, it is recommended to organize in-service training programs and to use scientific journals in accessing information in order to update nurses' knowledge about STEs.

**Keywords:** Evidence-Based Practice, Evidence-Based Nursing, Surgical Nurses

## İÇİNDEKİLER

TABLOLAR .....	viii
ŞEKİLLER .....	ix
KISALTMALAR .....	x
1. GİRİŞ .....	1
1.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU .....	1
1.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ .....	4
1.3 ARAŞTIRMANIN AMACI .....	4
1.4 SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILABİLECEK GÜÇLÜKLER.....	5
1.4.2 Sınırlılıklar.....	5
1.4.2 Karşılaşılan Güçlükler.....	5
1.5 TANIMLAR.....	5
1.6 HİPOTEZLER.....	5
2. LİTERATÜR BİLGİSİ.....	7
2.1 KANIT .....	7
2.2 KANIT DÜZEYLERİ .....	8
2.3 KANITI UYGULAMA KAYNAKLARI.....	12
2.4 KANITA DAYALI UYGULAMA VE TARİHSEL GELİŞİMİ.....	13
2.4.1.Kanıtı Dayalı Uygulamanın Önemi.....	15
2.4.2 Kanıtı Dayalı Uygulamanın Önündeki Engeller.....	16
2.5 KANITA DAYALI HEMŞİRELİK.....	18
2.6 ÜLKEMİZDE HEMŞİRELİKTE KANITA DAYALI UYGULAMALARA İLİŞKİN ÇALIŞMALAR .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	21
3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	21
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	21
3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	21
3.4 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	21
3.5 ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ .....	21
3.6 ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER.....	21



<b>3.7 ARAŞTIRMADA VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME</b>	
<b>TEKNİKLERİ .....</b>	<b>22</b>
<b>3.8 ETİK AÇIKLAMALAR.....</b>	<b>23</b>
<b>3.9 VERİ TOPLAMA SÜRESİ .....</b>	<b>23</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>44</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>49</b>
<b>EK A.1: Hemşire Tanıtım Formu .....</b>	<b>50</b>
<b>EK A.2: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği.....</b>	<b>52</b>
<b>EK A.3: Bilgilendirilmiş Onam Formu .....</b>	<b>53</b>
<b>EK A.4: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği İzin Yazısı.....</b>	<b>54</b>
<b>EK A.5: Kurum İzin Yazıları.....</b>	<b>55</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>58</b>

## TABLÖLAR

Tablo 2.1: Hemşirelikte yaygın olarak kullanılan kanıt hiyerarşisi I.....	8
Tablo 2.2: Joanna Briggs Enstitüsü KDH ve Ebelik Merkezi'nin çalışmaları doğrultusundaki geçerli kanıt düzeyleri .....	9
Tablo 2.3: Hemşirelikte yaygın olarak kullanılan kanıt hiyerarşisi II (SIGN kanıt hiyerarşisi) .....	10
Tablo 2.4: Hemşirelikte yaygın olarak kullanılan kanıt hiyerarşisi (Melnik & Fineout-Overholt 2005, 2015) .....	10
Tablo 2.5.: Hemşirelikte yeni kullanılmaya başlanılan kanıt hiyerarşisi .....	11
Tablo 2.6: Johns Hopkins kanıt hiyerarşisi .....	11
Tablo 2.7: Araştırma tiplerinin geçerliliği ve güvenilirliği boyutuyla kanıt hiyerarşisi .	12
Tablo 4.1: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı...25	
Tablo 4.2: Hemşirelerin almış oldukları bilgilerin kaynaklarına göre dağılımı.....27	
Tablo 4.3: Hemşirelerin uygulamalarında yararlandıkları bilgi kaynaklarının dağılımı.....	28
Tablo 4.4: Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgileri ve yararlandıkları kaynakların dağılımı.....	30
Tablo 4.5: Hemşirelerin servislerinde kanıta dayalı uygulamaların kullanımı, kanıta dayalı hemşirelik konusunda yararlandıkları kaynakların dağılımı.....	32
Tablo 4.6: KDHYTÖ ve alt boyutlarının ortama, standart sapma ve çarpıklık değerlerinin dağılımı .....	33
Tablo 4.7: Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı .....	35
Tablo 4.8: KDHYTÖ ve alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayılarının dağılımı .....	37
Tablo 4.9: KDHYTÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı .....	38

## ŞEKİLLER

Şekil 2.1: Kanıt piramidi/kanıt hiyerarşisi .....	13
Şekil 2.2: Kanıta dayalı uygulamanın üç önemli komponenti.....	14
Şekil 3.1: Araştırmanın Gantt Şeması.....	24
Şekil 4.1: Hemşirelerin uygulamalarında yararlandıkları kaynakların grafiği.....	29
Şekil 4.2: Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgileri ve aldıkları kaynakların grafiği.....	30
Şekil 4.3: Kanıta dayalı hemşirelik konusunda yararlandıkları kaynakların grafiği.....	32
Şekil 4.4: KDHYTÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ait serpilme matris grafiği.....	39

## KISALTMALAR

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
ICN	: International Council of Nursing
KDH	: Kanıta Dayalı Hemşirelik
KDHU	: Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulaması
KDHYTÖ	: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği
KDT	: Kanıta Dayalı Tıp
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
KUK	: Klinik Uygulama Kılavuzu
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
TYUYÇ	: Türkiye Yükseköğretim Ulusal Yeterlikler Çerçevesi

# 1. GİRİŞ

## 1.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU

Günümüzde sağlık bakım gereksinimlerinin artması, toplumun sağlık bakım tercihlerinin değişmesi, bilginin yönetilmesi ve maliyet, kanıta dayalı uygulamaları zorunlu hale getirmiştir. Kanıta dayalı uygulamaların kökleri, yöntem itibari ile eskilere dayanmış olup uygulama kısmının kavramlaşması henüz yakın sayılabilecek bir tarihtedir (Çopur ve diğ. 2015, ss. 51-55).

1970'li yıllarda Epidemiyolog Dr. Archie Cochrane tarafından kanıta dayalı uygulamalar başlamıştır. Sağlık bakım sistemlerinde alınan kararların kanıta dayalı olması gerekliliğini belirtmiştir. Bu görüş ile birlikte kanıta dayalı uygulamalar tıp alanında uygulanmaya başlanmış ve kanıta dayalı tıp (KDT) kavramı ortaya çıkmıştır. KDT uygulamalarının gelişimi ile birlikte hemşirelik de bu gelişimden etkilenmiş ve kanıta dayalı hemşirelik (KDH) kavramı ortaya çıkmıştır (Yılmaz 2005, s. 41).

KDT, araştırmalarla elde edilen en iyi kanıtların klinik deneyimlerle entegre edilmesidir. Kanıta dayalı uygulama (KDU)'ların amacı, mevcut kaynaklarla hastalara etkili sağlık hizmeti sağlamaktır. Elde edilebilir bilgiyi kullanmamızın yanı sıra aklımız, deneyimimiz ve yargımızla birlikte hastalar için en iyi sağlık hizmetini sunabilmektir. Araştırma tabanlı, bilgiyi yönetebilmek, profesyonel uygulamaların geliştirilmesi, klinik kararlar ve problemlerin çözümü, bakım yönetimi için KDU kullanılmaktadır. KDU farklı şekillerde kullanılmaktadır. Sackett ve arkadaşları beş basamaktan oluşan bir süreç olduğunu belirlemişlerdir. Bu süreç (Yurtsever ve Altıok 2006, s. 162);

- a. Klinikteki soruların yanıtlanması; en iyi kanıt bu sorulara yanıt vermeye odaklanır.
- b. En önemli kanıtı belirlemek- bu kanıta inanılabilir mi?
- c. Kanıtın gerçek anlamı nedir
- d. Kanıtı klinik probleme uygulamak
- e. Uygulamalara etkisini değerlendirmek.

KDH, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hastaların tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar alma süreçleri olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik uygulamaların kanıta dayalı olması bakım kalitesini iyileştirip, hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek, hemşire ve hasta memnuniyeti açısından gerekmektedir.

Hemşirelerin kararlarının çoğu hasta sonuçları için çok önemlidir. Bununla birlikte sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında karar vermekte aktif role sahiptirler. KDU'lar hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi açısından gerekmektedir (Çopur ve diğ. 2015, Yurtsever ve Altıok 2006, Yılmaz 2005).

Son on yıldır KDU, KDT ve KDH konuları literatürde hızla artmaktadır. Konu ile ilgili kitaplar yayınlanmakta, kongreler düzenlenmekte ve KDH merkezleri açılmaktadır (Kocaman 2013, s. 61).

Genellikle geleneksel yöntemlere dayalı uygulamaların gerçekleştiği hemşirelik mesleğinde, eğitim düzeyinin artması, mesleğin teorik boyutunda değişimler yaşanmasından dolayı uygulamaların kanıt temelli olması gereksinimi artmaya başlamıştır. Hastaların sağlık bakım tercihleri, kaliteli bakım alma isteği, hatalı uygulama kaygısı ve tıbbi hata oranlarında artış olması KDU yaklaşımlarının sağlık ve hemşirelik literatüründe son yıllarda hızla artmasına neden olmuştur (Güneş 2017, s. 171).

Hemşirelikte son yıllarda kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili literatürde artış olmasına karşın bu konuyu tartışan hemşire araştırmacılar günümüzde hala yapılan uygulamaların deneyimler, sezgiler, geleneksel yaklaşımlara dayalı olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama boyutu hakkında birkaç örnek verebiliriz. İntramüsküler ve subkutan enjeksiyon öncesi aspirasyon hemşirelik eğitimi müfredatlarında temel adımlardan biri olduğu vurgulanmasına karşın son yıllarda aspirasyonun gerekli olup olmadığına dair fikir birliği bulunmamıştır. Literatürde, aspirasyonun yararlı olabilmesi için enjektörün pistonunun en az 5-10 saniye süreyle geri çekilmesi vurgulanmaktadır. Klinik uygulamalarda gerçek anlamda aspirasyonu uygulayanların sayısının az olduğu görülmüş, buradan yola çıkarak yapılan sistematik derlemeler incelendiği zaman dorsogluteal bölgeye yapılan enjeksiyonlar dışında tüm intramüsküler ve subkutan enjeksiyonlar için gereksiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kanıt düzeyi: 1). Enjeksiyon öncesi cilt temizliği için yapılan çalışmalarda hastanın kendi floradaki mikroorganizmaları temizlemenin enfeksiyon riskini azaltmada yararlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nde intradermal, subkutan ve intramüsküler enjeksiyon öncesi cilt temizliği yapılmasını önermemektedir (Kanıt düzeyi: 2). Basınç yaralarını önlemede kullanılan Braden, Waterlow ve Ramstadius risk değerlendirme araçlarının etkinlikleri incelenmiş. Yapılan sistematik derlemeler sonucunda her üç risk değerlendirme aracının basınç yarası riskini belirlemede

anlamli farkının olmadığı görülmüş (Kanıt düzeyi 3). Basınç yaralarının önlenmesinde yapılan sistematik incelemelerde basınç yarası insidansını azaltmada yüksek özelliklere sahip köpük şiltelerin, standart hastane şiltelerine göre daha etkili olduğu (Kanıt düzeyi: 1), yüksek özellikli köpük şilteler arasında etkinlik bakımından açık bir fark bulunmadığı (Kanıt düzeyi: 1) belirtilmiştir. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik rehberler incelendiğinde steril teknik ve temiz teknik arasında üriner sistem enfeksiyonu gelişimi açısından anlamlı fark bulunmamış. Kronik aralıklı kateterizasyon gerektiren hastalarda temiz teknik daha pratik ve kabul edilebilir bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmış (Kanıt düzeyi: 1). Üriner kateterizasyonda farklı kateter yönetim tekniklerinin getirdiği risk ve yararlar için bu rehberler incelenmiş. Kalıcı kateterlerin ve direnaj torbalarının rutin aralıklarla değiştirilmesinin önerilmediği (Kanıt düzeyi: 2) enfeksiyon, tıkanma veya kapalı sistem bozulduğunda değiştirilmesi gerektiği (Kanıt düzeyi: 2) ve kateterizasyonun sonlandırılmasından önce kateterin belirli bir süre klemplenmesinin gerekli olmadığı sonucuna ulaşılmış (Kanıt düzeyi: 2) (Güneş 2017, ss. 175-185). Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek cerrahi klinik ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir. Cerrahi alan enfeksiyonlarından korunmak için risk faktörlerini bilmek, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında kanıta dayalı doğru önlemleri almak gerekmektedir. Elektif ameliyatlardan önce enfeksiyon belirlenmeli ve tedavi olana kadar ameliyat ertelenmelidir (Kanıt düzeyi: 1). Yine elektif ameliyatlarda en az 30 gün önce sigara bırakılmalı, diyabetik hastalar için hipoglisemi ve hiperglisemiden kaçınılmalıdır (Kanıt düzeyi: 1). Diyabetik hastalarda hedef kan glikoz düzeyi 200 mg/dl olmalıdır (Kanıt düzeyi: 1). Hastalar ameliyat öncesi dönemde antiseptik ajanlar ile banyo yaptırılmalıdır (Kanıt düzeyi: 1) (Kalkan ve Karadağ 2017, s. 289).

Günümüzde hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, hasta güvenliği, bakım kalitesi ve memnuniyetin artırılmasında kanıta dayalı girişimlerin önemi giderek artmıştır. Hemşireler güncel bilgileri kullanıp, güncel rehberleri takip ederek, kanıtları kullanarak doğru kararlar almalıdırlar (Aktaş ve diğ. 2018, Kalkan ve Karadağ 2017).

## 1.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hemşirelik mesleği geçmiş yıllarda “*Düşünen bir meslek olmaktan çok yerine getiren bir meslek*” olarak görülmüş ve hemşirelerden verilen işi yerine getirmeleri beklenmiştir. Yakın zamana kadar psikomotor becerilerinin gelişimine odaklanan hemşirelik eğitimi, bilgi üretiminin yetersiz olması nedeniyle klinik uygulamalarda kişisel deneyimler, alışkanlıklar ve sezgiler üzerine yoğunlaştırılmıştır. Bunun sonucunda eğitimde iş merkezli yaklaşımı ve baskılayıcı modelleri geliştirmiştir. Günümüzde hemşirelik eğitimi, bilimsel sürece ve hemşireliğin bilimselleşmesine, temel değerler doğrultusunda eğitilmiş bireylere ve nitelikli meslek üyelerinin yetişmesine yönelmiştir. Bu durum hemşirelik bakımının eleştirel ve etik düşünce yoluyla yaklaşımına, sınırlayıcı yöntemlerin bırakılması, uygulamaların araştırma ve kanıtlara dayandırılmasını zorunlu kılmaktadır (Şenyuva 2016, ss. 59-65)

Kanıtı dayalı hemşirelik uygulaması, hasta bakımıyla ilgili mevcut en iyi kanıtları kullanarak sağlık hizmetine sunulmasıdır. Alışılmış, geleneksel hemşirelik bakımların dışında en iyi uygulamalar için kanıtların kullanılması gerekmektedir. Kanıtı dayalı hemşirelik uygulama sürecinde önemli kanıtlar belirlenerek en iyi uygulama bulguları uygulanır. Sonuçları hasta ve hemşire tarafından değerlendirilir. Hemşirelerin klinik eğitim ve deneyimlerini güncel araştırmalarla zenginleştirmelerini sağlar. Mevcut olan birçok araştırma ve bilgi ile kanıtı dayalı uygulama becerilerinin öğrenilmesi, hemşirelerin literatürü klinik durumlarına göre araştırmasını, değerlendirmesini ve uygulamasını sağlar (Melnyk ve diğ. 2012, s. 417)

Literatür taramasında ülkemizde konu ile ilgili hemşirelik çalışmalarının az olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumları değerlendirilmiştir.

Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi bu konuda ülkemizde yapılanlara ışık tutacaktır.

## 1.3 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma; cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.



## 1.4 SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILABİLECEK GÜÇLÜKLER

### 1.4.1 Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılığını, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Göğüs Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak Burun ve Göz Cerrahisi, Organ Nakli, Beyin Cerrahisi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ve Anestezi Reaminasyon Anabilim Dallarında aktif olarak çalışan, 18 yaş ve üzeri hemşirelik programlarından mezun olmuş gönüllü hemşireler oluşturmuştur.

### 1.4.2 Karşılaşılan Güçlükler

Hemşirelerin yoğun iş temposuyla çalışmaları, yetersiz hemşire sayısından ötürü fazla hasta bakmaları nedeniyle anket formunu doldurmak istememeleri, izin dönemlerinde olan hemşirelerin olması araştırma döneminde yaşanan güçlüklerdir.

## 1.5 TANIMLAR

**Kanıt Dayalı Uygulama:** Klinik kararları desteklemek için, en iyi kanıtların kullanılma sürecidir (Burns ve Grove 2010, ss. 4-6, Küçükkaya 2010, s. 128).

**Kanıt Dayalı Hemşirelik:** Bakım ortamlarında, eldeki kaynakların hasta terciherini ve iyi olan kanıtları kullanarak karar alma süreçleridir (Küçükkaya 2010, s. 128).

**Kanıt Dayalı Tıp:** Araştırma sonuçlarını, en iyi kanıtları kullanarak hasta tercihlerini, klinik durumu, hekim deneyimlerinin bir araya getirilerek uygulamaya yansıtılmasıdır (Aslan 2018, s. 1).

## 1.6 HİPOTEZLER

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler,

H<sub>10</sub>: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyleri ile kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark yoktur.

H<sub>11</sub>: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyleri ile kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark vardır.

H<sub>20</sub>: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin bilimsel toplantılara katılmaları ile kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark yoktur.

H<sub>21</sub>: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin bilimsel toplantılara katılmaları ile kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark vardır.

H<sub>30</sub>: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin araştırma yapmaları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark yoktur.

H<sub>31</sub>: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin araştırma yapmaları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı bir fark vardır.



## 2. LİTERATÜR BİLGİSİ

Bu bölümde kanıt, kanıta dayalı uygulama, kanıta dayalı hemşirelik konuları literatüre dayalı olarak ele alındı.

### 2.1 KANIT

Kanıt, özel araştırma bulguları olup, birçok sayıda kelime anlamı vardır (Yurtsever ve Altıok 2006, s. 159). Bir başka tanımı ise doğruluğundan şüphe edilen bir şeyin araştırma sonuçlarıyla doğruluğunu ispatlama ya da çürütmektir (Yılmaz 2005, s. 41). Başka bir tanımda ise kanıt kavramı, sağlık bakım sistemindeki uygulayıcıların ulaşabildiği ve uygulamanın bilimsel verilere dayanmasına denir (Tranmer ve diğ. 1998, s. 3).

Literatürde “kanıt” terimine ilişkin şu ifadeler yer almaktadır (Kara ve Babadağ 2003, s. 96):

- a. Kanıt doğrudur.
- b. Kanıt bilgidir (Sözsüz, uzman görüşü, deneysel bilgi).
- c. Kanıt bir inancı doğrulayan veya çürüten bilgidir.
- d. Kanıt bir araştırma sonucudur.
- e. Kanıt sistematik inceleme ve meta analizlerden elde edilir.

Elde edilen kanıtların var olan sorun ve uygulamalara çözüm getirip, getiremeyeceği yönüyle üç alanda değerlendirilir. Bunlar; etkililik, uygunluk ve uygulama olanaklarıdır (Kocaman 2013, Yılmaz 2005).

**Etkililik:** Kanıta dayalı uygulama girişimi sonuçları ile ilişkilidir. Klinik rehberlerin ve sistematik incelemelerin geliştirilmesi için önemlidir. Etkililiği yansıtan en iyi kanıtın Randomize Kontrollü Çalışmalarla (RKÇ) elde edilebileceği görüşü hâkimdir (Kocaman 2013, Yılmaz 2005).

**Uygunluk:** Bakım alacak bireyin kişisel görüşünü yansıtır. Bakımın fizyolojisinden çok psiko-sosyal konular ile ilişkisinden dolayı hastanın deneyimi, önemli sağlık sorunları ve sonuçları hastanın kişisel görüşünü ifade eder (Kocaman 2013, Yılmaz 2005).

**Uygulama Olanakları:** Girişimin uygulanabilmesi için gerekli kaynakların var olup, olmaması çok önemlidir. Gerekli kaynaklar, sağlık profesyonelleri için kullanım durumu, nasıl uygulanacağını ve maliyeti kapsar (Kocaman 2013, Yılmaz 2005).

Araştırma sonuçlarından elde edilen kanıt üç alanda değerlendirildikten sonra geçerlilik ve güvenilirliği için en iyi olandan yetersiz olana doğru sıralanmaktadır. Güvenilir bir kanıtın üç önemli özelliği vardır. Bunlar (Kocaman 2013, Yılmaz 2005);

- a. Elde edilen veri, oy çokluğu ile kararlaştırılmış olmalıdır.
- b. Elde edilen kanıt, herkes için anlaşılır olmalıdır.
- c. Elde edilen kanıt, herkesin yararlanabileceği şekilde genel ve açık olmalıdır.

## 2.2 KANIT DÜZEYLERİ

Araştırmalardan elde edilen kanıtların, hemşirelik bakımına dayandırılması ve yüksek kanıt düzeyli araştırmalardan yararlanılması kaçınılmazdır. Günümüzde hemşirelikle ilgili en iyi kanıtın niceliksel veya niteliksel olarak hangisinin sağladığına yönelik tartışmalar sürmekte olup kanıt piramidine yönelik çalışmalar ortaya konulmuştur (Karagözoğlu 2017, s. 24).

Bu çalışmaların başında Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'nin kanıt derecelerine göre Stetler ve diğ. tarafından tanımlanan kanıt hiyerarşisi gelmektedir (Tablo 2.1). KDH uygulaması ile ilgilenen ilk hemşire olup, konuyla ilgili model geliştirmiştir. Geliştirilen bu kanıt hiyerarşisi hemşirelik araştırmaları ile uyumludur. Stetler ve arkadaşları tarafından oluşturulan bu kanıt şemasında kanıt kaynakları I ile VI arasında numaralandırılmış, kanıt düzeyleri A ve D arasında harflendirilmiştir. A, en iyi kanıtı ifade ederken D ise yetersiz kanıt olduğunu, sorgulanması gereken çalışmaları ifade eder (Karagözoğlu 2017, s. 25).

**Tablo 2.1: Hemşirelikte yaygın olarak kullanılan kanıt hiyerarşisi I**

Düzye-Kalite	Kanıt Kaynağı
I (A-D)	Kontrollü çalışmalarla meta-analiz
II (A-D)	Deneyisel çalışma
III (A-D)	Yarı-deneyisel çalışma (Randomize olmayan kontrollü tek grup pre-post desenli çalışma, zaman serileri veya vaka-kontrol çalışması)
IV (A-D)	Deneyisel olmayan çalışma (tanımlayıcı, ilişkisel kalitatif, vaka çalışmaları)
V (A-D)	Sistematik olarak elde edilmiş kalite iyileştirme programı değerlendirme sonuçları veya kalite analizi, vaka raporları
VI (A-D)	Ulusal olarak tanınmış otoritelerin deneyimlerine dayalı görüşleri, uzman komite görüşleri, araştırmaya dayalı olmayan görüşler, resmi görüşler

*Kaynak:* Karagözoğlu, Ş. 2017, Kanıt Düzeyi Yüksek Araştırmaların Hemşirelikte Önemi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı, ss. 24-41.

1996 yılında kurulmuş olan Joanna Briggs Enstitüsü KDH ve Ebelik Merkezi'nin çalışmaları da KDH uygulamalarında çok önemli alana sahip olup sistematik incelemeler yapmaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalar “En iyi Uygulama Raporları” olarak sunulmuşlardır (Tablo 2.2).

**Tablo 2.2: Joanna Briggs Enstitüsü KDH ve Ebelik Merkezi'nin çalışmaları doğrultusundaki geçerli kanıt düzeyleri**

<b>Düzyey 1</b>	<b>Deneysel Tasarımlar</b>
Düzyey 1.a	Randomize Kontrollü Çalışmalar (RKÇ) ile sistematik incelenmesi
Düzyey 1.b	Diğer çalışmalar ve RKÇ'ların sistematik olarak incelenmesi
Düzyey 1.c	RKÇ
Düzyey 1.d	Sözde RKÇ
<b>Düzyey 2</b>	<b>Yarı Deneysel Tasarımlar</b>
Düzyey 2.a	Yarı deneysel çalışmaların sistematik olarak incelenmesi
Düzyey 2.b	Yarı deneysel çalışmalar ile diğer alt çalışmaların sistematik olarak incelenmesi
Düzyey 2.c	Yarı deneysel prospektif çalışmalar
Düzyey 2.d	Ön test - son test veya tarihi / geçmişe dönük kontrol grubu çalışması
<b>Düzyey 3</b>	<b>Gözlemsel – Analitik Tasarımlar</b>
Düzyey 3.a	Karşılaştırılabilir kohort çalışmalarının sistematik olarak incelenmesi
Düzyey 3.b	Karşılaştırılabilir kohort ve diğer alt çalışmaların sistematik olarak incelenmesi
Düzyey 3.c	Kontrol grubu ile kohort çalışmaları
Düzyey 3.d	Vaka kontrollü çalışma
Düzyey 3.e	Kontrol grubu olmayan gözlemsel çalışma
<b>Düzyey 4</b>	<b>Gözlemsel – Tanımlayıcı Çalışmalar</b>
Düzyey 4.a	Tanımlayıcı çalışmaların sistematik incelenmesi
Düzyey 4.b	Kesitsel çalışmalar
Düzyey 4.c	Vaka serileri
Düzyey 4.d	Vaka çalışmaları
<b>Düzyey 5</b>	<b>Uzman Görüşü</b>
Düzyey 5.a	Uzman görüşlerinin sistematik incelenmesi
Düzyey 5.b	Uzman görüşleri
Düzyey 5.c	Tek uzman görüşü

*Kaynak:* [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf), Erişim Tarihi: 28.10.2019.

SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network / İskoç Üniversitelerarası Rehber Ağı) (2017)'de hemşirelik araştırmaları için kanıt düzeyleri ve klinik rehberleri olan önemli bir kuruluştur (Tablo 2.3) (Karagözoğlu 2017, s. 25).

**Tablo 2.3: Hemşirelikte yaygın olarak kullanılan kanıt hiyerarşisi II (SIGN kanıt hiyerarşisi)**

Düzyey	Kanıt Kaynağı
1a.	Sistematiik Derleme ve Randomize Kontrol Çalışmalarının Meta-analizi. (A)
1b.	En az bir adet Randomize Kontrollü çalışma (A)
2a.	En az bir adet Randomize olmayan kontrollü çalışma (B)
2b.	İyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalar (B)
3.	İyi planlanmış deneysel olmayan çalışmalar (Kiyaslama, korelasyon, vaka-kontrol, kohort, izlem) (C)
4.	Uzman komite raporları, Saygın otoritelerin görüşleri (D)

*Kaynak:* Karagözoğlu, ř. 2017, Kanıt Düzeyi Yüksek Araştırmaların Hemşirelikte Önemi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı, ss. 24-41.

KDH uygulamalarına kılavuzluk etmek için Melnyk ve Fineout-Overhol (2005, 2011, 2015) tarafından tanımlanmış olan hemşirelikte çok kullanılan kanıt hiyerarşisi yedi düzeylidir (Tablo 2.4) (Karagözoğlu 2017, s. 26).

**Tablo 2.4: Hemşirelikte yaygın olarak kullanılan kanıt hiyerarşisi (Melnyk & Fineout-Overholt 2005, 2015)**

Kanıt Düzeyi	Kanıt Kaynağı
I. Düzey	Randomize Kontrollü Çalışmaları (RKÇ) kapsayan sistematiik derleme ya da meta analiz raporu GOLD STANDART
II. Düzey	İyi tasarlanmış en az bir RKÇ
III. Düzey	Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü deneysel çalışmalar
IV. Düzey	İyi tasarlanmış vaka-kontrol ve kohort çalışmalar
V. Düzey	Tanımlayıcı ve nitel araştırmaları kapsayan sistematiik derlemeler
VI. Düzey	Tanımlayıcı ya da nitel bir çalışma
VII. Düzey	Otoritelerin görüşleri ve/veya uzman komite raporları

*Kaynak:* Karagözoğlu, ř. 2017, Kanıt Düzeyi Yüksek Araştırmaların Hemşirelikte Önemi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı, ss. 24-41.

Tablo 2.4'te yer alan kanıt hiyerarşisini Polit ve Beck revize etmiş olup, daha esnek ve farklı bir kanıt düzeyi hiyerarşisi saptamıştır (Tablo 2.5).

**Tablo 2.5: Hemşirelikte yeni kullanılmaya başlanılan kanıt hiyerarşisi**

Kanıt Düzeyi	Kanıt Kaynağı
I. Düzey	Randomize Kontrollü Çalışmaları (RKÇ) kapsayan sistematik derleme veya RKÇ olmayan sistematik derleme
II. Düzey	Tek RKÇ veya tek RK olmayan çalışma
III. Düzey	Korelasyon ve gözlem çalışmasını kapsayan sistematik derleme
IV. Düzey	Tek korelasyon veya gözlem çalışması
V. Düzey	Tanımlayıcı / nitel / fizyolojik çalışmayı kapsayan sistematik derleme
VI. Düzey	Tek tanımlayıcı / nitel / fizyolojik çalışma
VII. Düzey	Otoritelerin görüşleri veya uzman komite raporları

*Kaynak:* Karagözoğlu, Ş. 2017, Kanıt Düzeyi Yüksek Araştırmaların Hemşirelikte Önemi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı, ss. 24-41.

Diğer taraftan uygulayıcılara klavuzluk edecek nitelikte başka bir kanıt düzeyi belirlenmiştir. Johns Hopkins Modelin’de araştırmaya dayalı kanıtlar için üç düzey (I, II, III) ve araştırma dışı kanıtlar için iki düzey (IV, V) belirlenmiştir (Tablo 2.6) (Karagözoğlu 2017).

**Tablo 2.6: Johns Hopkins kanıt hiyerarşisi**

Kanıt Düzeyi	Araştırma Tasarımı
Düzey I	Deneysel çalışmalar, randomize kontrollü çalışmalar Meta-analizli veya meta-analizsiz, randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelemesi
Düzey II	Yarı deneysel çalışmalar Meta-analizli veya meta-analizsiz, randomize kontrollü çalışma ve yarı deneysel çalışma kombinasyonunun sistematik incelemesi ya da yarı deneysel çalışmaların sistematik incelemesi
Düzey III	Deneysel olmayan çalışmalar Meta-analizli veya meta-analizsiz, randomize kontrollü çalışma, yarı deneysel, deneysel olmayan çalışmaların kombinasyonunun sistematik incelemesi ya da sadece deneysel olmayan çalışmaların sistematik incelemesi Meta-analizli veya meta-analizsiz, kalitatif çalışmalar ya da sistematik incelemeler
Düzey IV	Saygı duyulan otoritelerin ve/veya ulusal tanınmış komite ve konsensusların bilimsel kanıtlar üzerine temellendirilmiş panel kararları - Klinik uygulama rehberleri - Konsensus Panelleri
Düzey V	Deneyimlere bağlı ve araştırmaya dayalı olmayan kanıtlar - Literatür incelemesi - Kalite geliştirme, program veya finansal değerlendirme - Vaka raporları - Ulusal tanınmış uzmanların deneyimlerine bağlı görüşleri

*Kaynak:* Kerman, K. T. ve Bahar, Z. 2019, Stresle Baş Etmede Hemşirelerin Kullandığı Kanıt Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 5(1), ss. 78-83.

Elde edilen kanıt, araştırma tiplerinin geçerlilik ve güvenilirliğini açıklamak amacıyla farklı alanlarda değerlendirilir (Tablo 2.7) (Evans 2003, ss. 77-83).

**Tablo 2.7: Araştırma tiplerinin geçerliliği ve güvenilirliği boyutuyla kanıt hiyerarşisi**

Kanıt Düzeyi	Kanıt Özellikleri
<b>Mükemmel Kanıt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bilimsel araştırmalarla elde edilir.</li><li>- Randomize kontrollü çalışmaları kapsar.</li><li>- Klinik uygulama için güçlü bilimsel bilgi sağlar.</li><li>- Bu kanıt uygulama rehberi oluşturmak ve klinik önerilerde bulunmak için önemlidir.</li></ul>
<b>Adil/İyi Kanıt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Klinik uygulama için sağlam bir temel sağlar ve hata riski düşüktür.</li><li>- Kanıt tek bir çalışmadan elde edilmiş olabilir.</li><li>- Araştırmanın tekrarlanması gerekir.</li></ul>
<b>Orta Kanıt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hata riski değişken olacağından klinik uygulama için güçlü bir kanıt sağlamaz.</li><li>- Bu çalışmalar girişimin başlangıç aşamasının incelemesine ve böylece araştırma önceliklerinin belirlenmesine yardım eder.</li></ul>
<b>Yetersiz Kanıt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ciddi hata riski vardır, klinik uygulama için yetersiz kanıt sağlar.</li></ul>
<b>Oybirliği</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sınırlı bilimsel kanıtlar vardır, kabul edilebilir çalışmaların tüm kriterleri karşılanmaz veya iyi kalitede bir bilimsel çalışma yoktur.</li><li>- Bu seviye uzman görüşlerini de içerir.</li></ul>

*Kaynak:* Karagözoğlu, Ş. Kanıt Düzeyi Yüksek Araştırmaların Hemşirelikte Önemi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı. 2017; 24-41.

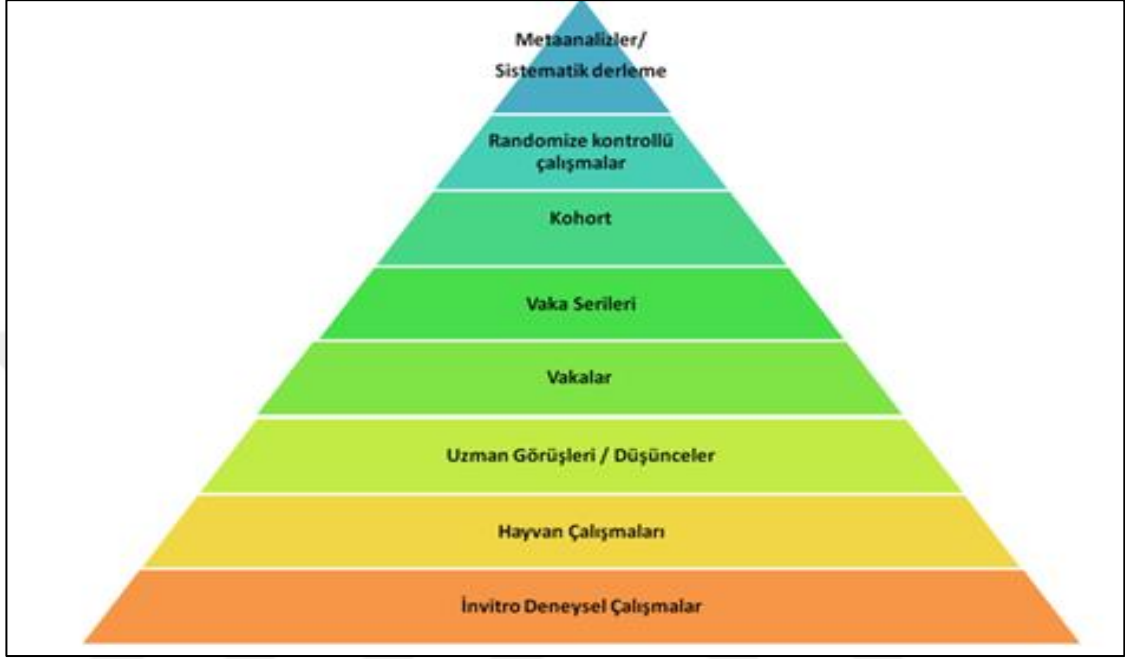
### 2.3 KANITI UYGULAMA KAYNAKLARI

Günümüzde dijital platformlarda sağlık alanıyla başvurulabilecek birçok veri bulunmaktadır. İnternet ortamında denetimi olmayan bu platformlar sağlık ile ilgili bilgileri tehdit eder ve bilgi kirliliğine sebep olur. Bu da sağlık profesyonellerinin uygulamalar için bilgi arayışını zorlar. Bilgi arayışını doğru belirlemek ve kanıt niteliğinde olan bilgilere yönelmek gerekmektedir. Bu nedenle yayınların hiyerarşik sıralamaları ve kanıt düzeyleri önem kazanmaktadır. Bilimsel araştırmalardan elde edilen bulguların değerlendirilmesi ve en iyi kanıtı karar verebilmeyi kolaylaştırmak için kanıt hiyerarşisi kavramı gündeme gelmiştir. Kanıt hiyerarşisi ilk kez 1979'un sonlarında Canadian Task Force tarafından ortaya konulmuş, ardından birçok çalışma yapılmıştır. Kanıt piramidi içerisinde yer alan diğer araştırma yöntemleri de sorun ve uygulamalara çözüm getirmedeki önemi ortaya çıkarmaktadır (Şekil 2.1). Kanıt piramidinde, en iyi kanıtların bilimsel araştırmalardan elde edildiği kabul edilmiştir. Bu bağlamda



hemşirelikte KDU için bilimsel araştırma tiplerinin bilinmesi önemlidir (Karagözoğlu 2017, s. 42).

### Şekil 2.1: Kanıt piramidi/kanıt hiyerarşisi



*Kaynak:* Karagözoğlu, Ş. Kanıt Düzeyi Yüksek Araştırmaların Hemşirelikte Önemi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı. 2017; 24-41.

## 2.4 KANITA DAYALI UYGULAMA VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Kanıt dayalı uygulamaların başlangıcı 1970’li yıllarda Epidemiyolog Dr. Archie Cochrane’a dayanmaktadır. Sağlık bakım sistemindeki alınan kararların kanıt dayalı olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Bununla birlikte ilk olarak tıp uygulamalarında kullanılmaya başlanmış Kanıt Dayalı Tıp (KDT) kavramı oluşmuştur. KDT, çeşitli yetkiler tarafından KDU ya da Kanıt Dayalı Sağlık Uygulamaları (KDSU) olarak kullanılmaya başlanmıştır. Hemşireler de zaman içerisinde KDT uygulamalarının içerisinde yer alıp, zaman içerisinde bu durumdan etkilendikleri için Kanıt Dayalı Hemşirelik (KDH) kavramı literatüre girmiştir. Böylelikle hemşirelerin araştırma sonuçlarını bakıma aktarmaları zorunlu hale gelmiştir (Çopur ve diğ. 2015, Yurtsever ve Altıok 2006).

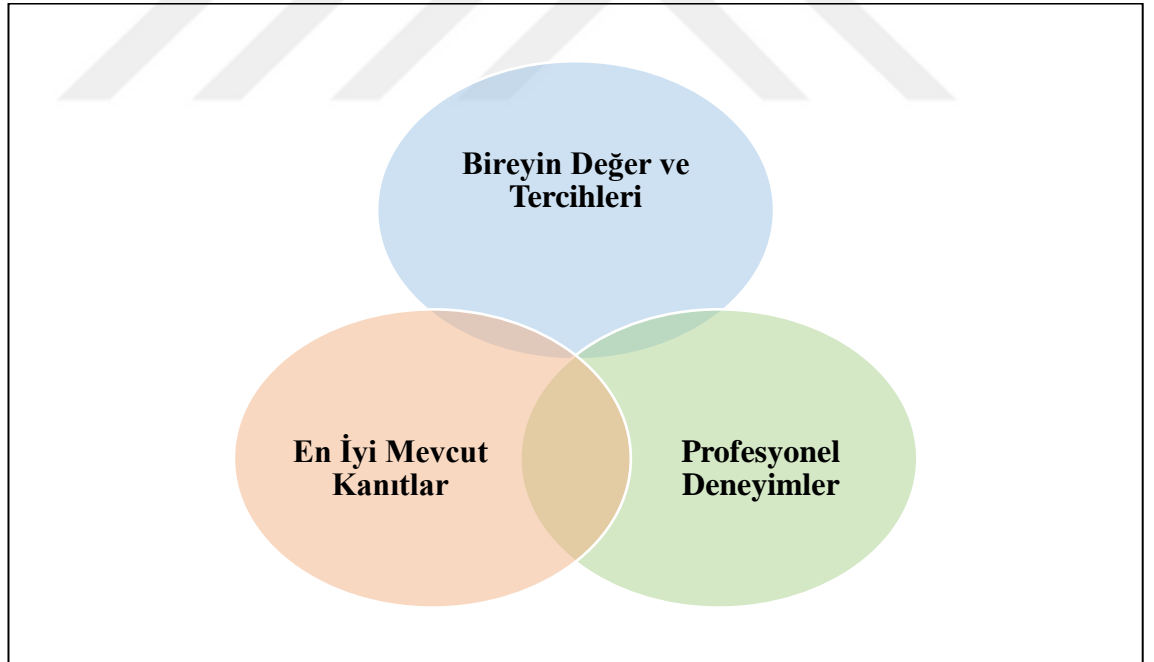
KDU, uygulamadaki açıklığı göstermesi ve sağlık hizmetlerinde kanıt dayalı araçların kullanılarak problemlerin çözülmesi için geleneksel yöntemlerden ayrılır (Çopur ve diğ.

2015, s. 51). Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıklar artmış ve bunun sonucunda yüksek maliyetli ilaçlar ve tedavi yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. Kaynakların uygun kullanılıp, nitelikli bakım sunulması için en uygun yaklaşım KDU'dur. Yapılan tıbbi hatalar, hastaların bilgi ihtiyacının artması, sağlık profesyonellerine olan güvenin azalmasından dolayı KDU'nın önemi artmıştır. Ayrıca, bilgi ve karar verme süreci arasındaki bağı kuvvetlendirip tanı, tedavi ve bakım aşamalarını bilimselleştirdiği için de önemlidir (Çopur ve diğ. 2015, Kocaman 2013, Kara ve Babadağ, 2003).

KDU, sadece hekimler için değil, sağlık sisteminde yer ekip üyelerinin bir araya gelmesidir (Yılmaz 2005, s. 42). KDU, bakım verilen alandaki en iyi kaynakları kullanma, hasta tercihlerini göz önünde bulundurma, klinik uzman görüşleri ile bilimsel verilerden elde edilen sonuçları hastalara iyi bir bakım hizmeti sunmak için bir araya getirilmesidir. Sağlık bakımında kalite temellidir (Küçük ve diğ. 2017, Yılmaz 2016).

KDU'nun üç en önemli komponenti Şekil 2.2'de gösterilmiştir.

**Şekil 2.2: Kanıta dayalı uygulamanın üç önemli komponenti**



*Kaynak:* Karagözoğlu, Ş. 2017, Kanıt Düzeyi Yüksek Araştırmaların Hemşirelikte Önemi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı, ss. 24-41.

KDU, problem temelli ve bakım hizmetinin olduğu yerde yer alır. Uygulayıcı ile araştırmalardan elde edilen, bilimsel verilerden en iyi kanıt ortaya koymayı sağlar.

Araştırma bulgularının kolaylaştırılmasını sağlayıp, maliyeti azaltır. Yapılan eylemin etkin olması için ekip bağlılığı gerektirir. Hastaların yararına olacak şekilde bilimsel verilerin kullanılması için KDU'lar şunları içermektedir (Çavuşoğlu 2007, s. 400, Yılmaz 2005, ss. 41-48):

- a. Probleme çözüme temellidir ve uygulamada bakım verilen alanda yer alır.
- b. Uygulayıcının becerisi ile araştırma bulgularını birleştirip, en iyi kanıtları sunmaya çalışır. Bu kanıtların uygulanmasını kolaylaştırır.
- c. Verilen hizmet sonrası kalite göstergesidir.
- d. Etkinlik için ekip içi tüm üyelerle bir arada gerçekleştirilmelidir.
- e. Maliyet etkilidir.

#### **2.4.1.Kanıt Dayalı Uygulamanın Önemi**

Sağlık profesyonelleri için hastalara yapılan uygulamaların kanıt temelli olması önemli hale gelmiştir. KDU'lara olan ilginin artması ve uluslararası hemşirelik birliği (International Council of Nursing=ICN) tarafından tüm dünya hemşirelerine uygulamaların kanıt dayanması gerekliliğinin önemi vurgulanmıştır (Küçük ve diğ. 2017, s. 1).

Üretilmiş olan bilginin hızında ve miktarındaki artış; bilgi kaynaklarına ulaşabilmenin kolay, güvenli ve kullanım açısından farklı olması; maliyet, etkinlik ve kalite kavramlarının önem kazanması; araştırma analizlerine göre yeni çalışma türlerinin oluşması; araştırmaların kanıt değerleri incelenip, yeniden yayınlayan veri tabanların geliştirilmesi gibi nedenler KDU'ya önem kazandırıp, gerekli kılmıştır (Uysal ve Uçak 2013, s. 60).

Sağlıkta KDU'ların birçok yararı vardır. KDU' lar, hastalara daha iyi bir hizmet sunulmasını, var olan kaynakların etkili kullanılması ve sağlık kurumlarının iyi yönetilmesini sağlar. Etkili ve güçlü kanıtlar doğrultusunda etkinliği az olan tanı ve tedavi yöntemlerinden vazgeçilerek, kaynaklar daha etkili kullanılır ve sağlık hizmetindeki maliyet azalır. KDU, problem çözüme yöntemi olduğu için hasta sorunları kolay tanımlanarak literatür taraması yapılır ve araştırma sonuçları değerlendirilir. Uygulamalar hakkında karar vermeyi içerir. Hastaların klinik uygulamalara katılmasını sağlar. Böylece, hastaların güçlenmesini ve kendi özerkliklerini sağlamayı hedeflemektedir. Hastaların duygu ve düşünceleri önem kazanmış olur. KDU'lar sayesinde sağlık çalışanları kendilerini geliştirmek için eğitimler alacaklar, güncel konuları takip edecekler

ve bilimsel çalışmalara önem vermiş olacaktırdır. Böylelikle, bilimselliği olmayan araştırmaların yayınlanması azalacaktır. Ayrıca, karar verme sürecini hızlandırmış olduğu için araştırmaların uygulamaya geçişini kolaylaştıracaktır. Uygulamalarda, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış bilgi kullanımını sağlar. Bu da hemşirelik uygulamalarına rehberlik eder (Efil ve Enç 2014, Bayın ve Akbulut 2012, Yurtsever ve Altıok 2006).

#### **2.4.2 Kanıta Dayalı Uygulamanın Önündeki Engeller**

Hemşireler, mesleklerini hem okul hayatlarında hem de klinik alanlarda öğrenmektedirler. Okulda, araştırma sürecini başlatmayı ve kanıt kaynaklarını değerlendirirken eleştirel düşünme becerilerini kazanırlar. Klinik ortamda ise hemşirelik becerilerini hastalar üzerinde uygularlar. Hemşireler, sınıf ortamlarından çıkıp klinik ortama geldikleri zaman kurum kültürüne uyum sağlamak zorunda kalırlar. Bu durumda da klinik ortamda kabul gören uygulamaları yapmaya başlarlar. Böylece eleştirel düşünmeleri ve kendi başlarına karar vermeleri zorlaşır. Hastalar için yararlı olan uygulamaları düşünmek yerine iş ortamındaki rutinleri ve prosedürleri yapmaya başlarlar. Var olan uygulamalar, gelenekler, inançlar değiştirilemez (Güneş 2017, s. 186).

KDU'lar önünde birçok engel bulunmaktadır. Bunların bir bölümü kanıtın kendi doğasından, diğer bölümü ise konunun nasıl ulaştırıldığından kaynaklanmaktadır (Bayın ve Akbulut 2012, s. 116). Bu konuyu tartışan hemşireler yaptıkları çalışmalarda KDU'da ki engelleri ortaya çıkartmışlardır. Bunlar;

Hemşire/ uygulayıcılar açısından (Yurtsever ve Altıok 2006, ss. 159-166);

- a. Yapılan araştırma bulgularının sonuçlarına inanmamak, bu sonuçlardan haberlerinin olmaması ya da araştırma bulgularını anlamakta zorlanmaları,
- b. Kaynak okumak için zaman ayırmamaları,
- c. Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmalarına izin verilmemesi,
- d. Araştırma bilgilerine nasıl ulaşmaları gerektiğini bilmemeleri,
- e. Araştırma bilgisine sahip olmamaları ve kendilerine rehberlik edecek rol-model bulamayışları,
- f. Araştırmaların okuması zor ve sıkıcı olması,

Organizasyon açısından (Yurtsever ve Altıok 2006, ss. 159-166);

- a. Hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının olmayışından dolayı uygulamaları değerştirememeleri
- b. Sağlık profesyonellerinin birbirini desteklememeleri

c. Kurum desteğinin olmaması,

Araştırmacılar açısından (Yurtsever ve Altıok 2006, ss. 159-166);

a. Araştırma bulgularını yayınlanabilir hale getirmemeleri,

b. Yeni bir değişimin kabulü için gerekli programı geliştirmemeleri ve kendi değerlerini uygulayıcılara aktaramamaları

olarak sıralanabilir.

Yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, hemşirelerin araştırma yapmak ve uygulamalarında araştırma sonuçlarını kullanmak istedikleri, fakat bu konuda engellerle karşılaştıkları saptanmıştır. Hemşirelerin, araştırma sonuçlarını kullanmasını engelleyen en önemli etmenlerin; araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması, hemşirelik alanına özgü bilgilerin toplandığı merkezi bir birimin bulunmaması, hemşirelerin araştırma okuyacak zamanlarının olmaması, olduğu belirlenmiştir (Demir ve diğ. 2012, s. 101).

Türkiye’de Öztürk ve diğ. (2010, s. 155) araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarına yansıtılmasındaki engelleri belirlemek ve bu engelleri bazı değişkenler açısından incelemek amacı ile yapmış oldukları araştırma sonucundan çıkan KDU’da ki engellerin en önemli üç etmeni;

a. Araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilememesi,

b. Hemşirelik bilgilerinin toplandığı bir merkezin olmaması

c. Hemşirelerin araştırma okuyacak zamanlarının olmaması olarak belirlemişlerdir.

Demir ve diğ. (2012, s. 101) yapmış olduğu hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler adındaki çalışmasında, zamanın kısıtlı olması, iş yoğunluğunun fazla olup ekip ile birlikte hareket edememe, otorite eksikliği ve kurumun destek olmaması en önemli engeller olarak tanımlanmıştır.

Melnyk (2002), KDU ile ilgili yapmış olduğu çalışmada engelleri yenebilmek için şu önerilerde bulunmuştur (Kocaman 2017, s. 23);

a. Engellerin tanımlanması,

b. Kanıta dayalı olan bakıma inancın kuvvetlenmesi

c. KDU kullanımının temelini öğrenilmesi

d. Bilimsel yayınlar, dergi ve makaleler okunması

e. KDU ile ilgili seminerler düzenlenmesi

f. KDU kültürünü de içeren sistem değişikliğinin yapılması.

## **2.5 KANITA DAYALI HEMŞİRELİK**

KDH, araştırmaya dayalı uygulama ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu kavram, bakım verilen ortamda eldeki kaynakların hasta tercihleri, hemşirelerin klinik yeterlilikleri ve en iyi kanıtların kullanılması ile bir araya getirilerek karar alma süreci olarak tanımlanır. Hemşirelik bakımının kanıta dayandırılması hasta memnuniyetinin ve bakım kalitesinin artmasına, hemşirelik ile ilgi bilgilerin geliştirilmesine ve alınmış olunan klinik kararlara katkı sağlamasına, yeni oluşturulacak olan klinik rehberler açısından önemli bir süreçtir (Efil ve Enç 2014, Özsoy ve Ardahan 2006).

KDH, araştırma sonuçlarının önemsenmesini ve bakımda belirlenen problemlerle olan ilişkisinden dolayı önem taşımaktadır. Yapılan araştırmaların uygulamalara aktarılmaması önemli bir problemdir. Halen hemşirelik uygulamalarının çoğu deneyim, sezgi, gelenek ve test edilmemiş araştırmalara dayandığı saptanmıştır (Karagözoğlu 2017, s. 41). Bu yüzden KDH, deneyimsellikten kanıta dayalı karar almaya geçiş olarak tanımlanabilir (Kocaman 2013, s. 62).

Araştırmacıların, araştırma sonuçlarını sürekli olarak araştırma bulguları ile birleştirmeleriyle bakım kalitesini arttırmaları, araştırmacıların bilgileri ışığında kendi çalışma ortamlarından elde ettikleri bulgularla bağlantı kurmaları KDH için önemli özelliklerdendir (Kara ve Babadağ 2003, s. 104). Sağlık bakım hizmetindeki kişiler, hasta bakım sonuçlarının iyileşmesi için yeni literatürler açığa çıkartmalı ve teknoloji kullanımını yaygınlaştırmalıdır. Buna göre KDH, sadece araştırmanın kullanılması olmayıp, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların klinik ortama aktarılmasıdır (Yurtsever ve Altıok 2006, s. 160).

Hemşirelikte, araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılmasıyla KDU önündeki engeller kaldırılabilir. Hemşire ve yöneticiler, kanıta dayalı bakımı rutin olarak uygulamak için ekip çalışmaları yapmaları gerekmektedir. Kurum desteği ile araştırmaların uygulamaya aktarılmasına yönelik programlarda daha başarılı olunur. Böylece, KDU'lar önündeki engeller azalır. Hemşirelerin, kanıta dayalı araştırmalarını bakıma aktarabilmeleri için konferanslar ve eğitim toplantılarına katılma, bu sürece ilişkin eğitim almaları ve hemşireler arasında ki iletişim ile oluşacaktır (Çavuşoğlu 2007, s. 404).

## 2.6 ÜLKEMİZDE HEMŞİRELİKTE KANITA DAYALI UYGULAMALARA İLİŞKİN ÇALIŞMALAR

Hemşirelikte KDU'lar yeni bir uygulama olmayıp hemşirelik alanındaki ilk girişimler Florence Nightingale tarafından Kırım savaşı sırasında asker mortalitesini gözlemlemek için yapılan çalışmalarla atılmıştır (Şenyuva 2016, s. 59).

DSÖ, 2001 yılında hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin kuvvetlendirilmesi ile ilgili almış oldukları kararlarda beş önemli alan vurgulamışlardır. Alınmış olan kararlardan birisi, ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin klinik kanıtlara dayandırılması ve kanıta dayalı ebelik ve hemşirelik hizmetleri için gerekli olan alt yapının kurulmasıdır (Şenyuva 2016, s. 60).

TC. Sağlık Bakanlığı (2007) tarafından hazırlanan “21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek” raporunda Hedef 19: Sağlık İçin Araştırma ve Bilgi başlığı altında “Bütün ülkeler bilimsel kanıta dayalı sağlık hizmetleri sunumu ve geliştirilmesi mekanizmalarına sahip olmalıdır.” olarak belirlenmiştir (Şenyuva 2016, s. 60).

8 Mart 2010 tarihinde Hemşirelik Yönetmeliği’nde (2010, madde 6/a) hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde tanımlanmıştır:

*Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.*

ICN, 2012 yılının temasını “Kanıttan Eyleme” olarak belirlemiştir. Yeterli bilgi sahibi olmadan karar verilmesinin, hemşirelik bakımının iyi yönde gitmeyeceğini ve sağlık hizmetinde kaliteli bakım sunabilmek için kanıta dayalı yaklaşımların kullanılması gerekliliğinden bahsedilmiştir. ICN, bahsettikleri konuların gerçekleşebilmesi için sağlık eylem planı hazırlayan ve bakımda kanıtları kullanan bir model önerilmiştir (Şenyuva 2016, s. 61).

Bolognou Süreci Uygulamaları kapsamında Türkiyede’ ki bütün lisans ve lisansüstü eğitim programlarına yönelik olan çalışmalarda mezunlara kanıtları kullanma becerisi kazandırılması gerekliliği vurgulanmıştır (Şenyuva 2016, s. 62).

Ayrıca Türkiye Yükseköğretim Ulusal Yeterlikler Çerçevesi’nde (TYUYÇ) de önlisans ve lisans programlarındaki öğrencilerden “Alanında edindiği temel (önlisans)/ileri (lisans) düzeydeki bilgi ve becerileri kullanarak, verileri yorumlayabilme ve değerlendirebilme, sorunları tanımlayabilme, analiz edebilme, araştırmalara ve kanıtlara dayalı çözüm önerileri geliştirebilme” yeterliliğine sahip olmaları beklenmektedir. Bu

alan hemşirelik öğrencileri içinde geçerli olup, mezuniyet sonrasında KDU'ları kullanmaları ve değerlendirmeleri için hemşirelik eğitim programlarının yapılandırılması gerekmektedir (Şenyuva 2016, s. 64).





### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma, 01.04-01.11.2019 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Tıp Bilimleri kliniklerinde yapıldı.

#### **3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın evrenini 01.04-01.11.2019 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin cerrahi birimlerinde aktif olarak çalışmakta olan 120 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılmaya istekli 89 hemşire araştırmanın örneklemine oluşturdu.

#### **3.4 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği alt boyut puan ortalamaları.

#### **3.5 ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Çalışmaya başlanılmadan önce Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (EK-4) ve kurum izin yazıları (EK-5) alındı. Daha sonra hemşirelere araştırmanın amacı ve sürecini içeren sözlü ve yazılı bilgilendirme yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Anket Formu aracılığı ile toplandı. Her bir hemşire ile görüşme yaklaşık 10 dakika sürdü.

#### **3.6 ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER**

Araştırma verilerini toplama aracı olarak;

Hemşire tanıtıcı anket formu (EK A.1),

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği (EK A.2),

Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK A.3).

**Hemşire tanıtıcı anket formu;** Çalışmaya katılan hemşirelerin bilgilerini toplayabilmek için araştırmacı tarafından oluşturulan ve toplam 18 sorudan oluşan bir formdur. Bu formda, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma süresi, çalışma durumu, hangi klinikte görevli olduğu, klinikte hangi rolleri yerine getirdiği, hemşirelikle ilgili

dergi/kitap okuması, araştırma yapması, bilimsel toplantılara katılma durumu, ayrıca kanıta dayalı hemşirelik bilgileri ve klinikte kanıta dayalı hemşireliğin uygulanıp uygulanmadığı sorgulandı (EK A.1).

**Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (Attitude towards evidence-based nursing questionnaire):** Ölçek, Ruzafa-Martinez ve arkadaşları tarafından 2011 yılında kanıt temelli hemşireliğe yönelik tutumları ölçmek için geliştirilmiştir (EK A.2). Ölçeğin faktör yapısını ve Türkçe geçerlilik güvenirliğini Yasemin Ayhan 2015 yılında yapmıştır. Ölçek 15 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin sekizi olumlu (1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14), yedisi olumsuz (3, 4, 6, 8, 10, 12 ve 15) ifadeler içermektedir. Ölçek, beşli likert türüne göre hazırlanmıştır. (1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılıyorum, 3= Biraz katılıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum)

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama ve kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili duygular olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Toplamda 15 maddeden oluşmuştur. Sadece kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler alt boyutu 7 maddeden oluşmuş ve diğer iki alt boyut 4'er maddeden oluşmuştur. Beşli Likert tipi ölçek olmasından dolayı en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir.

Ölçeğin 1, 2, 7, 9, 11, 13 ve 14 numaralı soruları kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, 3, 5, 6 ve 12 numaralı soruları kanıta dayalı uygulama niyeti, 4, 8, 10 ve 15. soruları kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular alt boyutlarına ait soruları oluşturmuştur. Belirtilen soruların puan toplamları ilişkili alt boyut puanını oluşturmaktadır. Sırası ile orijinal ölçeğin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular ve toplam ölçeğin Cronbach Alfa katsayıları 0.86, 0.63, 0.70, 0.85'tir (Ayhan 2013).

### **3.7 ARAŞTIRMADA VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde

şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu normal dağılım gösterdiği anlaşılan verilerin istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda parametrik bağımsız gruplar arası t-testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Bağımlı nicel değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ) ifadelerinin, alt boyutların ve ölçek genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunulmuştur. Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

### **3.8 ETİK AÇIKLAMALAR**

Araştırmanın yapılabilmesi için, Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve gönüllü olarak araştırmaya katılacak olan hemşirelerden yazılı izin alınmıştır.

### **3.9 VERİ TOPLAMA SÜRESİ**

Araştırmaya ilişkin Gantt şeması Şekil 3.1’de olduğu gibidir.

**Şekil 3.1: Araştırmanın Gantt şeması**

	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	Mart 2019	Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran 2019	Temmuz 2019	Ağustos 2019	Eylül 2019	Ekim 2019	Kasım 2019	Aralık 2019	Ocak 2020
Literatür Tarama																	
Araştırmanın planlanması																	
Tez Öneri Başvurusu																	
Etik Kurul Başvurusu																	
Veri Toplama																	
Verilerin Kodlanması																	
Verilerin Analizi																	
Tezin Yazımı																	
Tez Savunması																	

#### 4. BULGULAR

Bu çalışmaya dâhil edilen cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yüzde 82,02’sinin kadın olduğu görülmektedir. Hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde, yüzde 66,29’unun hemşirelik lisans mezunu olduğu, 11 farklı cerrahi servislerinde çalıştıkları ve en fazla hemşirenin çalıştığı servis yüzde 19,10 ile genel cerrahi olduğu Tablo 4.1’den anlaşılmaktadır. Hemşirelerin büyük bir kısmının (yüzde95,50) servis hemşiresi olduğu ve yüzde 45,56’sının altı yıldan az, yüzde 35,56’sının 6-10 yıl arasında ve geri kalanının ise 10 yıldan fazla süre ile çalıştıkları gözlemlenmiştir.

**Tablo 4.1: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı**

	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	73	82.02
Erkek	16	17.78
<b>Yaş</b>		
<26	17	18.89
26-31	50	55.06
> 31	22	24.71
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	18	20.00
Hemşirelik Lisans Mezunu	59	66.29
Hemşirelik Yüksek Lisans Mezunu	12	13.33
<b>Çalıştıkları Servis</b>		
Beyin Cerrahi	8	8.98
Çocuk Cerrahi	5	5.56

**Tablo 4.1(devam): Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı**

	N	%
<b>Çalıştıkları Servis(devamı)</b>		
Genel Cerrahi	17	19.10
Göğüs Cerrahi	3	3.33
Kadın Doğum Cerrahi	9	10.00
Kalp ve Damar Cerrahi	8	8.89
KBB-Göz Cerrahi	10	11.11
Organ Nakil	6	6.67
Ortopedi	8	8.89
Plastik Cerrahi	8	8.89
Üroloji	7	7.78
<b>Çalışma Durumu</b>		
Klinik Hemşiresi	85	95.50
Sorumlu Hemşire	4	4.44
<b>Çalışma Süresi</b>		
<6	40	45.56
6-10	32	35.56
> 10	17	17.97

Araştırmaya katılan cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelere yöneltilen bazı bilgi kaynakları ile ilgili soruların yanıtları Tablo 4.2’de sunulmuştur. Bu tablodan “Hemşirelik ile ilgili dergi/kitap okuyor musunuz?” sorusuna hemşirelerin yüzde 65,17’sinin evet dediği anlaşılmaktadır. “Çalışma alanınızla ilgili dergi/kitap okuyor musunuz?” sorusuna hemşirelerin yüzde 71,91’inin evet dediği ve yüzde 30,67’sinin ise nadiren okuduğu bulunmuştur. Yine bu tablodan, cerrahi hemşirelerinin yüzde 52,22’sini mezun olduktan sonra hemşirelik ile ilgili araştırma yaptığı ve yüzde 75,28’inin hemşirelik ile ilgili bilimsel toplantılara katıldıkları görülmektedir.

**Tablo 4.2: Hemşirelerin almış oldukları bilgilerin kaynaklarına göre dağılımı**

	N	%
<b>Hemşirelik ile ilgili dergi/kitap okuyor musunuz?</b>		
Evet	58	65.17
Hayır	31	34.83
<b>Ne sıklıkla okursunuz?</b>		
Her zaman	9	13.43
Bazen	32	47.76
Nadiren	26	38.81
<b>Çalışma alanınızla ilgili dergi/kitap okuyor musunuz?</b>		
Evet	64	71.91
Hayır	25	28.09
<b>Ne sıklıkla okursunuz?</b>		
Her Zaman	12	16.00
Bazen	40	53.33
Nadiren	23	30.67
<b>Mezun olduktan sonra hemşirelik ile ilgili araştırma yaptınız mı?</b>		
Evet	47	52.22
Hayır	42	47.78
<b>Hemşirelik ile ilgili bilimsel toplantılara katılıyor musunuz?</b>		
Evet	67	75.28
Hayır	22	24.72

Cerrahi hemşirelerin hemşirelik uygulamalarında yararlandıkları kaynaklar ve sıklıklarına ait bulgular çubuk grafikleri olarak Şekil 4.1’de ve tablo olarak ise Tablo 4.3’de verilmiştir. Hemşirelerin hemşirelik uygulamalarında yararlandıkları kaynaklardan mesleki kitaplar yüzde 78,65 her zaman, orada çalışan diğer kıdemli hemşire meslektaşlarından yüzde 75,28 her zaman ve klinik deneyimlerinden yüzde 75,28 her zaman yararlandıkları bu şekilden anlaşılmaktadır. Hemşirelerin, hemşirelik

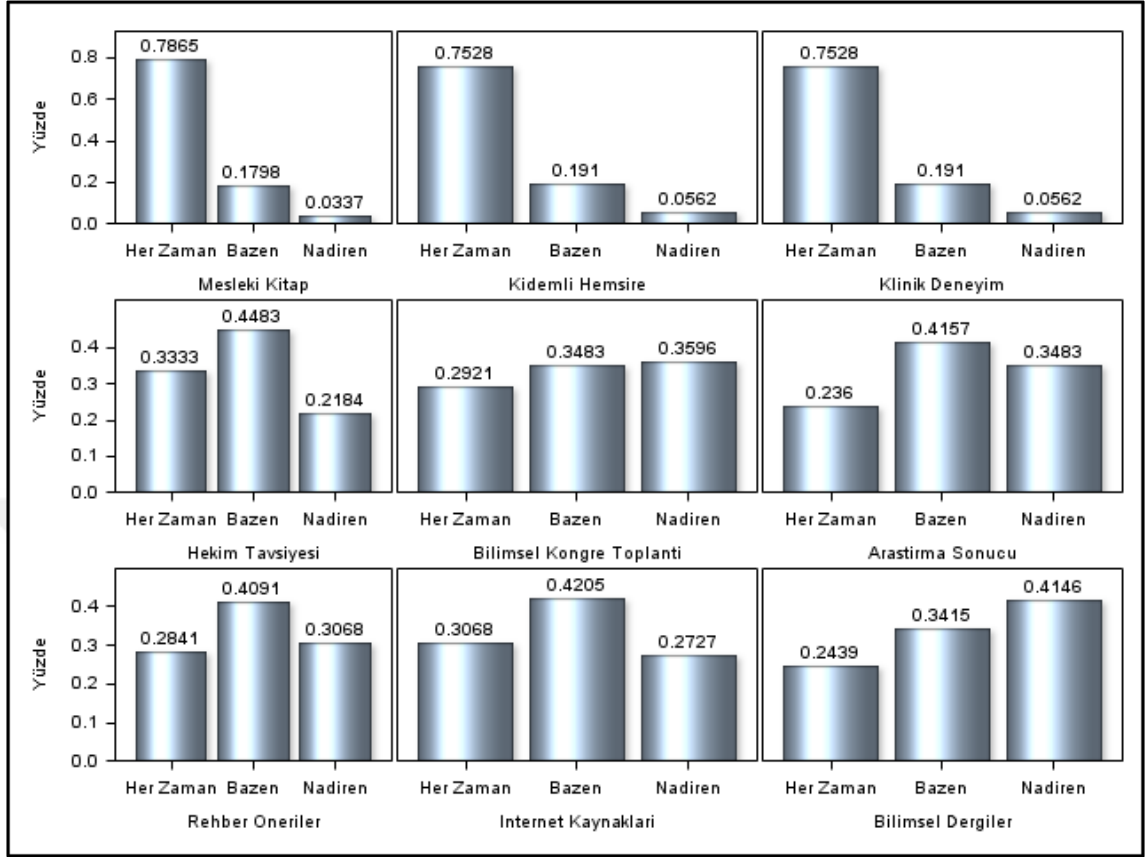
uygulamalarında hekimlerden yüzde 44,83 oranında bazen, bilimsel kongre ve toplantılarda yüzde 35,96 oranında nadiren, araştırma sonuçlarından yüzde 41,57 oranında bazen, konu ilgili rehberlerden yüzde 40,91 oranında bazen ve internet kaynaklarından ise yüzde 41,46 oranında nadiren yararlandıkları hem Tablo 4.3'den ve hem de Şekil 4.1'den anlaşılmaktadır.

**Tablo 4.3: Hemşirelerin uygulamalarında yararlandıkları kaynakların dağılımı**

	Her Zaman		Bazen		Nadiren	
	N	%	N	%	N	%
Mesleki kitaplar (Aldığım teorik bilgiler)	70	78.65	16	17.98	3	3.37
Burada çalışan diğer kıdemli hemşire meslektaşlarım	67	75.28	17	19.10	5	5.62
Klinik deneyimlerim	67	75.28	17	19.10	5	5.62
Hekimlerden aldığım tavsiyeler	29	33.33	39	44.83	19	21.84
İnternet kaynakları	27	30.68	37	42.05	24	27.27
Bilimsel kongre ve toplantılarda öğrendiklerim	26	29.21	31	34.83	32	35.96
Konu ile ilgili rehber önerileri	25	28.41	36	40.91	27	30.68
Bilimsel dergiler	20	24.39	28	34.15	34	41.46
Araştırma sonuçları	21	23.60	37	41.57	31	34.83



**Şekil 4.1: Hemşirelerin uygulamalarında yararlandıkları kaynakların grafiği**

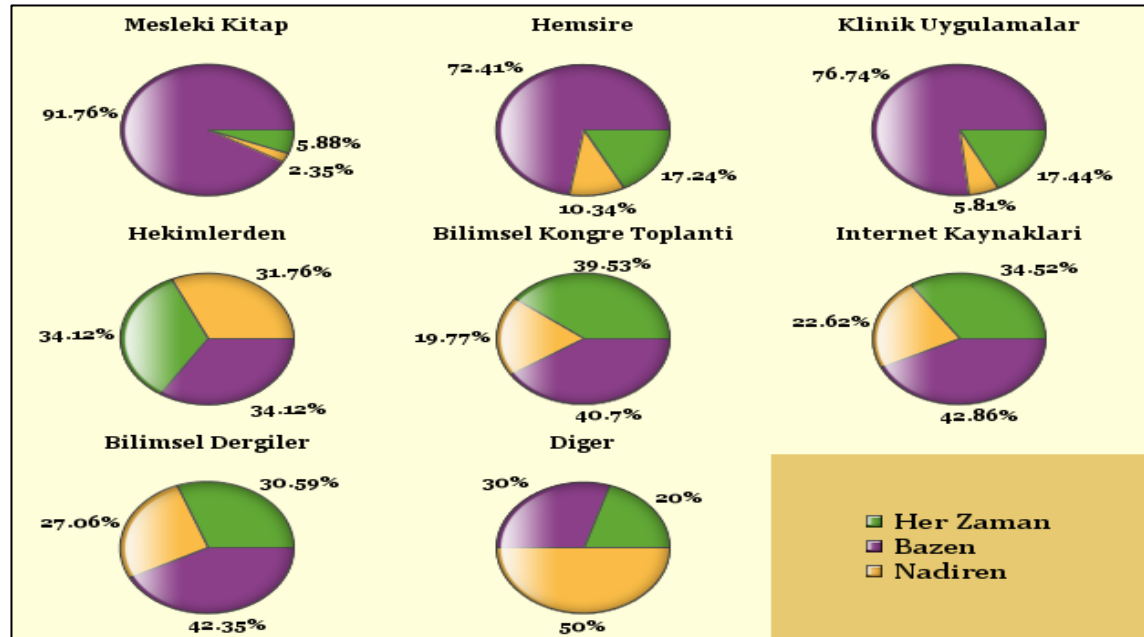


Araştırmaya dâhil edilen cerrahi hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgileri ve bu konuda yaralandıkları kaynaklara ait bulgular Tablo 4.4 ve pasta grafikleri olarak Şekil 4.2’de sunulmuştur. “Kanıta Dayalı Uygulamalar” konusunda bilginiz var mı? Sorusuna hemşirelerin yüzde 68,89’unun evet dediği Tablo 4.4’den anlaşılmaktadır. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarda yararlandıkları bilgi kaynaklarının yüzde 91,76’nı mesleki kitaplar, yüzde 72,41’ini hemşire meslektaşları, yüzde 76,74’ü klinik uygulamalar, yüzde 31,76’sı hekimler, yüzde 39,53’ü bilimsel kongre ve toplantılar, yüzde 34,52’si internet kaynakları ve yüzde 30,59’u bilimsel dergilerden gelmektedir (Tablo 4.4 ve Şekil 4.2).

**Tablo 4.4: Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgileri ve yararlandıkları kaynakların dağılımı**

	Evet		Hayır		Kısmen	
	N	%	N	%	N	%
<b>“Kanıta Dayalı Uygulamalar” konusunda bilginiz var mı?</b>	62	68.89	2	2.22	26	28.89
<b>“Bu bilgiyi nereden aldınız?”</b>						
Mesleki kitaplar (Aldığım teorik bilgiler)	78	91.76	2	2.35	5	5.88
Klinik uygulamalarımız	66	76.74	5	5.81	15	17.44
Hemşire meslektaşlarım	63	72.41	9	10.34	15	17.24
Bilimsel kongre ve toplantılar	34	39.53	17	19.77	35	40.70
İnternet Kaynakları	29	34.52	19	22.62	36	42.86
Hekimlerden	27	31.76	29	34.12	29	34.12
Bilimsel Dergiler	26	30.59	23	27.06	36	42.35

**Şekil 4.2: Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgileri ve aldıkları kaynakların grafiği**

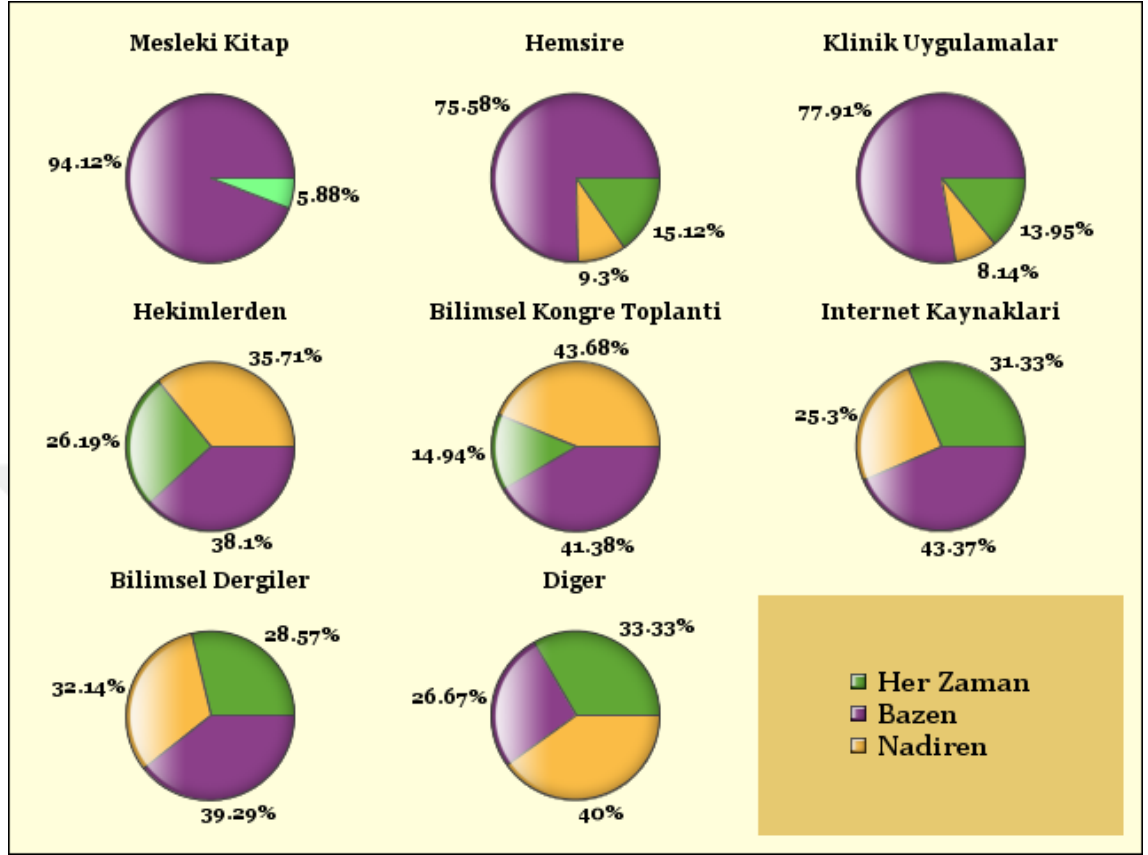


Cerrahi hemşirelerin kendi kliniklerinde kanıta dayalı uygulamalar kullanıp kullanmadıkları, bu konudaki bilgileri ve yararlandıkları kaynaklara ait bulgular Tablo 4.5 ve pasta grafikleri olarak Şekil 4.3’de sunulmuştur. “Kliniğinizde kanıta Dayalı Uygulamaları kullanıyor musunuz?” sorusuna hemşirelerin yüzde 89,77’sinin ve “Kanıta Dayalı Hemşirelik” konusunda bilginiz var mı? Sorusuna ise hemşirelerin yüzde 77,53’ünün evet dediği Tablo 4.5’den anlaşılmaktadır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kendi kliniklerinde kanıta dayalı uygulamalarda yararlandıkları bilgi kaynaklarının yüzde 94,12’sini mesleki kitaplar, yüzde 75,58’ini hemşire meslektaşları, yüzde 77,91’ini klinik uygulamalar, yüzde 35,71’ini hekimler, yüzde 43,68’ini bilimsel kongre ve toplantılar, yüzde 31,33’ünü internet kaynakları ve yüzde 28,57’sini bilimsel dergiler oluşturduğu hem Tablo 4.5 ve hem de Şekil 4.3’den görülmektedir. Tablo 4.5’den Klinik uygulamalarınızda “Kanıta Dayalı Hemşirelik bakımı” uyguluyor musunuz? sorusuna cerrahi hemşirelerin neredeyse tamamının (yüzde 89,89) evet cevabını verdiği Tablo 4.5’den anlaşılmaktadır.

**Tablo 4.5: Hemşirelerin servislerinde kanıta dayalı uygulamaları kullanımı, kanıta dayalı hemşirelik konusunda yararlandıkları kaynakların dağılımı**

	Evet		Hayır		Kısmen	
	N	%	N	%	N	%
<b>Kliniğinizde “kanıta dayalı uygulamaları” kullanıyor musunuz?</b>	79	89.77	4	4.55	5	5.68
<b>“*Kanıta Dayalı Hemşirelik” konusunda bilginiz var mı?</b>	69	77.53	4	4.49	16	17.98
<b>“*Bu bilgiyi nereden aldınız?”</b>						
Mesleki kitaplar (Aldığım teorik bilgiler)	80	94.12	2	2.35	3	3.53
Klinik uygulamalarımız	67	77.91	7	8.14	12	13.95
Hemşire meslektaşlarım	65	75.58	8	9.30	13	15.12
Bilimsel kongre ve toplantılar	38	43.68	13	14.94	36	41.38
Hekimlerden	30	35.71	22	26.19	32	38.10
İnternet Kaynakları	26	31.33	21	25.30	36	43.37
Bilimsel Dergiler	24	28.57	27	32.14	33	39.29
<b>Klinik uygulamalarınızda “Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakımı” uyguluyor musunuz?</b>	80	89.89	2	2.25	7	7.87

Şekil 4.3: Kanıta dayalı hemşirelik konusunda yararlandıkları kaynakların grafiği



Çalışmaya dâhil olan cerrahi hemşirelerinin KDHYTÖ (Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği) toplam puan ve alt boyutlarının ileri istatistiksel yöntemler kullanılarak analizlerini yapmadan önce, her bir alt boyut ve genel puana ilişkin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri alınarak Tablo 4.6’da verilmiştir. KDHYTÖ toplam puan ortalaması  $61.99 \pm 10.07$ , “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik inanç ve Beklentiler” alt boyut puan ortalaması  $28.473 \pm 4.78$ , “Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti” alt boyut puan ortalaması  $16.16 \pm 2.99$ , “Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular” alt boyut puan ortalaması ise  $17.36 \pm 3,02$  olarak saptanmıştır.

Normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerleri +3 ve -3 aralığında olması verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği anlamına gelmektedir. Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, en düşük ve en yüksek çarpıklık değerleri sırasıyla -1.23 ve -0.13 olarak bulunmuştur. Normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerleri +3 ve -3 aralığında olduğundan

KDHYTO ölçeği ve alt boyutlarının tamamının normal dağılıma uygunluk gösterdikleri görölmektedir.

**Tablo 4.6: KDHYTÖ ve alt boyutlarının ortama, standart sapma ve çarpıklık değerlerinin dağılımı**

	N	Ort	Ss	Min	Max	Çarp
KDHYTÖ1	89	4.15	0.79	2.00	5.00	-0.69
KDHYTÖ2	89	4.09	0.78	2.00	5.00	-0.45
KDHYTÖ3	89	4.34	0.87	2.00	5.00	-1.15
KDHYTÖ4	89	4.30	0.92	2.00	5.00	-1.00
KDHYTÖ5	89	3.97	0.82	2.00	5.00	-0.32
KDHYTÖ6	87*	4.23	0.87	2.00	5.00	-0.90
KDHYTÖ7	89	4.09	0.76	2.00	5.00	-0.62
KDHYTÖ8	89	4.39	0.76	2.00	5.00	-0.96
KDHYTÖ9	88**	4.10	0.74	2.00	5.00	-0.34
KDHYTÖ10	87*	4.43	0.73	3.00	5.00	-0.86
KDHYTÖ11	88**	3.97	0.79	2.00	5.00	-0.50
KDHYTÖ12	88**	3.76	1.04	1.00	5.00	-0.13
KDHYTÖ13	89	4.07	0.84	2.00	5.00	-0.49
KDHYTÖ14	89	4.10	0.75	2.00	5.00	-0.33
KDHYTÖ15	89	4.34	0.94	1.00	5.00	-1.23
İnanç Beklenti	89	28.47	4.78	17.00	35.00	-0.32
Uygulama Niyeti	89	16.16	2.99	10.00	20.00	-0.47
Duygular	89	17.36	3.02	9.00	20.00	-0.87
KDHYTÖ	89	61.99	10.07	40.00	75.00	-0.60

\*2 hemşire KDHYTÖ'nin 6. ve 10. sorularına aynı anda iki cevap verdiği için N=87 üzerinden hesaplandı.

\*\* 1 hemşire KDHYTÖ'nin 9. sorusunu cevaplamadığı ve 11 ve 12. sorularına ise aynı anda iki cevap verdiği için N=88 üzerinden hesaplandı.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları, çalışma yılları, hemşirelikle ilgili dergi/kitap okuma durumları, çalışma alanları ile ilgili dergi/kitap okuma durumu, mezun olduktan sonra hemşirelik ile ilgili araştırma yapma durumu ve hemşirelik ile ilgili bilimsel toplantılara katılma durumlarına göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.7’de sunulmuştur. Bu tabloda hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile aralarında anlamlı fark olan ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalarına ait p değerleri koyu olarak işaretlenmiştir. Buna göre, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin cinsiyetleri ve yaş gruplarına göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Cerrahi hemşirelerin eğitim durumları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler, Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti ve KDHYTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalışma durumlarına göre KDHYTO toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, hemşirelikte çalışma süresi ile sadece Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular alt boyut puan ortalamaları arasında sınırda bir anlamlılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Çalışmada yer alan hemşirelerin hemşirelikle ilgili dergi/kitap okuma durumlarına göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı farklar saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Aynı şekilde, hemşirelerin çalışma alanları ile ilgili dergi/kitap okuma durumu, mezun olduktan sonra hemşirelik ile ilgili araştırma yapma durumu ve hemşirelik ile ilgili bilimsel toplantılara katılma durumlarına göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı farklar saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.7: Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı**

	İnanç Beklentisi			Uygulama Niyeti			Duygular			KDHYTO		
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	73	28.84	4.83	73	16.34	2.95	73	17.41	3.06	73	62.59	10.19
Erkek	16	26.81	4.29	16	15.31	3.14	16	17.13	2.90	16	59.25	9.28
<b>t / p</b>	1.55	0.1257		1.25	0.2143		0.34		0.7337	1.20		0.2317
<b>Yaş</b>												
<26	17	28.82	4.30	17	16.82	2.65	17	18.00	2.67	17	63.65	8.77
26-31	49	28.98	4.73	49	16.12	2.99	49	17.49	2.93	49	62.59	9.94
> 31	23	27.13	5.14	23	15.74	3.26	23	16.61	3.41	23	59.48	11.16
<b>F / p</b>	1.24	0.2956		0.64	0.5276		1.14		0.3238	1.03		0.3599
<b>Eğitim Durumu</b>												
Sağlık Meslek Lisesi	18	26.94	4.84	18	15.17	3.15	18	16.44	3.33	18	58.56	10.58
Lisans Mezunu	59	28.19	4.47	59	16.00	2.86	59	17.34	2.95	59	61.53	9.52
Yüksek Lisans Mezunu	12	32.17	4.67	12	18.42	2.43	12	18.83	2.48	12	69.42	8.93
<b>F / p</b>	5.04	<b>0.0085</b>		4.89	<b>0.0098</b>		2.32		0.1039	4.75		<b>0.0111</b>
<b>Çalışma Durumu</b>												
Klinik Hemşiresi	85	28.54	4.66	85	16.16	2.98	85	17.41	2.97	85	62.12	9.86
Sorumlu Hemşire	4	27.00	7.62	4	16.00	3.65	4	16.25	4.35	4	59.25	15.52
<b>t / p</b>	0.63	0.5314		0.11	0.9150		0.75		0.4552	0.55		0.5807
<b>Çalışma Süresi</b>												
<6	40	29.60		3.84	40		16.90	2.49		40		18.25
6-10	32	27.75		5.07	32		15.44	3.36		32		16.63
> 10	17	27.18		5.82	17		15.76	3.11		17		16.65
<b>F / p</b>	2.16	0.1214		2.38	0.0989		3.33		<b>0.0406</b>	2.85		0.0633

**Tablo 4.7 (devam): Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı**

	İnanç Beklenti			Uygulama Niyeti			Duygular			KDHYTÖ		
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
<b>Hemşirelik kitap/dergi</b>												
Evet	58	30.03	4.28	58	17.38	2.41	58	18.36	2.52	58	65.78	8.39
Hayır	30	25.60	4.38	30	14.00	2.57	30	15.60	3.00	30	55.20	9.18
<b>t / p</b>	4.57	<b>0.0001</b>		6.09	<b>0.0001</b>		4.56	<b>0.0001</b>		5.43	<b>0.0001</b>	
<b>Çalışma alanı kitap/dergi</b>												
Evet	64	29.92	4.15	64	17.09	2.66	64	18.25	2.57	64	65.27	8.58
Hayır	24	24.79	4.39	24	13.92	2.34	24	15.21	2.92	24	53.92	8.79
<b>t / p</b>	5.08	<b>0.0001</b>		5.14	<b>0.0001</b>		4.76	<b>0.0001</b>		5.49	<b>0.0001</b>	
<b>Araştırma yapma durumları</b>												
Evet	46	30.04	4.50	46	17.13	2.97	46	18.04	2.90	46	65.22	9.68
Hayır	43	26.79	4.53	43	15.12	2.67	43	16.63	3.01	43	58.53	9.40
<b>t / p</b>	3.40	<b>0.0010</b>		3.35	<b>0.0012</b>		2.26	<b>0.0263</b>		3.30	<b>0.0014</b>	
<b>Bilimsel toplantı katılımları</b>												
Evet	67	29.42	4.68	67	16.76	2.81	67	17.82	2.80	67	64.00	9.53
Hayır	21	25.29	3.70	21	14.14	2.78	21	15.76	3.25	21	55.19	8.99
<b>t / p</b>	3.69	<b>0.0004</b>		3.74	<b>0.0003</b>		2.83	<b>0.0058</b>		3.74	<b>0.0003</b>	



### Ölçeğin Güvenilirliği

KDHYTÖ'nin güvenilir bir ölçek olup olmadığını ortaya koymak için Croanbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve ölçek genel puanı ile alt boyutlar arasındaki kolerasyonlar incelenmiştir. Croanbach alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

0.0 <0.40 ise ölçek güvenilir değildir.

0.40 <0.60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

0.60 <0.80 ise oldukça güvenilirdir.

0.80 <1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

KDHYTÖ'nin geneli ve alt boyutlarına ait Croanbach alfa iç tutarlılık katsayıları elde edilmiş ve Tablo 4.8'de sunulmuştur. Ölçeğin tümü için elde edilen iç tutarlılık katsayısı  $r=0.958914$  olup ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunu belirtmektedir. Tablo 4.8'den ölçeğin alt boyutların Cronbach Alfa iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler alt boyutu için 0.941538, Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti alt boyutu için 0.833494 ve Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular alt boyutu için 0.881844 olarak saptanmış olup tüm alt boyutların yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.8: KDHYTÖ ve alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları**

Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Cronbach's Alfa
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik inanç ve Beklentiler	7	0.941538
Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti	4	0.833494
Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	4	0.881844
KDHYTO	15	0.958914

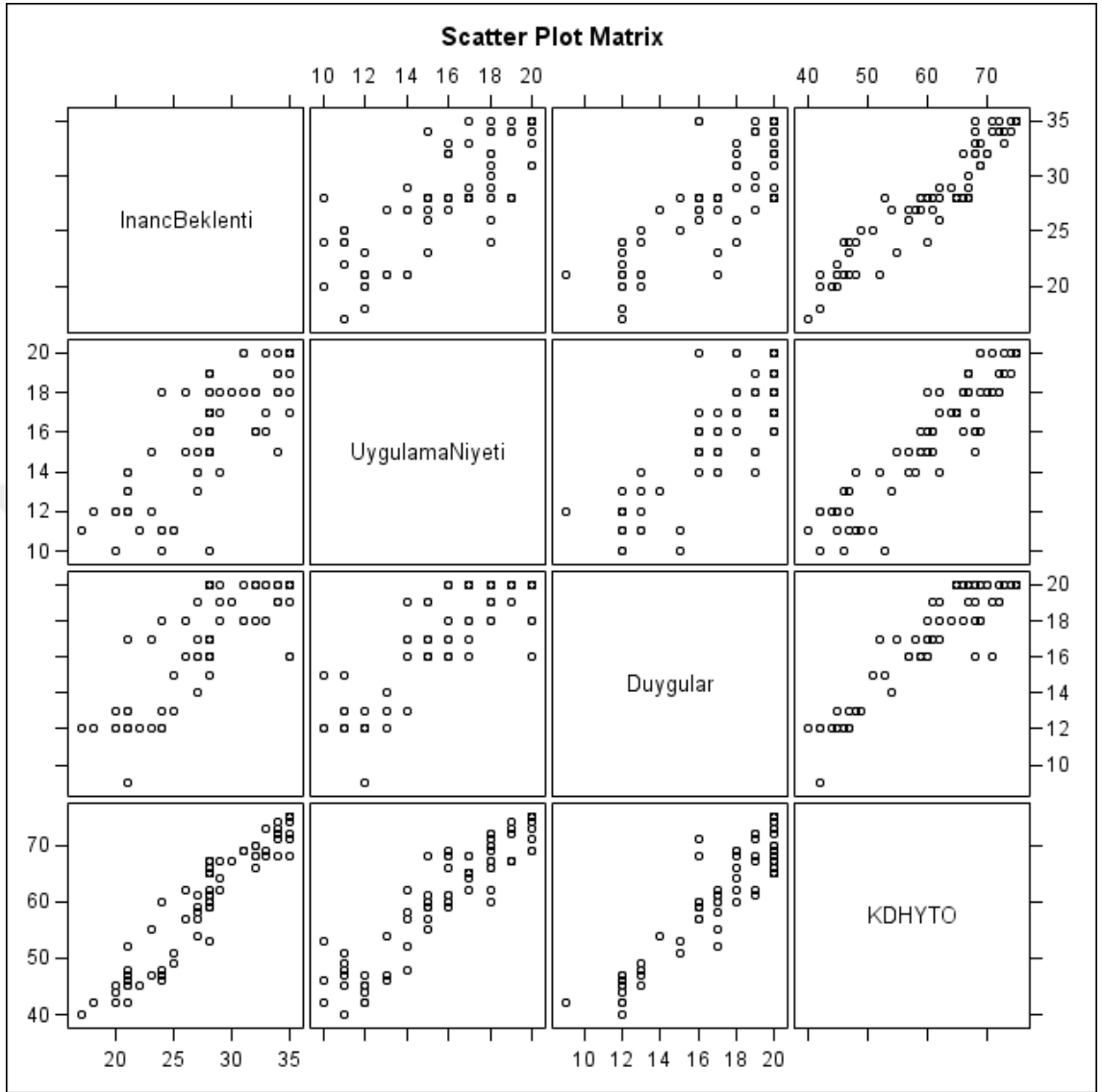
KDHYTÖ'nin genel puanı ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmış elde edilen sonuçlar Tablo 4.9'da ve grafiksel olarak da Şekil 4.4'de verilmiştir. KDHYTÖ'nin genel puanı ve üç alt boyutları, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler, Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti ve Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular, arasındaki ilişki pozitif yönlü, oldukça yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla,  $r=0.94350$ ,  $p=0,0001$ ;  $r=0.93140$ ,

p=0,0001 ve r=0.91879; p=0,0001). Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler ile Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti arasındaki (r=0.79933; p=0,0001) ve Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular arasında (r=0.77190; p=0,0001) pozitif yönlü, yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti ile Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular alt boyut puanları arasında yine pozitif yönlü yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir (r=0.85015; p=0,0001).

**Tablo 4.9: KDHYTÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkinin dağılımı**

		<b>Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler</b>	<b>Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti</b>	<b>Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular</b>	<b>KDHYTO</b>
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	r p	1.00000			
Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti	r p	0.79933 0.0001	1.00000		
Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	r p	0.77190 0.0001	0.85015 0.0001	1.00000	
KDHYTO	r p	0.94350 0.0001	0.93140 0.0001	0.91879 0.0001	1.00000

Şekil 4.4: KDHYTÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ait serpilme matris grafiği



## 5. TARTIŞMA

Bakım kalitesinin arttırılıp sonuçlarının iyileştirilmesi, hemşire ve hasta memnuniyetinin arttırılması, hasta bakımında klinik uygulamalarda fark yaratmak ve bakım sürecinin standartize olması gibi konular hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılması için önemlidir (Dikmen ve diğ. 2018, Merih ve diğ. 2017, Yurtsever ve Altıok 2006). Ayrıca kanıta dayalı uygulamalar, hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar (Yurtsever ve Altıok 2006, s. 166). Arslan ve diğ. (2015, s. 9) yapmış oldukları çalışma sonucunda hemşirelerin KDU'yı yararlı bulduklarını, KDU'yı kullanma konusunda istekli olup zaman yetersizliği ve iş yükü nedeni ile klinik uygulamalara yansıtamadıkları belirlenmiştir. KDH uygulamalarının arttırılması konusunun geliştirilmesine katkı sağlanması amacıyla hemşirelerin KDU konusundaki tutumlarının belirlenmesi önemlidir (Yılmaz ve diğ. 2019, s. 713).

Bir Üniversite Hastanesinde yapılan bu çalışmada cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında hemşirelerin yüzde 68,89'unun kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Literatür taraması yapıldığında benzer bir sonuç bulunamamıştır. Sadece Maaskant ve diğ. (2013, s. 157) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yüzde 62'sinin KDU konusunda az bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve Gürlü (2017, s. 12) yapmış olduğu çalışmada KDU tanımını hemşirelerin yüzde 49,1'i "bakımın araştırmalardan elde edilmiş bir temele dayandırılmış olması" şeklinde tanımlamışlardır. Özsoy ve diğ. (2006, s. 101) yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin yüzde 80,7'si kanıta dayalı uygulamaların yararlı olduğunu belirtmiştir. Literatürde de hemşirelik uygulamalarının kanıtlara dayandırılması gerektiği vurgulanmıştır.

KDU konusunda bilgi sahibi olma durumunu hemşirelerin yüzde 91,76'sı mesleki kitaplardan (alınan teorik bilgiler) olarak belirtmişlerdir. Çalışmadaki hemşirelerin yaş ortalamalarına bakıldığında zaman yüzde 18,89'u 25 yaş ve altında, yüzde 55,56'sı 26-31 ve yüzde 24,71'i ise 31 yaş üzerinde olduğu görülmektedir. Yüzde 66,29'unun hemşirelik lisans mezunu olduğu, yüzde 13,33'ünün yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Son on yıldır KDU, KDH ve KDT kavramları önem kazanmaya başlamıştır (Kocaman 2013, s. 63). Çalışmamızdaki yaş ortalaması ve eğitim düzeylerine bakıldığında zaman hemşirelerin

çoğunluğu lisans ve lisansüstü ders dönemlerinde KDU' lar hakkında bilgi sahibi olmaya başlamışlardır. Hemşirelerin yüzde 89,77'si klinikte KDU'yı kullandığını belirtmiştir. Yüzde 94,12'si mesleki kitaplardan, yüzde 75,58'i diğer hemşire meslektaşlarından, yüzde 77,91'i klinik deneyimlerden öğrendiklerini belirtmiştir. Yüzde 43,68'i bilimsel toplantıdan, yüzde 31,33'ü internet kaynaklarından, yüzde 28,57'si ise bilimsel dergilerden öğrendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Bu sonuçlara göre, hemşirelerin klinik uygulamalarla ilgili rehber önerileri takip etme, araştırma yapmalarında geri planda olduğu halen daha geleneksel yaklaşımlarla uygulamalara devam edildiği görülmektedir. Kurum desteğinin olmaması dolayısı ile bilimsel toplantılara katılımın az olduğu düşünülebilir.

KDHYTÖ ve alt puan ortalamalarıyla hemşirelerin tanıcı özellikleri arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Bu bağlamda hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalamasının  $61.99 \pm 10.07$  olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınan en düşük puan 15, en yüksek puanın ise 75 olduğu düşünülürse hemşirelerin, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyin üstünde olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili yapılmış çalışmalar incelendiği zaman, Ayhan (2013) yaptığı çalışmada, hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalamasını  $61.87 \pm 9,44$  olarak saptamıştır. Daştan ve diğ. (2018, s. 9) yaptıkları çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalamasını  $57.35 \pm 9,45$  olarak saptamıştır. Dikmen ve diğ. (2018, s. 143) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalamasını  $57,20 \pm 9,06$  olarak saptamıştır. Bizim yapmış olduğumuz çalışma ile diğer çalışmalar karşılaştırıldığında yakın benzerlik olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırma sonuçlarının hemşirelere ulaştırılabilmesinin yollarından biri de bilimsel toplantılardır (Aydın ve diğ. 2015, s. 170). Araştırmamızda bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin KDHYTÖ ve tüm alt boyutları arasında anlamlı farklar bulunmuş olup puan ortalamaları yüksektir (Tablo 4.7). Ayhan ve diğ. (2015) ve Dikmen ve diğ. (2018) yapmış oldukları çalışmalarda; bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve diğ. (2019, s. 719) yapmış olduğu çalışmada ise bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması, katılmayan hemşirelere göre yüksek olduğu fakat aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda yer alan lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin KDHYTÖ alt puan ortalamalarına bakıldığı zaman inanç ve beklentiler alt boyutunun puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Ayhan ve diğ. (2015) ile Dikmen ve diğ. (2018) çalışmalarında; hemşirelerin eğitim düzeylerinin, KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur. Yılmaz ve diğ. (2019, s. 719) yapmış olduğu çalışmada ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin inanç ve beklentiler alt boyutu puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda bu şekilde farklılıkların olması örnekleme alınan hemşire sayısı ve örneklem farklılıklarına bağlı olarak değişmiş olduğu düşünülebilir.

Yılmaz ve diğ. (2019, s. 719) yapmış olduğu çalışmada servis hemşiresi pozisyonunda çalışan hemşirelerin, sorumlu hemşirelere göre uygulama niyeti alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise KDHYTÖ ve alt boyutları ile ilgili anlamlı sonuç bulunamamıştır. Bu durumun sorumlu hemşire pozisyonundaki örneklem sayısının yetersiz kalması olarak düşünebiliriz.

Çalışmada yer alan hemşirelerin hemşirelikle ilgili dergi/kitap okuma durumlarına göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı farklar saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). (Tablo 4.7) Yılmaz ve diğ. (2019, s. 719) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin mesleki yayınları düzenli takip etme durumları ile uygulama niyeti alt boyutu ve KDHYTÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Dikmen ve diğ. (2018, s. 143) yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin mesleki yayınları düzenli takip etme durumları diğer hemşirelere göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda yapılmış olan araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin çalışma durumlarına göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, hemşirelikte çalışma süresi ile sadece Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular alt boyut puan ortalamaları arasında sınırda bir anlamlılık bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.7). Durmuş ve diğ. (2017, s. 661) yapmış olduğu çalışmada çalışma deneyimi ile KDHYTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda klinik deneyim ile kanıta dayalı uygulamalar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Daştan ve diğ. (2018, s. 9) yapmış olduğu çalışmada çalışma yılı ve KDHYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Özsoy ve

Ardahan'ın (2006, s. 101) yapmış oldukları çalışmada da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Merih ve diğ. (2017, s. 14) yapmış oldukları çalışmada da anlamlı fark bulunmamıştır. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin cinsiyetleri ve yaş gruplarına göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Konuyla ilgili yapılmış çoğu çalışmada da anlamlı bir fark bulunmamıştır (Yılmaz ve diğ. 2019, Daşdan ve diğ. 2018, Dikmen ve diğ. 2018, Durmuş ve diğ. 2017, Merih ve diğ. 2017, Ayhan ve diğ. 2015, Özsoy ve Ardahan 2006). Bu çalışmanın sonuçları literatürü destekler niteliktedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin yüzde 68,89'unun KDU'lar hakkında bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin yüzde 91.76'sı mesleki kitaplardan, yüzde 30.59'u bilimsel dergilerden KDU'lar hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Cerrahi hemşirelerinin yüzde 89.77'si klinikte KDU'ları kullandıklarını, yüzde 77.53'ü KDH konusunda bilgi sahibi olduğunu, yüzde 94.12'si bu bilgiyi mesleki kitaplardan aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum algıları ortalamanın üzerinde ( $61.99 \pm 10.07$ ) olduğu görüldü. Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda hemşirelerin KDU'ları bildikleri fakat bu bilgileri bilimsel kaynaklardan almadıkları görüldü. Hemşirelerin KDU'lar ile ilgili bilgilerinin güncellenmesi amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, bilgilere ulaşmada bilimsel dergilerin kullanılması konusunda hizmet içi eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir.



## KAYNAKÇA

### *Sürekli Yayınlar*

- Aktaş, Y., Gürçayır, D. ve Atalay, C., 2018. Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. **45** (3), ss.341-351.
- Aydın, Y., Adıgüzel, A. ve Topal, E.A., 2015. Ebe ve hemşirelerin bilimsel çalışmalara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Journal of Human Rhythm*. **1** (4), ss.168-175.
- Ayhan, Y. ve İntepeler, Ş., 2015. Yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modeli: Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. **8** (3), ss.195-202.
- Bayın, G. ve Akbulut, Y., 2012. Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. **1** (2), ss.115-132.
- Çavuşoğlu, H., 2007. Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. **27** (3), ss.398-406.
- Çopur, E.Ö., Kuru, N. ve Seyman, Ç.C., 2015. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. **1** (2), ss.51-55.
- Daştan, B., Hintistan, S., Seçimi, H.Ö.M., Bölükbaş, N., Tatlı, Z., Aydın, A. ve Gürsoy, A., 2018. Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi: Kırsal bölge örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. **1** (1), ss.1-9.
- Demir, Y., Ak, B., Bilgin, N.Ç., Efe, H., Albayrak, E., Çelikpençe, Z. ve Güneri, N., 2012. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi*. **2** (2), ss.94-101.
- Dikmen, Y., Filiz, N.Y., Tanrikulu, F., Yılmaz, D., & Kuzgun, H., 2018. Attitudes of intensive care nurses towards evidence-based nursing. *International Journal of Health Sciences and Research*. **8** (1), pp.138-143.
- Durmuş, M., Gerçek, A. ve Çiftci, N., 2017. Sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerinin kanıta dayalı tutum algıları üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. **5** (53), ss.648-661.
- Efil, S. ve Enç N., 2014. Klinik araştırmalarda hemşirenin rolü ve önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. **5** (7), ss.12-21.
- Evans, D., 2003. Hierarchy of evidence: A framework for ranking evidence evaluating healthcare intervention. *Journal of Clinical Nursing*. **12** (1), pp.77-83.
- Güneş, Ü., 2017. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama sürecinin adımları. *Uluslararası Hemşirelik Araştırma Dergisi*. **9** (1), ss.171-187.
- Kalkan, N. ve Karadağ, M., 2017. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **6** (4), ss.280-289.
- Kara, M. ve Babadağ, K., 2003. Kanıta dayalı hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. **6** (3), ss.96-104.

- Kerman, K.T. ve Bahar, Z., 2019. Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*. **5** (1), ss.78-83.
- Kocaman, G., 2013. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. **2** (4), ss.61-69.
- Küçük, E.Ö., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M. ve Kahveci, R., 2017. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. **4** (2), ss.1-12.
- Maaskant, J.M., Knops, A.M., Ubbink, D.T., & Vermeulen, H., 2013. Evidence-based practice: A survey among pediatric nurses and pediatricians. *Journal of Pediatric Nursing*. **28** (2), pp.150-157.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L., 2012. The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*. **42** (9), pp.410-417.
- Merih, Y.D., Potur, D.C. ve Esencan, T.Y., 2017. Doğum sonu kliniklerinde çalışan ebe ve hemşireler kanıta dayalı uygulamaların neresinde?. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. **1** (4), ss.8-14.
- Özsoy, S.A. ve Göl, İ., 2016. Hemşirelikte araştırma kullanım modelleri ve bu modellerin kullanıldığı araştırma örnekleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. **8**, ss.162-183.
- Özsoy, S.A. ve Ardahan, M., 2006. Hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynaklarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. **22** (2), ss.89-101.
- Öztürk, A., Kaya, N., Ayık, S., Uygur, E. ve Cengiz, A., 2010. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **18** (3), ss.144-155.
- Ruzafa-Martínez, M., López-Iborra, L., & Madrigal-Torres, M., 2011. Attitude towards evidence-based nursing questionnaire: Development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. **17** (4), pp.664-670.
- Şenyuva, E., 2016. Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. **24** (1), ss.59-65.
- Trammer, J.E., Squires, S., Brazil, K., Gerlach, J., Johnson, J., & Muisiner, D., 1998. Factors that influence evidence-based decision-making. *Canadian Health Action: Building on the Legacy*. **5**, 3-92.
- Uysal, E.K. ve Uçak, N.Ö., 2013. Tıp akademisyenlerinin kanıta dayalı bilgi gereksinimleri ve bilgi arama davranışları. *Bilgi Dünyası*. **14** (1), ss.37-61.
- Yılmaz, D., Düzgün, F. ve Dikmen, Y., 2019. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **10** (4), ss.713-719.
- Yılmaz, M., 2005. Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **9** (1), ss.41-48.
- Yılmaz, M. ve Gürler, H., 2017. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin görüşleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **25** (1), ss.1-12.

Yurtsever, S. ve Altıok, M., 2006. Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **20** (2), ss.159-166.



### ***Diğer Yayınlar***

Ayhan, Y., (2013). Kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.

Karagözoğlu, Ş., 2017. Kanıt düzeyi yüksek araştırmaların hemşirelikte önemi, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı*. ss.24-41.

Kocaman, G., 2017. Hemşirelik araştırmalarının uygulamada kullanımı. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı*. ss.19-23.

