



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK
BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Aysu ALPEREN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN

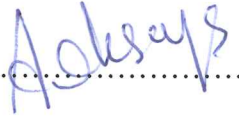
KARABÜK

2019


TEZ ONAYI

Aysu ALPEREN'nin hazırladığı "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" adlı bu çalışma 17/01/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.


Dr. Öğr. Üyesi. Ayşegül OKSAY ŞAHİN
Tez Danışmanı



Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZTÜRK ŞAHİN
Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

Aysu ALPEREN

17/01/2019

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her anında benden desteğini esirgemeyen, beni motive eden, cesaret veren, yol gösteren tez danışmanım Ayşegül OKSAY ŞAHİN hocama,

Bu süreçte benden desteğini esirgemeyen kıymetli arkadaşım Prof. Dr. Gülay GÜNAY'a,

Beni motive eden, her zaman manevi destek olan değerli eşim Mehmet ALPEREN'e,

Eğitim hayatım devam ederken gerekli ilgi ve alakayı gösteremediğim kızım Ceren ALPEREN'e ve oğlum Eren ALPEREN'e sabırları için teşekkür ederim.

Aysu ALPEREN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLOLAR DİZİNİ.....	x
EKLER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın amacı.....	2
1.3. Araştırma soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanıt ve Kanıta Dayalı Uygulamanın Tanımı.....	3
2.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik ve Önemi.....	4
2.3. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Süreci.....	7

2.4. Kanıtların Derecelendirilmesi	13
2.5. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modelleri	14
2.5.1. Stetler Modeli	14
2.5.2. ACE Yıldız Modeli (Bilgi Dönüşüm Modeli)	15
2.5.3. ARCC Model (The Advancing Research&Clinical Practice Through Close Colloboration Model)	15
2.5.4. Iowa Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli	15
2.5.5. Ottova Modeli	16
2.5.6. PARIHS Modeli (Promoting Action Research Implementation İn Health Services).....	16
2.5.7. John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli	17
2.6. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Kullanımındaki Engeller ve Kolaylaştırıcılar.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Bilgi Formu.....	20
3.4.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	20
3.5. Verilerin Toplanması	26

3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler.....	26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri	29
4.2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumları	33
4.3. Hemşirelerin KDH Yönelik Tutumları	47
4.4. Hemşirelerin KDH Yönelik Tutumları ile Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki Farklılıklar	48
5.TARTIŞMA	55
5.1. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
5.2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.3. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumuna İlişkin Sonuçlar.....	65
6.2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına İlişkin Sonuçlar ile Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Sonuçlar	66
7. KAYNAKLAR	68

8. EKLER.....	74
9. ÖZGEÇMİŞ	80



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. PICOT formatında soru sormak 10

Şekil 2. Kanıta Dayalı Uygulama Bileşenleri..... 12



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi	22
Tablo 2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	25
Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=264)	30
Tablo 4. Demografik Bilgilere İlişkin N, Min., Max., Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	32
Tablo 5. Hemşirelerin Kurumdaki Ek Görevlerinin Bulunma Durumunun Dağılımı	32
Tablo 6. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumları.....	33
Tablo 7. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi.....	34
Tablo 8. Kurumun Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarını Destekleme Durumları ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	36
Tablo 9. Hemşirelerin Meslekleri ile İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Etme Durumları ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	38
Tablo 10. Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Etmelerini Sağlayan Unsurların Dağılımı	40
Tablo 11. Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Edememe Sebeplerinin Dağılımı.....	41
Tablo 12. Hemşirelerin Bilimsel Çalışmalardan/Kanıtlardan Yararlanma Durumları ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	42

Tablo 13. Hemşirelerin Klinikteki Hemşirelik Uygulamalarında Kullandıkları Yöntem ve Rehberler.....	44
Tablo 14. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Yorumlama Durumlarının Dağılımı	45
Tablo 15. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Mesleğe ve Klinikteki Uygulamalara Katkı Sağlamasına İlişkin Görüşleri ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	46
Tablo 16 Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt boyutlarına İlişkin n, Min., Max., Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	48
Tablo 17 Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri.....	49
Tablo 18 Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutlarından İnanç ve Beklentiler ve Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri	50
Tablo 19. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Duygular Alt Boyutunun Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri	52
Tablo 20. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutlarından Uygulama Niyeti ve Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri...	53

EKLER DİZİNİ

EK 1. Veri Toplama Formu	74
EK 2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği.....	76
EK 3. Kurum İzni	77
EK 4. Etik Kurul İzni.....	78
EK 5. Ölçek İzni	79

KISALTMALAR DİZİNİ

ANA: Amerikan Hemşireler Derneği

ACE: The Akademik Center for Evidence-Based Practice

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

AR-GE: Araştırma ve Geliştirme

HTA: Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Girişimi

ICN: Uluslar arası Hemşireler Birliği

KDU: Kanıta Dayalı Uygulama

KDT: Kanıta Dayalı Tıp

KDH: Kanıta Dayalı Hemşirelik

KDHYTÖ: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

KDH: Kanıta Dayalı Hemşirelik

KMO: Kaiser-Mayer-Olkin

PARIHS: Promoting Action Research Implementation In Health Services

TİKA: Türk İşbirliği ve Koordinasyon Kurumu

ÖZET

Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Çalışma hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile bir kamu hastanesinde tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın verileri örnekleme oluşturan 264 hemşireden “Bilgi Formu” ile "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılarak 01 Mart- 30 Temmuz 2018 tarih aralığında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı olarak sayı, yüzde ortalama, standart sapma değerleri, verilerin normalliğini test etmek için “Kolmogrov-Simironov Analizi”, kullanılan ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla “Faktör Analizi (Principal Components Analysis)” ve güvenilirliği için “Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi”, karşılaştırmalarda ise “Ki-kare Analizi”, “İlişkisiz Örneklem t-testi”, “Tek Yönlü Varyans Analizi” ve post-hoc “Tukey testi” kullanılmıştır.

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumları %64,4, bilgi sahibi olma durumu ile eğitim durumu ($X^2 = 32,456$; $p < 0,05$) arasında ve girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlanma durumları ile cinsiyet ($X^2 = 13,470$; $p = 0,001$) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puan ortalaması $60,76 \pm 7,9$ (15-75) olarak yüksek düzeyde olumlu, ölçek puan ortalamaları ile yaş ($F = 3,227$, $p = 0,041$) ve cinsiyet ($t = 2,300$, $p = 0,022$) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde ise İnanç ve Beklentiler Alt Boyutu $29,06 \pm 4,12$ (7-35), Duygular Alt Boyutu $20,59 \pm 3,37$ (4-25), Uygulama Niyeti Alt Boyutu $11,10 \pm 1,96$ (4-15) olarak yüksek düzeyde olumlu olarak saptanmıştır. Duygular alt boyutu ile yaş ($F = 6,602$; $p = 0,002$) ve cinsiyet ($t = 2,348$; $p = 0,020$), uygulama niyeti alt boyutu ile cinsiyet ($t = 2,655$, $p = 0,008$) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi orta düzeyde ve tutumları yüksek düzeyde olumlu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kanıt, kanıta dayalı hemşirelik, kanıta dayalı uygulama.



ABSTRACT

Evaluation of nurses knowledge and attitudes evidence based nursing.

This study was carried out in definitive cross-sectional type at a public hospital on the purpose for evaluation of knowledge and attitudes of nurses who work in a University training research hospital intended to evidence based nursing. Research datas were collected from 264 nurses that form the samples by using “information form” and “Scale for attitudes of nurses intended to evidence based nursing” between the dates 3rd March – 30th July 2018. In the evaluation of the data as descriptive, number, percent median, standart deviation values and “Kolmogrov-Smirnov Analysis” to test the normality of data and factor Analysis (Principal Components Analysis) to determine the construct validity of the scale used and “Cronbach Alpha Security Analysis” for the security of study and “Chi Square analysis”, “Unrelated Samples T-test”, “One-way analysis of variance” and “post-hoc Turkey test” were used for comparisons.

Knowledge status of nurses on evidence based nursing implementations ratio is %64,4 significant difference was found between knowledge status and education status ($X^2=32,456$; $p<0,05$) and also between rate of utilisation from scientific studies/evidences while performing the attempts with gender ($X^2=13,470$; $p=0,001$). High ratio positive as point average ($60,76 \pm 7,9$ (15-75) on scale for attitudes of nurses intended to evidence based nursing, a significant difference was found between scale point average and age ($F=3,227$, $p=0,041$) and gender ($t=2,300$, $p=0,022$). High ratio positive was determined on sub-dimension of faith and expectations $29,06 \pm 4,12$ (7-35), sub-dimension of emotions $20,59 \pm 3,37$ (4-25), sub-dimension of implementation purpose $11,10 \pm 1,96$ (4-15) when sub-dimensions searched. Significant difference was found between sub-dimension of emotions and age ($F=6,602$; $p=0,002$) and gender ($t=2,348$; $p=0,020$) also between sub-dimension of implementation purpose and gender ($t=2,655$; $p=0,008$).

Nurses' knowledge on implementations of evidence based nursing was found as medium level and their attitudes as high level.

Key words: Evidence, evidence based nursing, evidence based practice



1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Toplumun değişen demografik yapısı, kronik hastalıkların artması ve sağlık bakım yaklaşımlarının çeşitlilik göstermesi yeni bakım yaklaşımlarının geliştirilmesini zorunlu hale getirmiştir. Bu zorunlulukla birlikte kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının, sürekli gelişen tıp uygulamalarının içerisinde yer aldığı görülmektedir (DiCenso 2003, Kapucu ve Kahveci 2017). Sağlık hizmeti sunan merkezlerde kullanılan geleneksel bakım uygulamaları, güncel bilgilerin uygulamada kullanımını zorlaştırmaktadır. Bu sebeple hemşirelik, hatta tüm sağlık disiplinleri kanıta dayalı uygulamaları takip etmek zorunda kalmaktadır (Kocaman 2003, Yılmaz 2005). Değişen toplumun sağlık bakım tercihleri, hastaların kaliteli bakım alma isteği ve tıbbi hata oranlarındaki artmalar sebebiyle sağlık bakım uygulayıcılarına güven azalmıştır. Bunun neticesinde, son yıllarda kanıta dayalı uygulama (KDU) yaklaşımları sağlık ve hemşirelik literatüründe hızla artmıştır (Gail 2000).

Kanıta dayalı uygulamalar ile sağlık bakımının kalitesi ve hasta memnuniyeti artar, bakım uygulamalarında ve hasta sonuçlarında olumlu değişim yaratılır ve hasta bakımında standardizasyon sağlanmaktadır (Benoit et al 2017). Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde en belirleyici faktör elde edilen bilgiye dayalı karar verme olup, otonomi sahibi hemşirelerin güvenilir bilgiyi hangi hastada kullanabileceğine karar vermesi ve kararlarını ulaşılabilen en iyi kanıta dayandırması gerekmektedir (Güneş 2017).

Hemşirelikte bilimselleşmek ve profesyonelleşmek için, bakım uygulamaları sürekli iyileştirilmeli, geliştirilmeli ve bilimsel araştırmalar ile bilgi ve karar verme arasındaki bağ güçlendirilmelidir (Kahveci ve Özyiğit 2010, Özsoy ve Göl 2016).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda, hasta bakımının kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda verilmesinin, hasta memnuniyeti, bakım kalitesi ve beklenen klinik sonuçları iyileştirdiği ve geliştirdiği görülmektedir ([http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJINTable of Contents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based-Practice.html](http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJINTableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based-Practice.html) Erişim Tarihi: 30.10.2018). Ayrıca, kanıta dayalı uygulamaların hastanede kalış süresini azaltarak, mortaliteyi ve maliyeti düşürdüğü belirtilmektedir (Kapucu ve Kahveci 2017).

Kanıta dayalı uygulamalar profesyonel meslek kriterlerinin temeli olmakla beraber, karar verirken bakım uygulayıcılarının kendilerini güvende hissetmelerini, hemşirelik ve diğer tıp bilimleri ile ilgili bilgilerin sürekli güncellenmesini sağlamaktadır (Beyea and Slattery 2006).

Kanıta dayalı hemşirelik bakım uygulamaları en son teknolojik gelişmelere ayak uydurmasına, yeni bilgilerin güncellenmesine, klinik karar verme yeteneğinin gelişmesine ve hemşirenin hasta merkezli çalışmasına olanak sağlamaktadır. Aynı zamanda bakım uygulamalarındaki farklılıkları ortadan kaldırarak bakımın standardize edilmesini ve hasta sonuçları ile en iyi uygulamaya ulaşmayı sağlamaktadır (DiCenso 2003, Kapucu ve Kahveci 2017).

1.2. Araştırmanın amacı

Bu çalışma, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma soruları

1. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi durumları nedir?
2. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları nasıldır?
3. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile sosyodemografik değişkenler arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

KDU son yıllarda tıp, hemşirelik, sosyal hizmetler, halk sağlığı, psikoloji ve tüm diğer sağlık hizmetlerini destekleme konusunda gerçekleştirilen en önemli gelişmelerden biridir.

2.1. Kanıt ve Kanıta Dayalı Uygulamanın Tanımı

Kanıt, birincil bir çalışmanın neticesi olan, bir olguyu destekleyen ya da karşısında duran gerçek bilgidir (Yıldırım 2018). Kanıta dayalı uygulama (KDU), uygun kaynakları, uzman görüşünü, hasta tercihlerini ve bilimsel çalışmalardan elde edilen en iyi kanıtları birleştirerek hastalara en iyi bakımı sunabilmek olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz 2005). KDU, belirli bir konuda yapılmış olan araştırma sonuçlarının değerlendirilerek en iyi uygulamaya karar verilebilmesi için sağlık bakım uygulayıcılarına hazırlanmasıdır (http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based_Practice.html Erişim Tarihi: 10.01.2018).

Kanıta dayalı uygulamaların temeli, sağlık bakım hizmetinin verildiği alanlardaki problemlerdir. KDU, uygulayıcının becerisi ile araştırma sonuçlarını birleştirerek en iyi kanıtı elde etmeyi sağladığından ötürü sunulan bakım hizmetinin kalitesini ve güvenilirliğini artırmakla birlikte maliyet etkilidir (Yılmaz 2005, Benoit et al. 2017). KDU, bilgiyi kullanarak bakım süreçlerini ve hasta sonuçlarını iyileştirmeyi ve bakım kararlarına dönüştürmeyi amaçlamaktadır (Makic et al.2011). Ayrıca, araştırma ile klinik bakım arasındaki uçurumun ortadan kaldırılmasını amaçlayan bir sistem geliştirmektir. Bunların yanı sıra, sağlıkla ilgili literatürde hemşirelik mesleğindeki önemli gelişmeleri bildiren makaleleri seçmek, özetlemek, özetleri zamanında hemşirelere yaymak, klinik karar alma sürecinde hemşirenin başlangıç alanındaki ilgilerini artırmak, kanıta dayalı uygulama çözümlerini ortaya çıkarmak ve hemşirelerin bilinçli kararlar almalarını sağlamaktır (Stillwell et al. 2010, Kapucu ve Kahveci 2017).

Kanıtla dayalı tıp yaklaşımı olarak başlayan kanıtla dayalı uygulama süreci sağlık çalışanlarının kendi klinik uygulamalarına ilişkin kanıtlardan haberdar olarak klinik uygulamaların gerçekleştirilmesi ve klinik uygulamalar sırasında hastayla birlikte ona en uygun kanıtın seçilme ve kullanılma sürecini içermektedir (file:///C:/Users/Admin/Downloads/Evidence_Based_Practice_and_the_Role_of_Nursing.epb Erişim Tarihi: 30.10.2018). Kanıtla Dayalı Tıp (KDT) hareketi 1972’de Epidemiyolog Dr. Archie Cochrane’ın sağlık bakım kararlarının tıbbi görüş veya tecrübelerine değil, kanıtlara dayalı olması gerektiğini vurgulamasıyla ilgi çekmeye başlamıştır (Hriday 2009). Daha sonra, Kanada’da 1980’lerde McMaster Tıp Okulu’nda klinik öğrenmeyi tanımlamak için kullanılmıştır (Sackett 1996). Kanıtla Dayalı Tıp (KDT), hasta bakımı için verilen kararlarda elde edilen en uygun kanıtların makul, şeffaf ve özenli kullanılmasıdır (Sackett 1996).

2.2. Kanıtla Dayalı Hemşirelik ve nemi

Kanıtla dayalı hemşireliğin başlangıç kaynağı olarak Florence Nightingale’in hemşirelik araştırmaları kabul edilmektedir. Hemşirelikte araştırmanın gelişimine baktığımızda, 1859’da Florence Nightingale’nin ‘‘Hemşirelik zerine Notlar’’ yazılarından itibaren başladığı görülmektedir. Nightingale’nin kurucusu olduğu hasta bakım tarzının hemşirelikteki en iyi araştırmaları içerdiği bilinmektedir (Kapucu ve Kahveci 2017).

1900’de Amerikan Hemşirelik Dergisi yayınlanmaya başlamış, 1923’de Colombia niversitesi doktora programı için ilk kez hemşire kabul etmiştir. 1930’da Amerikan Hemşirelik Dergisi ‘‘Klinik Vakalar’’ yayınlamaya başlamış olup, 1963’de Uluslararası Hemşirelik Bakım Dergisi yayınlanmıştır (Kapucu ve Kahveci 2017).

1970’li yıllardan itibaren hemşirelik araştırmalarının sayısında önemli artışlar olmasına rağmen, bu araştırma sonuçlarının uygulamalarda kullanılmadığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak da yeni bilgilerin üretilmesinin yeterli olmadığı belirtilmiştir (Yurtsever ve Altıok 2006, Gallaher-Ford et al. 2011). Araştırma sonuçları ile elde edilen yeni bilgileri klinik ortamda bütün sağlık bakım hizmeti sunan uygulayıcılar tarafından

sistematik bir şekilde uygulanması ve sonuçlarının sağlık çıktıları üzerinde gösterilmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır (Melneyk et al. 2010). Bunun neticesinde 1972’de Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) Hemşirelik Araştırma konseyini kurmuştur (Kapucu ve Kahveci 2017).

Ülkemizde 8 Mart 2010 tarihinde yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları “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.” (Madde 6/a) şeklinde belirtilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliği 2010). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2012 yılı temasını “Kanıttan Eyleme” olarak belirlemiş, hemşirelik bakımının daha iyi verilememesinin nedeninin yeterince bilgiye sahip olmadan karar verme olduğu belirtmiştir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde kaliteli ve nitelikli hemşirelik hizmeti sunarken kanıta dayalı uygulamaların kullanması gerektiğini vurgulamıştır. Aynı zamanda ICN tarafından önerilen hemşire modeli sağlık politikalarının düzenlenmesinde rol alan, ulusal ve uluslararası alanda sağlık uygulama planları hazırlayan ve uyguladığı bakımda kanıt kullanan hemşiredir (Şenyuva 2016).

Sağlık bakım kalitesinin artırılmasında kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hem hemşireler, hem hastalar hem de sağlık sistemi için vazgeçilemez bir unsur olup, pek çok faydası bulunmaktadır. Bu faydaları şunlardır (DiCenso 2003, Kocaman 2003, Beyea 2006, Babaoğlu vd. 2009, Kapucu ve Kahveci 2017):

Hemşirelik İçin Faydaları;

1. Hemşirelik bakımının standardize edilmesini sağlar
2. Hemşireye bilgi kazandırır ve bilginin güncel tutulmasını sağlar
3. Model ve teori geliştirilmesine olanak sağlar
4. Hasta merkezli çalışma imkânı sağlar
5. Yeni bilgilerin klinik alanda kullanışlı formlara dönüştürülmesini sağlar

6. Klinik karar verme becerisini geliştirir

Hasta İçin Faydaları;

1. Hastaların en güncel bakımı almasını sağlar
2. Hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırır
3. Hastanın sağlık ekibine güvenini artırır

Sağlık Sistemi İçin Faydaları;

1. Sağlık bakımını bilimselleştirir ve kalitesini artır
2. Bakımın standardize edilmesini sağlar
3. Kaynakların etkili kullanılmasını sağlar
4. Hastaneye tekrarlı yatışların azalmasına dolayısıyla maliyetin azalmasında etkili olmaktadır
5. En düşük maliyetle pratik yaklaşımlara yöneltir.

Türkiye’de günümüz koşullarında birçok sağlık çalışanı kanıta dayalı uygulamaları günlük pratiğinde kullanmakta ve kanıta dayalı uygulamalara sözel, yazılı ve elektronik kanıta dayalı tıp araçları ile ulaşabilmektedir (Kahveci ve Özyiğit 2010).

Sağlık çalışanlarının sözel kanıta dayalı uygulama araçlarına ulaşabilmeleri için seminerler, kongreler, çalıştaylar ve konferanslar düzenlenmektedir. Sözel kanıta dayalı uygulama araçları, sağlık çalışanlarının en güncel bilgilere ulaşmasına, bu bilgileri tartışmasına ve tecrübelerini birbirine aktarmasına olanak sağlamaktadır (Gallagher-Ford et al. 2011).

2.3. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Süreci

KDU araştırmalar ile elde edilen kanıtların klinik tecrübe ve hasta değer ve tercihleriyle birleştirildiği problem çözüme yaklaşımıdır (Sacket et al. 1996, Aste Renolen et al. 2015). Günümüzde, kaliteli hemşirelik bakımı için uygulamalarının kanıtlara dayandırılması gereklilik haline gelmiştir (Akobeng 2005, Beyea 2006).

Klinik karar vermeye rehberlik eden sorgulama ruhu kanıta dayalı uygulamanın temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle sorgulama ruhu eksik olduğunda, sağlık bakım uygulayıcılarının kanıta dayalı uygulamaları benimseme olasılığı düşmektedir (Melneyk et al. 2010). Sağlık bakım uygulayıcıları soruşturma ruhu geliştirmek için, rutin bakım uygulamalarında düzenli olarak sorular sorabilirler. Örneğin;“Kafa travmalı bir hastayı sırt üstü pozisyonda tutmak ile yatağın başını kaldırmak karşılaştırıldığında kafa içi basınç etkilenir mi?”, “Hastalara ameliyat sonrası dönemde müzik dinletmek, ağrı kesici ilaç kullanım sıklığını etkiler mi?” şeklinde sorular sorabilirler (Gallagher-Ford et al. 2011). KDU kültürünü geliştirmek için, sağlık bakım uygulamaları sırasında hemşirelerin sorgulama ruhunu geliştiren soruların kullanılmasını desteklemek gerekmektedir (Melneyk et al. 2009). Ayrıca, KDU olan inanca, KDU hakkında bilgi, beceri ve güvene, aynı zamanda hastalara en üst düzeyde bakım sunma taahhüdüne ihtiyaçları olmaktadır (Stillwell et al. 2010).

Kanıta Dayalı Uygulama süreci 5 aşamada ele alınmaktadır;

1. İlk olarak hasta bakımına yönelik klinik sorular oluşturulmalıdır.
2. Bu sorulara cevap verebilmek için sistematik kanıt araştırması yapılmalıdır.
3. Yapılan sistematik araştırmalar ile elde edilen kanıt güvenirlilik, geçerlik ve uygulanabilirlik yönünden eleştirel değerlendirilmeye tabi tutulmalıdır.
4. Elde edilen kanıt hasta, klinik uzman ve kaynaklar yönünden değerlendirilerek uygulamada kullanılmalıdır.
5. Ulaşılan klinik başarı değerlendirilmelidir (Yılmaz 2005, Akobeng 2005, Huic 2008, Kapucu ve Kahveci 2017).

Geliştirilen bu 5 basamağı uygulayabilmek için, sorunu yanıtlanabilir bir soru biçimine dönüştürebilmek, yazılı ve elektronik veri tabanlarını inceleyebilmek, en iyi kanıt bulabilmek için literatürü tarayabilmek ve en iyi kanıt kullanabilmek gerekmektedir (Akobeng 2005, Huic 2008).

Kanıta dayalı uygulamanın doğru şekilde ilerleyebilmesi için uygulama basamakları aşağıda sırası ile açıklanmıştır.

1. Basamak: PICOT Formatında Klinik Soru Sorma

KDU'nın en önemli basamaklarından biri, klinik bir problemin analitik düşünme yeteneğini geliştiren, cevaplanabilir bir soruya dönüştürülmesidir. Klinik soru açık ve net olmalı, problemi iyi tanımlamalı ve literatür araştırması için anahtar kelimeleri belirleyebilmelidir (Akobeng 2005). Uygun bir KDU sorusu hazırlamak, araştırma sürecinin nasıl sürdürüleceği ve ne şekilde geliştirileceği hususunda bir çerçeve oluşturmaktadır (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140151/> Erişim Tarihi:19.11.2018).

Klinik sorular ön plandaki sorular ve arka plandaki sorular olmak üzere iki şekilde sorulmaktadır. Ön plandaki sorular spesifik olup, klinik konu ile ilgilidir. Bu nedenle, hastanın bakım sonuçlarını iyileştirmede iki müdahaleden hangisinin daha etkili olduğunu belirlemek için sorulmalıdır (Melneyk et al. 2010, Stillwell et al. 2010). Örneğin; “Ameliyat olan yetişkin hastalarda, operasyondan sonraki ilk 24 saat içinde uygulanan rutin bakım, müzik terapisine kıyasla analjezi kullanımını nasıl etkiler?” şeklinde sorular sorulmalıdır (Melneyk et al. 2010).

Arka plandaki sorular, genel bilgi ve olgulara karşılık gelen sorulardır (Yılmaz ve Çöl 2014). Arka plan sorularının yanıtları için kullanılacak bilgilerin çoğunluğu ders kitaplarında, ansiklopedilerde, sözlüklerde, devlet yayınları ve istatistiki bilgiler ve indeksler gibi referans kaynaklarında bulunmaktadır (Stillwell et al. 2010). Örneğin;

basınç yaralarının önlenmesi için en iyi yöntem nedir? Sepsis nedir? gibi sorular sorulabilmektedir (Stillwell et al. 2010).

PICOT soru formatı, klinik bir sorunun bileşenlerini tanımak için sistematik bir yöntemdir. İyi oluşturulmuş bir PICOT soru, en iyi kanıtın bulunmasını kolaylaştırmakta ve klinik problemin farklı yönleri hakkında fikir vermektedir (Gallagher-Ford et al. 2011, Stillwell et al. 2010).

PICOT formatında klinik soru sormak, anahtar kelimeleri belirleyerek fazla literatür sonuçları içinde boğulmayı önlemektedir. En iyi kanıta ulaşmanın yolu, doğru klinik soru sorabilmektir. Dolayısıyla, sağlık bakım uygulayıcılarının PICOT formatında klinik soru sorabilme yeterliliğine sahip olması gerekmektedir (Kapucu ve Kahveci 2017).

PICOT formatına uygun bir soru örneği;

Ventilatör ile ilişkili pnömoni sıklığı hemşire oranı arttıkça azaldı mı? (Stillwell et al. 2010)

P: Problem, Hasta: Ventilatör ile ilişkili pnömoni

I: Müdahale: Hemşire oranını artırmak

C: Karşılaştırma: Eski hasta hemşire oranı

O: Sonuç: Ventilatör ile ilişkili pnömoninin azalması

T: Zaman: Üç ay.

P	I	C	O	T
Patient	Intervention	Comprasion	Outcome	Time
Hasta Problem	Müdahale ya da maruziyet	Karşılaştırma	Sonuç Çıktı	Zaman
Hasta kim? Problem ne?	Biz onlara ne yapacağız? Onlar neye maruz kalacak?	Müdahale ile neyi Karşılaştıracamız?	Ne meydana gelecek? Sonuç ne olacak?	Ne kadar süre?

Şekil 1. PICOT formatında soru sormak (Melneyk et al. 2010, Stillwell et al. 2010).

2. Basamak: En iyi kanıtı araştırma

Klinik problemin yanıtlanabilir bir soruya dönüşmesinin ardından, soruyu oluşturan bir anahtar kelime listesi hazırlanmalıdır (Yılmaz ve Çöl 2014). Bu basamakta, anahtar kelime seçimi ve literatür tarama işlemlerinde daha verimli olmak için bilgi kaynaklarından haberdar olunması önemlidir (Güneş 2017). Bilgi kaynağı olarak kullanılan önemli iki alan veri tabanları ve literatürdür.

En iyi kanıtı ulaşmak için kullanılan en faydalı yöntemlerden birisi de 4S (systems, synospes, sytnhesis, studies) hiyerarşik oluşumunun kullanılmasıdır (Yılmaz ve Çöl 2014). Araştırma sorusuyla ilgili en doğru bilgiye ulaşmak için kullanılan sistemler, araştırma sorusuyla ilgili elektronik ortamda kayıtlı olan tüm bilgiyi vermelidir (Yılmaz ve Çöl 2014). Araştırma konusu ile ilgili ihtiyaç duyulan bilgi sistemde bulunmadığında, açık ve net bilgiye ulaşım sağlayabilen bir özete gereksinim bulunmaktadır (Yılmaz ve Çöl 2014). Sentezler için en geçerli ve güvenilir adres ise Cochrane kütüphanesidir. Diğer kaynaklar yetersiz olduğunda eleştirel değerlendirme yapılmak suretiyle orijinal araştırma makalelerine başvurulabilmektedir (Yılmaz ve Çöl 2014).

3. Basamak: Kanıtın Geçerliğinin ve Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Klinik soru ile ilgili en uygun, geçerli, güvenilir ve uygulanabilir kanıt olduğunu belirlemek için çalışmaların metodolojik olarak kalitesi değerlendirilmelidir (Fineout-Overholt et al. 2010). Bu aşamada, kanıtın eleştirel değerlendirilmesi yapılarak, bunun neticesinde sonuçların güvenilirliği ve hastaya faydası gözden geçirilmelidir (Uysal ve Uçak 2013). Bu değerlendirme klinik kararlar verilmesinde etkili olduğu için, tarafsız ve kaliteli kanıtların incelenmesi gerekmektedir. Bu inceleme ve değerlendirmeyi yapabilmek için iyi bir biyoistatistik bilgisine sahip olmak gerekmektedir (Uysal ve Uçak 2013, Güneş 2017).

Dünyadaki önemli kanıt merkezlerinden olan Cochrane Kütüphanesi ve Joanna Briggs Enstitüsü, araştırmacıları kanıta dayalı karar verme hususunda desteklemektedir. Ayrıca, araştırmalardaki yanlılıkları tespit edebilmek için çeşitli standardize edilmiş araçlar kullanılmasını tavsiye etmektedir (Melneyk et al. 2010). Bu araçların görevi, çalışmanın tasarımını ve uygulama aşamalarını, araştırma sonuçlarında yanlılık olasılığının olup olmadığını ve metodolojik kalitesini değerlendirmektir. Araştırmanın yanlılık ihtimalinin yüksek çıkması, sonuçların kuşkulu ve geçersiz olduğunu göstermektedir. Bundan dolayı, araştırmanın metodolojik kalitesini değerlendirmek, analiz, tasarım ve uygulama yönünden yanlılık olasılığı taşıdığını belirlemek önemlidir (Melneyk et al. 2010, Fineout-Overholt et al. 2010).

4. Basamak: Kanıt Bilgilerin Uygulamaya Geçirilmesi

Sağlık bakım uygulamalarında değişim sağlamak için kanıt tek başına yeterli değildir. Hasta değerlendirmeleri, laboratuvar verileri, sonuç yönetim programlarından elde edilen veriler ve hastanın tercihleri hastalığın önemli bileşenleridir (Melneyk 2010, Güneş 2017). Kanıtların sağlık bakım uygulamalarındaki kullanım sürecinde, hasta değerlerine uygun yaklaşımda bulunulması süreci kolaylaştırmaktadır. KDU, eleştirel değerlendirilme neticesinde ulaşılan en iyi kanıt, hemşirenin klinik uzmanlığı ve hastanın değerleri ve tercihleri olmak üzere üç temel faktörün bileşiminden oluşmaktadır (şekil 2). Tüm

bileşenlerin bütünleşmesi gerekmektedir. Hemşire, tüm bileşenleri bütünleştirdikten sonra uygulamayı yapmalıdır (Gallagher-Ford et al. 2011, Aste Renolen et al. 2015, Güneş 2017).



Şekil 2. Kanıta Dayalı Uygulama Bileşenleri

5. Basamak: Kanıtlara Dayalı Olarak Uygulama Kararlarının Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bu aşama, hemşirenin “KDU’yı nasıl yapıyorum?” sorusuna cevap aradığı aşamadır. Kanıtlar, uygulamada literatürde belirtilen etkiyi vermeyebilir. Bu nedenle, en iyi kanıtlar uygulandıktan sonra, sonuçları izlemek ve varsa değişiklikleri değerlendirmek önemlidir. Bu şekilde yapılan izleme ve değerlendirme ile kanıtların olası olumsuz sonuçları önlenabilir ve olumlu sonuçları desteklenebilmektedir. Aynı zamanda, sağlık bakım uygulayıcılarının uygulama kusurlarını tespit etmesini ve hastalar üzerindeki sonuçların belirlenmesini sağlayabilmektedir (Melneyk et al. 2010, Kapucu ve Kahveci 2017). Hemşirenin uygulamanın her basamağını ayrı ayrı değerlendirmesi, KDU’nın hangi basamağının daha etkin ya da etkin olmayan sonuçları olduğunu gösterebilmek için daha uygun olmaktadır. Aynı zamanda, bu basamaklarda uygulama sırasında karşılaşılan sorunlar ortaya konabilmektedir (Gallagher-Ford et al. 2011, Güneş 2017).

6. Basamak: Kanıta Dayalı Uygulama Sonuçlarını Yayımlamak

KDU'nun son basamağı, elde edilen en iyi kanıtlar neticesinde hasta bakımında ortaya çıkan olumlu sonuçların tüm sağlık bakım uygulayıcıları içinde yaygınlaştırılmasıdır. Ancak, sağlık bakım uygulayıcıları bu olumlu sonuçları meslektaşları ve bağlı oldukları sağlık kuruluşlarıyla dahi deneyimlerini paylaşmak istemeyebilmektedirler (Kapucu ve Kahveci 2017). Bu da KDU'nun sağlık bakım uygulamalarında kullanılmasını engellemektedir. Bu nedenle, sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda, hastanelerde KDU'nun yaygınlaştırılması planlanmalı ve yürütülmelidir. Olumlu sonuçların yaygınlaştırılmasında yerel, bölgesel ve ulusal konferanslarda sunumlar, profesyonel bültenlerde ve hakemli dergilerde yayınlanan raporlar kullanılabilir (Gallagher-Ford et al. 2011, Kapucu ve Kahveci 2017).

2.4. Kanıtların Derecelendirilmesi

Sağlık bakım uygulamalarında kararlar verilirken kanıtlar kalite düzeyine göre değerlendirilmektedir (Guyatt 2008, Babaoğlu 2009). Kanıtlar geçerlilik ve güvenilirlik düzeyleri ve önem sırasına göre sınıflandırılmaktadır. En zor konulardan biri en iyi kanıtın ne olduğuna karar verilmesidir (Kapucu ve Kahveci 2017). Bilimsel kanıt gücü açısından araştırma tipleri güçlüden güçsüze doğru aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Kanıt Piramidi):

1. Meta analiz
2. Sistemik Derleme
3. Randomize klinik araştırma
4. Kohort araştırması
5. Olgu kontrol araştırması
6. Olgu raporları
7. Hayvan Deneyleri
8. Uzman görüşü (Köse 2011, Kapucu ve Kahveci 2017).

2.5. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modelleri

KDU’da kanıtın klinik uygulamaya geçirilmesi esnasında yaşanan sorunları çözmek için model kullanımı gereksinimi oluşmaktadır. Tüm modellerin temelinde, motivasyon, eğitim, sosyal öğrenme, sosyal etki ve sosyal network teorileri bulunmaktadır (Deliktaş ve Kabukçuoğlu 2017). Kanıtın uygulamada kullanılmasında, hangi girişimlerin işe yaradığını değerlendirebilmek ve süreci iyi yönetmek için teori kullanmak gerekmektedir (Cummings et al. 2007, Özsoy ve Göl 2016). Model, bir mesleğin temel kavramlarını ve bu kavramların arasındaki mantıksal ilişkileri bize şematik olarak göstermektedir (İnan vd. 2013). Aynı zamanda, araştırma sonuçlarının bilimsel veriler ile açıklanmasında kullanılmaktadır (Özsoy ve Göl 2016, İnan vd. 2013). Dolayısıyla, hemşirelikte kanıta dayalı uygulama modellerinin kullanımının araştırma sonuçlarını kullanmada tutum ve davranış değişikliği sağlayacağı düşünülmektedir (Özsoy ve Göl 2016). Geçmişten bugüne, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarında 25’in üzerinde teori, model ve kuramsal çerçeve geliştirildiği görülmekte olup, tüm hemşireleri kapsayan ya da her alanda işe yarayan bir tek modelin olmadığı anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalarda en çok kullanılan modeller şunlardır (Özsoy ve Göl 2016);

1. Stetler Modeli
2. ACE yıldız modeli
3. ARCC Modeli
4. IOWA Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli
5. Ottawa Modeli
6. PARIHS çerçevesi
7. John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli

2.5.1. Stetler Modeli

Bu model ilk 1976’da Boston Üniversitesi Halk Sağlığı okulunda araştırmacı olan Stetler ve G. Marram tarafından geliştirilerek, 1994’de modelin kavramları tanımlanmıştır. 2001 yılında Stetler tarafından revize edilen model “Stetler Araştırma Kullanım Modeli”

adını almıştır. Bu model eleştirel düşünme ve karar verme adımlarından oluşan, araştırma bulgularının etkili ve güvenli şekilde kullanımını sağlayan, uygulayıcı odaklı bir modeldir (Stetler 2001, Özsoy ve Göl 2016).

2.5.2. ACE Yıldız Modeli (Bilgi Dönüşüm Modeli)

Stevens'in tarafından ACE (The Akademik Center for Evidence-Based Practice)'nin desteği ile geliştirilen ACE Yıldız Modeli (Bilgi Dönüşüm Modeli), araştırmalarla klinik uygulamalar arasında bir köprü olmaktadır (Kapucu ve Kahveci 2017). Beş basamağı olan bu model bilginin dönüşümünde, kanıta dayalı uygulamalara rehberlik etmesi için basit bir çerçeve oluşturmaktadır (Grahamand and Logan 2004, Kapucu ve Kahveci 2017).

2.5.3. ARCC Model (The Advancing Research&Clinical Practice Through Close Colloboration Model)

Bu model 1999 yılında Melneyk ve Fineout-Overholt tarafından geliştirilmiştir. ARCC modeli sağlık kuruluşları tarafından kalite sonuçlarını elde etmek için KDU'nın sistem içinde uygulanmasını ve sürdürülebilirliğini sağlamak için kullanılmaktadır (Melneyk 2012).

ARCC (Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli) kurum kültürünün ve hazır oluşluğun değerlendirilmesi, kurumdaki KDU engellerin ve kolaylaştırıcıların tanımlanması, KDU metotlarının belirlenmesi ve hemşirelik girişimleri ve bakım uygulamalarında kanıtın kullanılması olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (Melneyk 2012, Kapucu ve Kahveci 2017).

2.5.4. Iowa Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli

Bu model, 1994 yılında Titler ve arkadaşları tarafından ABD'de Iowa Üniversitesi Hastaneleri ve hemşirelik okulu iş birliğiyle hasta sonuçlarını iyileştirmek ve sağlık bakım uygulayıcılarına yardımcı olmak üzere geliştirilmiştir. IOWA modelinin amacı, kanıtların klinik uygulamaya bütünleştirilmesine, problem tanılamaya ve çözüm geliştirmeye yönelik

hemşirelik girişimlerine ve bakım uygulamalarına rehberlik etmektir (Özsoy ve Göl 2016, Kapucu ve Kahveci 2017). Bu modelin uygulamada kolay kullanımı için kurumun ve yönetimin desteği çok önemlidir. Model, bilgi odaklı tetikleyiciler belirleme, ekip oluşturma, literatürün toplanması, incelemesi, sentezlenmesi, pilot çalışma yapılması ve değerlendirilmesi olmak üzere altı aşamadan oluşmaktadır (Özsoy ve Göl 2016, Kapucu ve Kahveci 2017).

2.5.5. Ottawa Modeli

Bu model, 1998 yılında Logan ve Graham tarafından geliştirilmiştir. 2004 yılında Graham ve Logan tarafından revize edilen bu model, araştırma kullanımını modelin her bir ögesi için ayrı karar ve süreçlerin bir dinamiği olarak görmektedir. Model araştırma kullanımını engelleyici ve destekleyici faktörlerin belirlenmesi, girişimlerin izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi olarak üç ana süreçte değerlendirmektedir. Ottawa modeli, yeniliği uygulamaya geçirmeden önce, uygulama sırasında ve sonrasında her ögenin tanımlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Özsoy ve Göl 2016, Kapucu ve Kahveci 2017).

2.5.6. PARIHS Modeli (Promoting Action Research Implementation In Health Services)

Son zamanlarda üzerinde en çok durulan modellerden biri olan PARIHS Modeli, 1998 yılında Profesör Kitson ve arkadaşları tarafından, Avustralya'da Adeliade Üniversitesi'nde geliştirilmiştir. PARIHS, araştırma sonuçlarının uygulamaya entegrasyonunu açıklayan kavramsal bir modeldir (Özsoy SA, Göl 2016, Kapucu ve Kahveci 2017). Kanıtın uygulamaya geçirilmesi süreci çok boyutlu ve karmaşık olmakla birlikte, PARIHS modelinin sağlık bakım uygulayıcıları ve araştırmacıları tarafından kullanışlı bir araç olduğu savunulmaktadır. Böylece, PARIHS modelinin planlama, aynı zamanda değerlendirme aracı olarak kullanılabilmesi önerilmiştir (Kitson et al. 2008, Yürümezoğlu 2012). Modele göre araştırma sonuçlarının uygulamaya başarılı şekilde geçirilmesi Kanıt, Ortam ve Kolaylaştırıcı olmak üzere üç faktörün etkileşiminin

sonucudur. Bu faktörler, araştırma sonuçlarının başarılı kullanılmasında eşit öneme sahip olmakla birlikte, güçlü kanıt, değişime açık ortam ve uygun değişim süreci oluşturulmuş ise araştırma sonuçlarının uygulama ortamında başarıyla kullanılabileceği savunulmaktadır (Özsoy ve Göl 2016).

PARIHS modelini, diğer kanıta dayalı uygulama modellerinden ayıran en önemli özellik, sağlık araştırmacıları ve bakım uygulayıcıları tarafından tüm bakım ortamlarında kullanışlı ve faydalı bir şekilde kullanılabilir olmasıdır (Kitson et al. 2008).

2.5.7. John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli

John Hopkins modeli, John Hopkins Hastanesi ve John Hopkins Üniversitesi Hemşirelik okulundaki eğitim ve uygulamasındaki liderlerin ortak çalışması ile geliştirilmiştir. Bu modelin en önemli özelliği hemşireler tarafından en iyi kanıtların, hasta başında bakım esnasındaki kararlarında kullanmasıdır. Bu model, ekip yaklaşımı ile klinik bir problem için uygulama sorusu oluşturulması ile başlar. Daha sonra, araştırmaya dahil olan tüm kanıtların toplanarak, en iyi kanıt değerlendirilir. Bu aşamada, elde edilen en iyi kanıtların düzeylerine göre bakımın değiştirilmesi için öneriler geliştirilebilir. Geliştirilen önerilerin uygunluğu ve yapılabilirliği belirlendikten sonra, uygulama planının oluşturulması, değişim uygulanıp sonuçlar değerlendirilmelidir (Kapucu ve Kahveci 2017).

2.6. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Kullanımındaki Engeller ve Kolaylaştırıcılar

Kanıta dayalı uygulamaların güncel sağlık bakım uygulamalarında kullanımını bireysel, kurumsal ve sosyal birçok etmenden etkilendiği için oldukça yavaş gelişmektedir (Günüşen ve Üstün 2016).

Kanıtların sağlık bakım uygulamaları için bir temel olmasına rağmen, hemşire araştırmacılar yaptıkları çalışmalarda hemşirelikle ilgili araştırmaların uygulamada kullanılmadığını belirtmişlerdir (Gallagher-Ford et al. 2011). Hemşireler KDU'yu bakım

uygulamalarında kullanamama nedenlerini verilen iş yükü nedeniyle araştırma okumaya zaman ayıramadıkları, araştırma bulgularından haberlerinin olmadığı ve değerlendirme becerisine sahip olmadıkları, araştırma sonuçlarına inanmadıkları ve araştırma sonuçlarını kullanmalarına müsaade edilmediği şeklinde belirtmektedirler. Ayrıca organizasyonel desteğin yetersiz olduğu, çalışma ortamında sürekli organizasyon değişikliklerinin olduğu, yönetimin, hekimlerin ve meslektaşlarının destek vermediğini belirtmektedir (Yurtsever ve Altıok 2006, Kapucu ve Kahveci 2017). Araştırmacıların ise, bakım uygulayıcılarının sorunlarını üzerine çalışmadığı, bulguları kullanılabilir şekilde açıklamadığı, sonuçları uygulayabilecek program planlamadıkları ve önerilerde bulunmadıkları gibi pek çok engel belirtilmektedir (Yurtsever ve Altıok 2006, Yılmaz ve Tel 2010). Ayrıca, hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi düzeylerinin ve tutumlarının düşük olması da bu engellerden biridir (Ayhan ve İntepeler 2015).

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara inançlarının olması, istekli olmaları ve lisansüstü eğitim almaları bu süreci kolaylaştıran faktörlerdendir. Ayrıca, hemşirelerin araştırma yapmayı bilmesi, araştırma raporlarının açık, anlaşılır ve iyi yazılmış olması, bilimsel toplantılara katılma durumları da kanıtların uygulamada kullanım sürecinde önemli bir etkidir (Ayhan ve İntepeler 2015). Klinik ortamlarda internet erişiminin olması ve kütüphane olanaklarının iyileştirilmesi ve araştırma projelerini destekleyen fon desteklerinin olması da bu süreci kolaylaştıran faktörlerdendir (Kapucu ve Kahveci 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın uygulanması aşamasında kullanılan gereç ve yöntemlere değinilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Karabük ili içinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Karabük İlinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Karabük Üniversitesi ile Afiliasyon Protokolü imzalanmış bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01 Mart-30 Temmuz 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. 2014 Şubat ayında yapımı tamamlanan hastane 77.200 m² kapalı alan ve 464 yatağı ile hizmet vermektedir. 3. Basamak yoğun bakımları, ameliyathaneler, diyaliz, dâhili ve cerrahi klinikleriyle Batı Karadeniz bölgesinin en büyük eğitim ve araştırma hastanesidir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 321 hemşire oluşturmuştur (Personel kayıtları 2018). Evreni bilinen örneklem formülü ile %99 güven aralığında ve %5 hata payı ile en az 217 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 321 hemşirenin tamamına anket dağıtılmıştır. Anket formlarından 265'i geri dönmüş olup, söz konusu anket formlarından eksiksiz doldurulan 264 adet anket

değerlendirmeye dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılım oranı %82,2'dir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, çalışmanın yapıldığı dönemde izinli ya da raporlu olan hemşireler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada hemşirelerin sosyodemografik bilgileri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen “Bilgi Formu”, Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla Ayhan (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.1. Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Babadağ ve Kara 2004, Günüşen ve Üstün 2016, Yılmaz ve Gürler 2017, Küçük vd. 2017, Dikmen vd. 2018) hazırlanmış olan bilgi formu 18 adet soru içermektedir. Bu formda, araştırmanın amaçları çerçevesinde hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hali, aylık kişisel gelir durumu, meslekte toplam çalışma süresi, varsa fazla mesai saati, varsa ek görevleri, mesleği ile ilgili bilimsel çalışmaları takip etme durumu, takip edemiyor ise nedenleri, çalışılan kurumun kanıta dayalı uygulamaları destekleme durumu, klinik uygulamalarında kullandıkları yöntem ve rehberler, araştırma sonuçlarını yorumlama düzeylerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.4.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

Ruzafa-Martinez vd. (2011) tarafından geliştirilen ve Ayhan (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” hemşirelerin kanıta dayalı uygulama konusundaki tutumlarını ölçmektedir. Ölçek, sekiz olumlu ve yedi olumsuz ifade içeren toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin olumsuz ifade içeren 3,

4, 6, 8, 10, 12 ve 15. maddeleri ters çevrilerek kodlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en çok 75 puan alınmaktadır. Ölçeğin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç, uygulama niyeti ve duygular” olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. 1, 2, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddeler kanıta dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve beklentilerine ilişkin alt boyutunu, 3, 5, 6 ve 12. maddeler hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları yapma davranışları veya niyetlerine ilişkin alt boyutunu, 4, 8, 10 ve 15. maddeler hemşirelerin konuyla ilgili duygularına ilişkin alt boyutunu göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur, ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik analizinde, cronbach α değeri 0,90, KDHYTÖ İnanç ve Beklentiler alt boyutunun cronbach α değeri 0,86, KDHYTÖ Duygular alt boyutunun cronbach α değeri 0,71, KDHYTÖ Uygulama Niyeti alt boyutunun cronbach α değeri 0,69’dur. Ölçeğin, ölçüt geçerliliğinin ve tutarlılık analizinin yapılmaması sınırlılıklarındandır. 15 maddelik kısa bir ölçek olması ve maddelerin kısa ve net olması ölçeğin güçlü yanlarıdır.

Çalışmamızda “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”ne yapılan Faktör Analizi Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçek maddeleri ($\alpha=.8$)	Faktör	Faktör	Faktör	Madde Top. Test. Korelasyonu
	1	2	3	
1. Kanıta dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	,765			,87
13. Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	,739			,87
2. Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.	,719			,87
9. Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarında kullanmak istiyorum/isterdim.	,712			,87
14. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	,678			,87
11. Klinik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	,635			,87
7. Kanıta dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	,519			,86
8. Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.*		,741		,87
6. Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.*		,687		,87
10. Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.*		,632		,87
3. Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.*		,621		,88
15. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarına entegre etmekten hoşlanmam.*		,545		,86
4. Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.*			,832	,88
5. İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.			,599	,87
12. Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.*			,434	,88
Özdeğer	5,996	1,487	1,012	
Açıklanan varyans oranı (%)	39,9	9,9	6,8	
Cronbach Alpha	0,86	0,78	0,52	

*Ters kodlama yapılmıştır

Çalışma kapsamında KDHYTÖ yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla verilere Faktör Analizi (Principal Components Analysis) uygulanmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Barlett testine bakılmıştır. KMO örneklem uygunluğu test sonucu 0,90 olarak hesaplanmıştır. KMO katsayısının 0,70'dan büyük olması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk 2016). Aynı zamanda Barlett testinin de ($X^2 = 1548$, $p < 001$) anlamlı çıkması verilerin birbirleriyle ilişkili olduğunu ve faktör analizine uygun olduğunu ifade etmektedir (Tablo 1).

KDHYTÖ'nin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme yöntemi olarak da Varimax dik esken döndürme tekniği tercih edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, analize temel olarak alınan 15 madde için özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %56,63'ünü açıklayan üç faktörlü bir yapısının olduğu saptanmıştır. Söz konusu üç faktör açıklanan toplam varyans tablosu incelenerek, toplam varyansa yaptıkları katkının yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

Orijinal ölçekte "İnanç ve Beklentiler" alt boyutu olarak isimlerinden birinci faktörde 1, 2, 7, 9, 11, 13 ve 14'ncü maddeler yer almaktadır. Bu çalışma kapsamında da yapılan açımlayıcı faktör analizi sonuçlarının orijinal ölçek ile paralellik gösterdiği ve bu maddelerin tek bir alt boyutta toplandığı görülmüştür. Yedi maddeden oluşan "İnanç ve Beklentiler" alt boyutunun özdeğeri 5,996 olup, toplam varyansın %39,97'sini açıklamaktadır. "İnanç ve Beklentiler" alt boyutunda yer alan maddelerin maddenin yük değerleri 0,519 ile 0,765 arasında değişmektedir.

Özdeğeri 1,487 olan ve toplam varyansın %9,9'unu açıklayan ikinci faktör orijinal ölçekte olduğu gibi "Duygular" alt boyutu olarak isimlendirilebilir. Yapılan analiz sonucunda 3, 6, 8, 10 ve 15'inci maddeler bu alt boyutta yer almaktadır. "Duygular" alt boyutunda yer alan maddelerin madde yük değerleri 0,545 ile 0,741 aralığında yer almaktadır ve bu yük değerleri 0,45'in üzerindedir.

Ölçekte yer alan son faktör orijinal ölçekten farklı olarak 4, 5 ve 12'nci maddeden oluşmaktadır. “Uygulama Niyeti” şeklinde isimlendirilen üçüncü faktörün özdeğeri 1,012'dir ve açıkladığı toplam varyans oranı ise %6,8'dir. Bu boyut altında yer alan maddelerin madde yük değerleri sırası ile 0,832 (4. madde), 0,599 (5. madde) ve 0,434 (12.madde)'dir. “Uygulama Niyeti” alt boyutunda yer alan 12. maddenin “bilimsel makaleleri okumaktan sıkılıyorum” madde yük değeri 0,45'in altındadır. Ancak literatürde ölçekte yer alan az sayıdaki madde için madde yük değerinin 0,30'a kadar çekilebileceği belirtilmektedir (Seçer 2013). Bu nedenle literatür doğrultusunda ölçekte tek bir maddenin yük değerinin 0,45'in altında olmasından dolayı madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Kamta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Madde No	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha
Faktör 1: İnanç ve Beklentiler (Cronbach Alpha=0,86)				
1	20,0871	7,433	,493	,691
2	19,9735	7,258	,631	,657
7	20,0189	6,939	,591	,661
9	20,0152	6,966	,572	,666
11	20,8826	8,469	,142	,801
13	20,0265	7,456	,504	,688
14	20,0871	7,433	,493	,691
Faktör 2: Duygular (Cronbach Alpha=0,78)				
3	16,5833	7,734	,352	,790
6	16,4015	7,063	,551	,711
8	16,1288	7,276	,607	,693
10	16,1515	7,232	,581	,701
15	16,1894	7,607	,615	,696
Faktör 3: Uygulama Niyeti (Cronbach Alpha=0,52)				
4	7,3295	1,773	,254	,395
5	7,3333	2,368	,340	,268
12	8,0265	2,094	,244	,392

Tablo 2’de KDHYTÖ maddelerinin iç ölçüt geçerliğini belirlemek amacıyla madde toplam test puanı korelasyonları ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı incelenmiştir.

Tablo 2’ye göre üç alt boyutun madde-toplam test korelasyonları; inanç ve beklentiler alt boyutunun 0,14–0,63, duygular alt boyutunun 0,35–0,62 ve uygulama niyeti alt boyutunun 0,24–0,34 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekte yer alan üç faktörün ayrı ayrı Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı sırasıyla 0,86, 0,78 ve 0,52 olarak bulunmuştur. KDHYTÖ geneli için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır.

Madde silindiğinde Cronbach Alpha değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin ölçekten çıkartılmasının ölçeğin pek fazla güvenilirliğini arttırmayacağı, aksine bazı maddelerin güvenilirliğini düşürerek ölçeğin iç tutarlılığına zarar vereceği ve bu şekilde

ölçme gücünü azaltacağı anlaşılmaktadır. Bu çerçevede KDHYTÖ 15 maddelik yapısı korunmuş ve bundan sonraki analizlerde bu yapı esas alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra “Bilgi formu” ve “Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanmasında araştırmacının aynı kurumda çalışması nedeniyle 08.00-17.00 mesai saatlerinde, katılımcıların uygun olduğu zaman diliminde, iş düzenini aksatmayacak şekilde anketler dağıtılmıştır. Anketlerin doldurulma süresi ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Bu çalışmanın amacı doğrultusunda hazırlanmış olan anket formu ile toplanan bilgiler ilk olarak "SPSS for Windows 21,0" paket programına sayısal veri olarak girilmiştir. Girilen veriler öncelikle araştırmacı tarafından kontrol edilmiş hatalı, eksik girilmiş olan veriler anket formunda yer alan bilgilerle kontrol edilmiş ve düzeltilmiştir.

Verilerin düzenlenmesi ve sınıflanmasından sonra, sıklık ve yüzdelikleri hazırlanmıştır. Sürekli verilere ilişkin minimum – maksimum değerleri, ortalamalar, standart sapmaları hesaplanarak verilere ilişkin tanımlayıcı istatistik tabloları hazırlanmıştır.

Çalışma kapsamında Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla verilere Faktör Analizi (Principal Components Analysis) uygulanmıştır. Faktör analizi ile aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan bir istatistiksel tekniktir. Açıklayıcı faktör analizi ise, değişkenler arasındaki ilişkilerden hareketle faktör bulmaya yönelik bir işlemdir. Bu çalışmada açımlayıcı faktör analizinde eksen döndürülmesinde varimax dik eksen döndürmesi uygulanmıştır (Büyüköztürk 2016). Aynı zamanda

açımlayıcı faktör analizinden sonra verilerin normalliğini test etmek için Kolmogrov-Simirnov analizi yapılmıştır. Literatürde veri setinin normalliğine ilişkin analizin gerçekleştirilmesinde n sayısı 50'nin üzerinde olan durumlarda Kolmogrov-Simirnov testinin kullanılması önerilmektedir (Seçer 2013). Kolmogrov-Simirnov testi sonucunda p değerinin 0,05'in üzerinde olması ($p=0,078$) verilerin normal bir dağılıma sahip olmadığına ve parametrik analizlerinin yapılabileceğine işaret etmektedir.

Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde “İlişkisiz Örneklem t-test” ve “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)’nden yararlanılmıştır. İki ilişkisiz örneklem ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla “İlişkisiz Örneklem t-test”, ilişkisiz iki ya da daha çok örneklem arasında anlamlı bir şekilde farklılık olup olmadığını belirlemede “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” kullanılmaktadır (Büyüköztürk 2016). Çalışma kapsamında bireylerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ile cinsiyetleri ve medeni durumları arasındaki ilişkinin incelenmesinde “İlişkisiz Örneklem t-test”, yaş, eğitim durumları, çalışılan bölüm ve çalışma yılı gibi değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” uygulanmıştır. İstatistiksel olarak Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları yaş, eğitim durumları, çalışılan bölüm ve çalışma yılı gibi değişkenler arasındaki ilişkinin önemli bulunduğu bu önemliliğin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla “Çoklu Karşılaştırma” testlerinden “Tukey testi” ile bakılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce KDHYTÖ’ni Türkçe’ye uyarlayan Yasemin AYHAN’dan e-mail yolu ile izin alınmıştır. Araştırma Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul izni (EK 4) ve Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Komisyonu 03.09.2018 tarih ve 3150 sayılı komisyon kararı ile (EK 3) izin alındıktan sonra, çalışmaya katılmak isteyen, anket ve ölçeği

yanıtlamayı kabul eden gönüllü hemşirelere bilgilendirilmiş onamları alınarak uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulgularının geçerliliği 2018 yılında Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve çalışma grubunu oluşturan hemşireler ile sınırlıdır.



4. BULGULAR

Araştırmanın bu kısmında, Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen anket çalışması sonucunda toplanan verilerden elde edilen bulgular ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulguları 4 başlık altında sunulmuştur. Bu başlıklar;

1. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri
2. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi durumları
3. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları
4. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki farklılıklar

4.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=264)

Demografik Değişkenler	n	%
Yaş		
20 – 32 yaş	68	25,8
33 – 45 yaş	173	65,5
46 – 58 yaş	23	8,7
Cinsiyet		
Kadın	209	79,2
Erkek	55	20,8
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	6	2,3
Ön lisans	70	26,5
Lisans	171	64,8
Yüksek lisans (uzmanlık)	17	6,4
Medeni Durum		
Evli	200	75,8
Bekar	64	24,2
Çalışılan bölüm		
Klinikler	102	38,6
Özellikli Birimler*	96	36,4
Diğer**	66	25,0
Aylık kişisel gelir		
Düşük	4	1,5
Orta	226	85,6
Yüksek	34	12,9
Çalışma Yılı		
10 yıl ve daha az	88	33,3
11 – 20 yıl	99	37,5
21 yıl ve daha fazla	77	29,2

*Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

**İdari birimler, poliklinikler

Araştırmaya katılan 264 hemşirenin %79,2'sini kadınlar, %20,8'ini erkekler oluşturmaktadır. Hemşirelerin yaşlarının 20 ile 58 arasında değiştiği görülmektedir. Hemşirelerin yaşlarının gruplara göre dağılımları incelendiğinde; %65,5'inin “33-45 yaş arasında”, %25,8'inin “20-32 yaş arasında”, %8,7'sinin “46-58 yaş arasında” yer aldığı gözlemlenmiştir (Tablo 3).

Hemşireler arasında lisans mezunu (%64,8) olduğunu belirtenler ilk sırada yer almaktadır. Bu yoğunluğu sırasıyla ön lisans mezunu (%26,5), yüksek lisans mezunu (%6,4), Sağlık Meslek Lisesi mezunu (%2,3) takip etmektedir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %75,8'inin evli, %24,2'sinin bekâr olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Hemşirelerin %38,6'sının kliniklerde, %36,4'ünün özellikli birimlerde (ameliyathane, acil, yoğun bakımlar), %25'inin diğer birimlerde (idari birimler, poliklinikler) alıştığı saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin %85,6'sı aylık kişisel gelirlerinin orta, %12,9'u yüksek, %1,5'i düşük olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %37,5'inin meslekte çalışma yılı 11-20 yıl arası, %33,3'ünün 10 yıl ve daha az, %29,2'sinin 21 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Demografik Bilgilere İlişkin N, Min., Max., Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Demografik Değişkenler	n	Min	Max	Ortalama	S.Sapma
Yaş	264	20	58	37,1	7,4
Çalışma süresi (yıl)	264	1	42	15,9	8,4
Fazla mesai süresi	88	1	120	37,8	25,6

Araştırmaya katılan 264 hemşirenin yaşlarının 20 ile 58 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $37,1 \pm 7,4$, meslekte çalışma sürelerinin 1 yıl ile 42 yıl arasında değiştiği ve çalışma yılı ortalamasının $15,9 \pm 8,4$, yaptıkları fazla mesai süresinin 1 ile 120 saat arasında değiştiği ve yapılan fazla mesai süresi ortalamasının $37,8 \pm 25,6$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin Kurumdaki Ek Görevlerinin Bulunma Durumunun Dağılımı

Hemşirelerin Kurumdaki Ek Görevleri	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Komisyon çalışmaları	22	8,3	242	91,7	264
Kalite çalışmaları	13	4,9	251	95,1	264	100,0
Eğitim çalışmaları	25	9,5	239	90,5	264	100,0
Ek görevi olmayanlar	216	81,8	48	18,2	264	100,0
Diğer *	2	0,8	262	99,2	264	100,0

*Servis sorumlusu, sivil toplum kuruluşu

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin hastane içinde gerçekleştirdikleri ek görevleri olma durumu incelendiğinde, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%81,8) hastane içerisinde ek görevleri olmadığını belirtmişlerdir. %9,5'i eğitim çalışmalarına katıldıklarını, %8,3'ü komisyonda görev aldıklarını, %4,9'u kalite çalışmalarında ve %0,8'i ise diğer (Sivil Toplum Örgütleri, Servis Sorumluluğu) belirlenen ek görevleri yerine getirdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 5).

4.2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumları

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgileri durumlarına ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 6. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumları

	Evet		Hayır		Kısmen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Konusundaki Bilgi Sahibi Olma Durumu*	170	64,4	94	35,6	-	-	264	100,0
Çalışılan Kurumun Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarını Destekleme Durumları	68	25,8	98	37,1	98	37,1	264	100,0
Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Etme Durumları	98	37,1	150	56,8	16	6,1	264	100,0
Hemşirelerin Hemşirelik Girişimlerini Gerçekleştirirken Bilimsel Çalışmalardan/Kanıtlardan Yararlanma Durumları	79	29,9	49	18,6	136	51,5	264	100,0
Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Mesleğe ve Klinikteki Uygulamalara Sağladığı Katkı	143	54,2	21	8,0	100	37,9	264	100,0

*Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumu Evet/Hayır olarak değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin %64,4'ü KDH uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğunu, sadece %25,8'i kurumun KDH uygulamalarını desteklediğini, %37,1'i meslekleri ile bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edebildiğini, %29,9'u girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlandığını, %54,2'si KDH uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara katkı sağladığını ifade etmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Demografik Değişkenler		Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Konusundaki Bilgi Sahibi Olma Durumu						Test	p
		Evet		Hayır		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	20 – 32 yaş	47	69,1	21	30,9	68	100,0	$X^2=3.424$	p=.180
	33 – 45 yaş	112	64,7	61	35,3	173	100,0		
	46 – 58 yaş	11	47,8	12	52,2	23	100,0		
Cinsiyet	Kadın	137	65,6	72	34,4	209	100,0	$X^2=0.585$	p=.270
	Erkek	33	60,0	22	40,0	55	100,0		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	3	50,0	3	50,0	6	100,0	$X^2=32.456$	p=.000*
	Ön lisans	26	37,1	44	62,9	70	100,0		
	Lisans	128	74,9	43	25,1	171	100,0		
	Yüksek lisans(uzmanlık)	13	76,5	4	23,5	17	100,0		
Medeni Durum	Evli	128	64,0	72	36,0	200	100,0	$X^2=0.056$	p=.469
	Bekar	42	65,6	22	34,4	64	100,0		
Çalışılan bölüm	Klinikler	66	64,7	36	35,3	102	100,0	$X^2=1.274$	p=.529
	Özellikli Birimler**	65	67,7	31	32,3	96	100,0		
	Diğer***	39	59,1	27	40,9	66	100,0		
	Toplam	170	64,4	94	35,6	264	100,0		
Çalışma Yılı	10 yıl ve daha az	55	62,5	33	37,5	88	100,0	$X^2=1.311$	p=.519
	11 – 20 yıl	68	68,7	31	31,3	99	100,0		
	21 yıl ve daha fazla	47	61,0	30	39,0	77	100,0		
Toplam		170	64,4	94	35,6	264	100,0		

*p<0.05

** Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

***İdari birimler, poliklinikler

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde; %64,4'ü kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgisi olduğunu, %35,6'sı ise bilgisi olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumları demografik değişkenler ile karşılaştırıldığında “20-32 yaş” grubunda olanların (%69,1), kadınların (%65,6), yüksek lisans mezunu olanların (%76,5), bekarların (%65,6), özellikli birimlerde çalışanların (%67,7) oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumları ile demografik değişkenler arasında yapılan karşılaştırma sonucunda demografik değişkenlerden eğitim durumu ($X^2 = 32,456$; $sd=3$; $p<0,05$) ile anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 8. Kurumun Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarını Destekleme Durumları ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Çalışılan Kurumun Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarını Destekleme Durumları								Test	p
		Evet		Hayır		Kısmen		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	20 – 32 yaş	20	29,4	18	26,5	30	44,1	68	100,0	X ² =5.553	p=.235
	33 – 45 yaş	44	25,4	71	41,0	58	33,5	173	100,0		
	46 – 58 yaş	4	17,4	9	39,1	10	43,5	23	100,0		
Cinsiyet	Kadın	57	27,3	75	35,9	77	36,8	209	100,0	X ² =1.328	p=.515
	Erkek	11	20,0	23	41,8	21	38,2	55	100,0		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	2	33,3	1	16,7	3	50,0	6	100,0	X ² =6.096	p=.412
	Ön lisans	20	28,6	30	42,9	20	28,6	70	100,0		
	Lisans	41	24,0	59	34,5	71	41,5	171	100,0		
	Yüksek lisans	5	29,4	8	47,1	4	23,5	17	100,0		
Medeni Durum	Evli	49	24,5	77	38,5	74	37,0	200	100,0	X ² =0.056	p=.469
	Bekar	19	29,7	21	32,8	24	37,5	64	100,0		
Çalışılan bölüm	Klinikler	27	26,5	37	36,3	38	37,3	102	100	X ² =4.815	p=.307
	Özellikli Birimler*	30	31,3	35	36,5	31	32,3	96	100		
	Diğer**	11	16,7	26	39,4	29	43,9	66	100		
Çalışma Yılı	10 yıl ve daha az	23	26,1	24	27,3	41	46,6	88	100	X ² =7.527	p=0.111
	11 – 20 yıl	28	28,3	40	40,4	31	31,3	99	100		
	21 yıl ve daha fazla	17	22,1	34	44,2	26	33,8	77	100		
Toplam		68	25,8	98	37,1	98	37,1	264	100		

*Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

**İdari birimler, poliklinikler

Kurumun kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını destekleme durumları incelendiğinde; hemşirelerin %25,8'i kurumun kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını desteklediğini, %37,1'i desteklemediğini, %37,1'i ise kısmen desteklediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin kurumun kanıta dayalı uygulamaları destekleme durumları demografik değişkenler ile karşılaştırıldığında kurumun kanıta dayalı uygulamaları desteklediğini düşünenlerden “20 – 32 yaş” grubunda olanların (%29,4), kadınların (%27,3), sağlık meslek lisesi mezunu olanların (%33,3), bekâr olanların (%29,7), özellikli birimlerde çalışanların (%31,3), çalışma yılının “11-20 yıl” arasında olanların (%28,3) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Kurumun kanıta dayalı uygulamaları desteklemediğini düşünenlerden “33 – 45 yaş” grubunda olanların (%41,0), erkeklerin (%41,8), yüksek lisans mezunlarının (%47,1), evli olanların (%38,5), idari birimler ve polikliniklerde çalışanların (%39,4), çalışma süresi 21 yıl ve daha fazla olanların (%44,2) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

Hemşirelerin, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını çalıştıkları kurumun destekleme durumları ile demografik değişkenler arasındaki yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin Meslekleri ile İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Etme Durumları ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		Hemşirelerin Meslekleri ile İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Etme Durumları								Test	p
Demografik Değişkenler	Evet		Hayır		Kısmen		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş	20 – 32 yaş	32	47,1	33	48,5	3	4,4	68	100,0	X ² =4.194	p=.380
	33 – 45 yaş	58	33,5	103	59,5	12	6,9	173	100,0		
	46 – 58 yaş	8	34,8	14	60,9	1	4,3	23	100,0		
Cinsiyet	Kadın	74	35,4	120	57,4	15	7,2	209	100,0	X ² =2.291	p=.232
	Erkek	24	43,6	30	54,5	1	1,8	55	100,0		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	3	50,0	3	50,0	0	0,0	6	100,0	X ² =Uygulanamadı*	
	Ön lisans	26	37,1	43	61,4	1	1,4	70	100,0		
	Lisans	63	36,8	94	55,0	14	8,2	171	100,0		
	Yüksek lisans	6	35,3	10	58,8	1	5,9	17	100,0		
Medeni Durum	Evli	72	36,0	113	56,5	15	7,5	200	100,0	X ² =3.114	p=.211
	Bekar	26	40,6	37	57,8	1	1,6	64	100,0		
Çalışılan bölüm	Klinikler	31	30,4	63	61,8	8	7,8	102	100	X ² =3.974	p=.409
	Özellikli Birimler**	39	40,6	53	55,2	4	4,2	96	100		
	Diğer***	28	42,4	34	51,5	4	6,1	66	100		
Çalışma Yılı	10 yıl ve daha az	40	45,5	44	50,0	4	4,5	88	100,0	X ² =4.098	p=.393
	11-20 yıl	33	33,3	59	59,6	7	7,1	99	100,0		
	21 yıl ve daha fazla	25	32,5	47	61,0	5	6,5	77	100,0		
Toplam		98	37,1	150	56,8	16	6,1	264	100,0		

* Gözlenen değer 5'den küçük olan hücre sayısı %30'u aştığı için Ki-kare analizi uygulanmamıştır.

** Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

*** İdari birimler, poliklinikler

Hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etme durumları incelendiğinde; %37,1'imeslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edebildiğini, %56,8'i takip edemediğini, %6,1'i kısmen takip edebildiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edebildiğini düşünenlerden “20 – 32 yaş” grubunda olanların (%47,1), erkeklerin (%43,6), Sağlık Meslek Lisesi mezunu olanların (%50,0), bekâr olanların (%40,6), poliklinik ve idari birimlerde çalışanların (%42,4), çalışma yılının “10 yıl ve daha az” olanların (%45,5) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edemediğini düşünenlerden “46-58 yaş” grubunda olanların (%60,9), kadınların (%57,4), ön lisans mezunlarının (%61,4), bekar olanların (%57,8), kliniklerde çalışanların (%61,8), çalışma süresi 21 yıl ve daha fazla olanların (%61,0) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları kısmen takip edebildiğini düşünenlerden “33-45 yaş” grubunda olanların (%6,9), kadınların (%7,2), lisans mezunlarının (%8,2), evli olanların (%7,5), kliniklerde çalışanların (%7,8), çalışma süresi 11-20 yıl arasında olanların (%7,1) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etme durumları ile demografik değişkenler arasında yapılan karşılaştırma sonucunda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Etmelerini Sağlayan Unsurların Dağılımı

Hemşirelerin Çalışmaları/Kanıtları Takip Etmesini Sağlayan Unsurlar	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kütüphane	27	10,2	237	89,8	264	100,0
Veri tabanı	59	22,3	205	77,7	264	100,0
Dergi	21	8,0	243	92,0	264	100,0
Internet	246	93,2	18	6,8	264	100,0

Hemşirelerin bilimsel çalışmaların/kanıtların takibini sağlayan unsurların dağılımına bakıldığında; %93,2'sinin internet, %22,3'ünün veri tabanları, %10,2'sinin kütüphane ve %8,0'inin dergi abonelikleri kullandıkları saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Edememe Sebeplerinin Dağılımı

Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Bilimsel Çalışmaları/Kanıtları Takip Edememe Sebeplerinin Dağılımı		Evet		Hayır		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışma saatlerinin fazla olması		68	25,8	196	74,2	264	100,0
Bilgi sahibi olmaması		52	19,7	212	80,3	264	100,0
Gereksinim duymaması		30	11,4	234	88,6	264	100,0
Bilimsel çalışmalara ulaşmada sıkıntı yaşaması		86	32,6	178	67,4	264	100,0
Zaman ayıramaması		195	73,9	69	26,1	264	100,0

Hemşirelerin bilimsel çalışmaları takip edememe sebeplerinin dağılımına bakıldığında %73,9'u bilimsel çalışmalara zaman ayıramadığını, %32,6'sı bilimsel çalışmalara ulaşmakta sıkıntı yaşadığını, %25,8'i çalışma saatlerinin çok fazla olduğunu, %19,7'si bu konuda bilgi sahibi olmadığını, %11,4'ü gereksinim duymadığını ifade etmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin Bilimsel Çalışmalardan/Kanıtlardan Yararlanma Durumları ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Hemşirelerin Hemşirelik Girişimlerini Gerçekleştirirken Bilimsel Çalışmalardan/ Kanıtlardan Yararlanma Durumları									
		Evet		Hayır		Kısmen		Toplam		Test	p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	20 – 32 yaş	25	36,8	13	19,1	30	44,1	68	100,0	X ² =2.885	p=.583
	33 – 45 yaş	47	27,2	31	17,9	95	54,9	173	100,0		
	46 – 58 yaş	7	30,4	5	21,7	11	47,8	23	100,0		
Cinsiyet	Kadın	62	29,7	30	14,4	117	56,0	209	100,0	X ² =13.470	p=.001
	Erkek	17	30,9	19	34,5	19	34,5	55	100,0		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	1	16,7	1	16,7	4	66,7	6	100,0	X ² =Uygulanamadı**	
	Ön lisans	21	30,0	16	22,9	33	47,1	70	100,0		
	Lisans	52	30,4	29	17,0	90	52,6	171	100,0		
	Yüksek lisans	5	29,4	3	17,6	9	52,9	17	100,0		
Medeni Durum	Evli	60	30,0	40	20,0	100	50,0	200	100,0	X ² =1.290	p=.525
	Bekar	19	29,7	9	14,1	36	56,3	64	100,0		
Çalışılan bölüm	Klinikler	26	25,5	16	15,7	60	58,8	102	100	X ² =5.611	p=.230
	Özellikli Birimler***	35	36,5	17	17,7	44	45,8	96	100		
	Diğer****	18	27,3	16	24,2	32	48,5	66	100		
Çalışma Yılı	10 yıl ve daha az	30	34,1	16	18,2	42	47,7	88	100,0	X ² =1.484	p=.829
	11 – 20 yıl	29	29,3	19	19,2	51	51,5	99	100,0		
	21 yıl ve daha fazla	20	26,0	14	18,2	43	55,8	77	100,0		
Toplam		79	29,9	49	18,6	136	51,5	264	100,0		

*p<0.05

** Gözlenen değer 5'den küçük olan hücre sayısı %30'u aştığı için Ki-kare analizi uygulanmamıştır.

***Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

**** İdari birimler, poliklinikler

Tablo 12’de hemşirelerin %29,9’u, hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlandığını, %18,6’sı yararlanmadığını, %51,5’i kısmen yararlandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlanma durumları demografik değişkenler ile karşılaştırıldığında hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlandığını düşünenlerden “20 – 32 yaş” grubunda olanların (%36,8), erkeklerin (%30,9), lisans mezunu olanların (%30,4), evli olanların (%30,0), özellikli birimlerde çalışanların (%36,5), çalışma yılının “10 yıl ve daha az” olanların (%34,1) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlanmadığını düşünenlerden “46-58 yaş” grubunda olanların (%21,7), erkeklerin (%34,5), ön lisans mezunlarının (%22,9), evli olanların (%20,0), poliklinik ve idari birimlerde çalışanların (%24,2), çalışma süresi 11-20 yıl arasında olanların (%19,2) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan kısmen yararlandığını düşünenlerden “33-45 yaş” grubunda olanların (%54,9), kadınların (%56,0), Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının (%66,7), bekar olanların (%56,3), kliniklerde çalışanların (%58,8), çalışma süresi 21 yıl ve daha fazla olanların (%55,8) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin, girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlanma durumları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin Klinikteki Hemşirelik Uygulamalarında Kullandıkları Yöntem ve Rehberler

Hemşirelerin Klinikteki Hemşirelik Uygulamalarında Kullandıkları Yöntem ve Rehberler	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekim istemi ve hasta takip formları	191	72,3	73	27,7	264	100,0
Bilimsel çalışma sonuçları	65	24,6	199	75,4	264	100,0
Meslektaşlarım ile yaptığım sözlü bilgi alışverişi	148	56,1	116	43,9	264	100,0
Kişisel deneyim ve tecrübe	172	65,2	92	34,8	264	100,0
Hizmet içi eğitimler	164	62,1	100	37,9	264	100,0
Kurs ve sertifika programları	131	49,6	133	50,4	264	100,0
Klinik hemşirelik rehberleri	81	30,7	183	69,3	264	100,0

Hemşirelerin klinikteki hemşirelik uygulamalarında kullandıkları yöntemlerin dağılımı incelendiğinde, hemşirelik uygulamalarında yöntem olarak %72,3'ü hekim istemi ve hasta takip formları, %24,6'sı bilimsel çalışma sonuçları, %56,1'i meslektaşları ile yaptığı sözlü bilgi alışverişi, %65,2'si kişisel deneyim ve tecrübe, %62,1'i hizmet içi eğitimler, %49,6'sı kurs ve sertifika programları, %30,7'si klinik hemşirelik rehberleri kullandığını ifade etmiştir (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Yorumlama Durumlarının Dağılımı

Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Yorumlama Durumları	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Nasıl araştırma yapıldığını bilirim	92	34,8	172	65,2	264	100,0
Araştırma tipini değerlendirebilirim	48	18,2	216	81,8	264	100,0
Örneklem seçimini ve yeterliliğini değerlendirebilirim.	50	18,9	214	81,1	264	100,0
Bulguları okuyup yorumlayabilirim.	120	45,5	144	54,5	264	100,0
Sonuçları uygulamaya aktarabilirim	148	56,1	116	43,9	264	100,0

Hemşirelerin bilimsel araştırma sonuçlarını yorumlama durumlarının dağılımı incelendiğinde, %56,1'i sonuçları uygulamaya aktarabildiğini, %45,5'i bulguları okuyup yorumlayabildiğini, %34,8'i nasıl araştırma yapıldığını bildiğini, %18,9'u örneklem seçimi ve yeterliliğini değerlendirebildiğini ve %18,2'si araştırmanın tipini değerlendirebildiğini ifade etmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Mesleğe ve Klinikteki Uygulamalara Katkı Sağlamasına İlişkin Görüşleri ve Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Mesleğe ve Klinikteki Uygulamalara Katkı Sağlamasına İlişkin Görüşleri								Test	p
		Evet		Hayır		Kısmen		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	20 – 32 yaş	36	52,9	7	10,3	25	36,8	68	100,0	X ² =2.607	p=.626
	33 – 45 yaş	97	56,1	11	6,4	65	37,6	173	100,0		
	46 – 58 yaş	10	43,5	3	13,0	10	43,5	23	100,0		
Cinsiyet	Kadın	118	56,5	15	7,2	76	36,4	209	100,0	X ² =2.344	p=.310
	Erkek	25	45,5	6	10,9	24	43,6	55	100,0		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	4	66,7	0	0,0	2	33,3	6	100,0	X ² =Uygulanamadı*	
	Ön lisans	33	47,1	10	14,3	27	38,6	70	100,0		
	Lisans	94	55,0	11	6,4	66	38,6	171	100,0		
	Yüksek lisans	12	70,6	0	0,0	5	29,4	17	100,0		
Medeni Durum	Evli	107	53,5	16	8,0	77	38,5	200	100,0	X ² =0.154	p=.926
	Bekar	36	56,3	5	7,8	23	35,9	64	100,0		
Çalışılan bölüm	Klinikler	52	51,0	4	3,9	46	45,1	102	100	X ² =0.154	p=.926
	Özellikli Birimler**	54	56,3	8	8,3	34	35,4	96	100		
	Diğer***	37	56,1	9	13,6	20	30,3	66	100		
Çalışma Yılı	10 yıl ve daha az	44	50,0	9	10,2	35	39,8	88	100,0	X ² =0.154	p=.926
	11 – 20 yıl	58	58,6	5	5,1	36	36,4	99	100,0		
	21 yıl ve daha fazla	41	53,2	7	9,1	29	37,7	77	100,0		
Toplam		143	54,2	21	8,0	100	37,9	264	100,0		

* Gözlenen değer 5'den küçük olan hücre sayısı %30'u aştığı için Ki-kare analizi uygulanmamıştır.

**Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

***İdari birimler, poliklinikler

Tablo 15’te hemşirelerin %54,2’si kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara katkı sağladığını, %8,0’i katkı sağlamadığını, %37,9’u kısmen katkı sağladığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, KDH uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara katkı sağladığını düşünenlerden “33-45 yaş” grubunda olanların (%56,1), kadınların (%56,5), yüksek lisans mezunu olanların (%70,6), bekâr olanların (%56,3), özellikli birimde çalışanların (%56,3), çalışma yılı “11-20 yıl arası” olanların (%58,6) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Katkı sağlamadığını düşünenlerden “46-58 yaş” grubunda olanların (%13,0), erkeklerin (%10,9), ön lisans mezunlarının (%14,3), evli olanların (%8,0), idari birimler ve polikliniklerde çalışanların (%13,6), çalışma süresi 10 yıl ve daha az olanların (%10,2) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Kısmen katkı sağladığını düşünenlerden “46-58 yaş” grubunda olanların (%43,5), erkeklerin (%43,6), ön lisans ve lisans mezunlarının (%38,6), evli olanların (%38,5), kliniklerde çalışanların (%45,1), çalışma süresi 10 yıl ve daha az olanların (%39,8) oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara katkı sağlamasına ilişkin görüşleri ile demografik değişkenler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 15).

4.3. Hemşirelerin KDH Yönelik Tutumları

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 16. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt boyutlarına İlişkin n, Min., Max., Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
KDHYTÖ Geneli	264	36,00	75,00	60,76	7,92
KDHYTÖ İnanç ve Beklentiler Alt Boyutu	264	12,00	35,00	29,06	4,12
KDHYTÖ Duygular Alt Boyutu	264	8,00	25,00	20,59	3,37
KDHYTÖ Uygulama Niyeti Alt Boyutu	264	4,00	15,00	11,10	1,96

* Ters kodlama yapılmıştır.

KDHYTÖ ile üç alt boyutunun ortalama puanları ve standart sapmaları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Buna göre; KDHYTÖ puan ortalaması $60,76 \pm 7,92$ (36-75) bulunmuştur. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği İnanç ve Beklentiler Alt Boyutu puan ortalaması $29,06 \pm 4,12$ (12-35), Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Duygular Alt Boyutu puan ortalaması $20,59 \pm 3,37$ (8-25), Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Uygulama Niyeti Alt Boyutu puan ortalaması $11,10 \pm 1,96$ (4-15) bulunmuştur (Tablo 16).

4.4. Hemşirelerin KDH Yönelik Tutumları ile Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki farklılıklara ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 17. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri

Demografik Değişkenler	İstatistiksel Analizler						
	N	%	M	SD	Test	df	Sig.
Yaş							
20 – 32 yaş	68	25,8	59,01	9,36			
33 – 45 yaş	173	65,5	61,66	7,19	F=3.227	2- 261	.041
46 – 58 yaş	23	8,7	59,26	7,83			
Cinsiyet							
Kadın	209	79,2	61,3	7,8	t=2.300	262	.022
Erkek	55	20,8	58,6	8,1			
Eğitim Durumu							
Sağlık Meslek Lisesi	6	2,3	58,50	6,80			
Ön lisans	70	26,5	59,24	7,96	F=1.475	3 – 260	.222
Lisans	171	64,8	61,36	7,56			
Yüksek lisans (uzmanlık)	17	6,4	61,94	10,93			
Medeni Durum							
Evli	200	75,8	60,9	7,5	t=0.583	262	.560
Bekar	64	24,2	60,3	9,1			
Çalışılan bölüm							
Klinikler	102	38,6	60,34	7,94			
Özellikli Birimler*	96	36,4	60,50	7,58	F=0.780	2 – 261	.460
Diğer**	66	25	61,82	8,41			
Çalışma Yılı							
10 yıl ve daha az	88	33,3	59,63	9,20			
11 – 20 yıl	99	37,5	61,60	6,65	F=1.498	2 – 261	.225
21 yıl ve daha fazla	77	29,2	61,01	7,82			

*Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

**İdari birimler, poliklinikler

KDHYTÖ geneli ile demografik değişkenler arasında yapılan karşılaştırmada yaş ($F=3,227$, $p=0,041$) ve cinsiyet ($t=2,300$, $p=0,022$) ile anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 17).

Hemşirelerin 33-45 yaş arasında olanların KDHYTÖ puan ortalaması 61,66±7,19, kadınların KDHYTÖ puan ortalaması 61,3±7,8 olarak bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 18. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutlarından İnanç ve Beklentiler ve Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri

Demografik Değişkenler	İstatistiksel Analizler						
	N	%	M	SD	Test	df	Sig.
Yaş							
20 – 32 yaş	68	25,8	28,32	4,86			
33 – 45 yaş	173	65,5	29,43	3,79	F=2.360	3 – 260	.072
46 – 58 yaş	23	8,7	28,48	3,92			
Cinsiyet							
Kadın	209	79,2	29,2	4,2	t=1.315	262	.192
Erkek	55	20,8	28,5	3,7			
Eğitim Durumu							
Sağlık Meslek Lisesi	6	2,3	28,00	4,47			
Ön lisans	70	26,5	28,03	4,11	F=2.024	2 – 261	.134
Lisans	171	64,8	29,43	3,98			
Yüksek lisans (uzmanlık)	17	6,4	29,94	4,87			
Medeni Durum							
Evli	200	75,8	28,9	4,0	t=0.841	262	.401
Bekar	64	24,2	29,4	4,4			
Çalışılan bölüm							
Klinikler	102	38,6	28,63	4,40			
Özellikli Birimler*	96	36,4	29,28	3,72	F=0.939	2 – 261	.393
Diğer**	66	25	29,41	4,22			
Çalışma Yılı							
10 yıl ve daha az	88	33,3	28,58	4,83			
11 – 20 yıl	99	37,5	29,41	3,57	F=0.986	2 – 261	.374
21 yıl ve daha fazla	77	29,2	29,16	3,87			

*Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

**İdari birimler, poliklinikler

KDHYTÖ İnanç ve Beklentiler Alt Boyutunun demografik değişkenlere ilişkin istatistiksel analizleri incelenmiştir. Buna göre; kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin inanç ve beklentiler alt boyutu ile yaş ($F=2,360$, $p=0,072$), cinsiyet ($t=1,315$, $p=0,192$), öğrenim durumu ($F=2,024$, $p=0,134$), medeni durum ($t=0,841$, $p=0,401$), çalışılan bölüm ($F=0,939$, $p=0,393$) ve çalışma yılı ($F=0,986$, $p=0,374$) arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 18).



Tablo 19. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Duygular Alt Boyutunun Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri

Demografik Değişkenler	İstatistiksel Analizler						
	N	%	M	S	Test	df	Sig.
Yaş							
20 – 32 yaş	68	25,8	19,72	4,21	F=6,602	2 – 261	.002
33 – 45 yaş	173	65,5	21,13	2,83			
46 – 58 yaş	23	8,7	19,22	3,68			
Cinsiyet							
Kadın	209	79,2	20,85	3,07	t=2.348	262	.020
Erkek	55	20,8	19,65	4,26			
Eğitim Durumu							
Sağlık Meslek Lisesi	6	2,3	19,50	2,07	F=0.418	3 – 260	.741
Ön lisans	70	26,5	20,47	3,61			
Lisans	171	64,8	20,73	3,23			
Yüksek lisans (uzmanlık)	17	6,4	20,18	4,28			
Medeni Durum							
Evli	200	75,8	20,80	3,11	t=1.676	262	.095
Bekar	64	24,2	19,98	4,07			
Çalışılan bölüm							
Klinikler	102	38,6	20,51	3,28	F=0.745	2 – 261	.476
Özellikli Birimler*	96	36,4	20,40	3,68			
Diğer**	66	25	21,03	3,06			
Çalışma Yılı							
10 yıl ve daha az	88	33,3	20,07	4,00	F=2.067	2 – 261	.126
11 – 20 yıl	99	37,5	21,07	2,75			
21 yıl ve daha fazla	77	29,2	20,60	3,30			

*Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

**İdari birimler, poliklinikler

KDHYTÖ Duygular Alt Boyutunun demografik değişkenlere ilişkin istatistiksel analizleri incelendiğinde; KDHYTÖ duygular alt boyutu ile yaş (F=6,602; p=0,002) ve cinsiyet (t=2,348; p=0,020), arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Hemşirelerin 33-45 yaş arası olanların KDHYTÖ puan ortalaması 21,13±2,83, kadınların KDHYTÖ puan ortalaması 20,85±3,07 olarak bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 20. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutlarından Uygulama Niyeti ve Demografik Değişkenlere İlişkin İstatistiksel Analizleri

Demografik Değişkenler	İstatistiksel Analizler						
	N	%	M	SD	Test	df	Sig.
Yaş							
20 – 32 yaş	68	25,8	10,97	2,16	F=0.788	2 – 261	.456
33 – 45 yaş	173	65,5	11,10	1,94			
46 – 58 yaş	23	8,7	11,57	1,47			
Cinsiyet							
Kadın	209	79,2	11,27	2,01	t=2.655	262	.008
Erkek	55	20,8	10,49	1,67			
Eğitim Durumu							
Sağlık Meslek Lisesi	6	2,3	11,00	1,67	F=1.682	3 – 260	.171
Ön lisans	70	26,5	10,74	1,68			
Lisans	171	64,8	11,19	1,99			
Yüksek lisans (uzmanlık)	17	6,4	11,82	2,67			
Medeni Durum							
Evli	200	75,8	11,20	1,92	t=1.246	262	.214
Bekar	64	24,2	10,84	2,10			
Çalışılan bölüm							
Klinikler	102	38,6	11,21	1,92	F=1.773	2 – 261	.172
Özellikli Birimler*	96	36,4	10,82	1,73			
Diğer**	66	25	11,38	2,31			
Çalışma Yılı							
10 yıl ve daha az	88	33,3	10,98	2,24	F=0,422	2 – 261	.656
11 – 20 yıl	99	37,5	11,11	1,75			
21 yıl ve daha fazla	77	29,2	11,26	1,89			

*Acil, ameliyathane, yoğun bakımlar

**İdari birimler, poliklinikler

KDHYTÖ Uygulama Niyeti Alt Boyutunun demografik değişkenlere ilişkin istatistiksel analizleri incelendiğinde; KDHYTÖ uygulama niyeti alt boyutu ile cinsiyet ($t=2,655$, $p=0,008$) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 20).

Hemşirelerden kadınların KDHYTÖ puan ortalaması $11,27 \pm 2,01$ olarak bulunmuştur (Tablo 20).



5.TARTIŞMA

Kanıtın bakım uygulamalarında kullanılması hemşirelik mesleği için önemlidir. Çünkü, etkili hemşirelik bakımı verilmesini ve gereksiz uygulamaların önlenmesini sağlar. Hasta bakımı ile ilgili alınan kararlarda hataları azaltır. Bakım verilen hastaların ihtiyaçlarına cevap verebilmek ve kaliteli bakım sunabilmek için hemşirelerden mesleki gelişmeleri takip etmesi, klinik bilgilerini sürekli güncellemesi, araştırmaları anlaması ve araştırma yapması, mesleki uygulamalarını araştırma kanıtına dayandırması beklenmektedir (Kapucu ve Kahveci 2017).

Bu çalışmada hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının incelenmesi amaçlandı. Araştırmada elde edilen veriler 3 bölümde tartışılmıştır. Bu bölümler şunlardır;

1. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
2. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına ilişkin bulguların tartışılması
3. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki farklılıklara ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma sonucunda hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda %64,4'ünün bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Literatür taramasında hemşirelerin KDU hakkında bilgi sahibi olma durumu ile ilgili araştırmamıza benzer bir oran tespit edilememiştir. Maaskant vd. (2013) hemşirelerin %62'sinin KDU hakkında az bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Çalışmamızdan

farklı olarak Munroe ve arkadaşları (2008), hemşirelerin sadece %3'ünün KDU hakkında tam bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve Gürler (2017), ise KDU tanımının yapılmasını istediği çalışmada hemşirelerin %49,1'inin "hemşirelik bakımının bilimsel çalışmalardan elde edilmiş bir temele dayandırılmasıdır" olarak tanımladığını ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans düzeyinde eğitim durumuna sahip olması nedeniyle, eğitimlerinin içinde veya sonrasında, sertifikasyon programlarında ve ya hizmet içi eğitimlerde aldıkları KDU ders ve eğitimleri ile farkındalıklarının ve bilgi durumlarının arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda en çok 20-32 yaş aralığında (%69,1), yüksek lisans mezunu (%76,5), kadın (%65,6), bekar (%65,6) ve özellikli birimlerde çalışan hemşirelerin (%67,7) KDU hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumu ile eğitim durumu karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$; Tablo 7). Bunun sebebinin hemşirelere lisans eğitiminde KDU bilincinin verilmesi, KDU'nın önemi üzerinde durulması ve yüksek lisans düzeyinde KDU'nun ders olarak alınmasının olduğu düşünülmektedir. Bekar hemşirelerin KDU bilgisinin daha yüksek bulunmasının sebebinin, bilimsel araştırmaları/kanıtları takip edebilecek zamanı evlilere göre daha fazla ayırabilmesi olduğu düşünülmektedir. Özellikli birimlerde KDU bilgisinin daha yüksek bulunmasının nedeninin ise gereksinimin fazla olması, bu birimlerde çalışanların sertifika sahibi olması, ortam ve kaynak gibi faktörlerin daha uygun olması olabilir.

Çalışılan kurumun kanıta dayalı uygulamaları destekleme durumuna bakıldığında katılımcıların %74,2'si ("Hayır" %37,1, "Kısmen" %37,1) kurumun yeterli desteği olmadığını ifade etmiştir. Yılmaz ve Gürler (2017), hemşirelerin %45,6'sının çalıştıkları kurumun KDU için uygun olmadığını, Hannes vd. (2007) hemşirelerin KDU yönelik kurumsal desteği bulamadıklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Brown vd. (2009) hemşirelerin %54,4'ünün çalıştığı kurumu KDU için yeterli gördüğünü belirtmiştir. Çalışmamızda kurumsal desteğin yetersiz olduğunun ifade edilme nedeninin, kurumla ilgili sistem sorunu olabileceği

gibi yöneticilerin de desteğinin yeterli olmaması, hemşirelerin bilimsel çalışmalara, veri tabanlarına ulaşabilecekleri sistemlerin kurulmaması, bu tür desteklere ayrılmış bir fon olmaması, kongre ve bilimsel toplantılara katılımın desteklenmemesi, araştırma yapabilecek zamanı yaratmak için idari izin verilmemesi gibi faktörlerin olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın yapıldığı hastanede 2015 yılında Araştırma ve Geliştirme (AR-GE) birimi kurulmuş, ancak 2018 yılında Eğitim Birimi içine alınmıştır. Kurumsal desteğin yeterli hale gelebilmesi için AR-GE birimlerinin ayrı bir birim olması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kurumun KDU destekleme durumu demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 8). Ancak, çalışılan bölüm ile karşılaştırıldığında özellikli birimlerde çalışan hemşirelerin %31,3'ü KDU konusunda kurumun desteği gördüklerini ifade etmiştir (Tablo 8). Bu oranın oldukça düşük olması kurumsal engelleri ve liderlik desteğindeki yetersizliği düşündürmektedir.

Araştırmamız sonucunda hemşirelerin %56,8'inin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edemediği saptanmıştır. Ayhan ve İntepeler (2015) ise çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin yarıdan fazlasının bilimsel çalışmaları/kanıtları takip ettiğini belirtmişlerdir. Yıldırım (2018), hemşirelerin bilimsel çalışmaları takip etme durumunu bilimsel toplantılara katılım durumu olarak karşılaştırmış ve hemşirelerin %30'unun bilimsel toplantılara katıldığını ifade etmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etme durumu demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 9). Bu durum demografik değişkenlerin hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etme durumuna etki etmediğini göstermektedir.

Hemşirelerin bilimsel çalışmaları/kanıtları %93,2' i ile en çok internet, %22,3'ü veri tabanları, %10,2'si kütüphane ve %8,0'i dergi abonelikleri kullanarak takip ettiği saptanmıştır (Tablo 10). Küçük vd. (2017), 1150 hemşire öğrencisi ve hemşire

üzerinde yürüttükleri çalışmada bilimsel çalışmalara/kanıtlara ulaşmak için %64'ünün interneti kullandıklarını belirtmişlerdir. Teknolojinin bize sağladığı olanaklardan internet en sık kullanılan bilgi kaynağıdır. Çağımızın gerekliliği olarak cep telefonlarımıza kadar girmiş en kolay ulaşılan kaynaktır. Bu nedenle çalışmamızda hemşirelerin bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etmesini sağlayan en çok kullanılan kaynağın internet çıkması beklenen bir durum olarak düşünülebilir. Ancak, %22 veri tabanlarının seçilmesi önemli bir bulgudur. Bu durum hemşirelerin araştırma sonuçları için kaynaklar hakkında bilgi sahibi olma durumunun umut verici olduğunu düşündürmektedir. Bostrom vd. (2010), 987 yeni mezun hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %20'sinin veri tabanı kullandıklarını ifade etmesi çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ayrıca, çalışmamızda dergi aboneliklerinin düşük bir oranda da olsa (%8,0) günümüz koşullarında halen dergi aboneliklerinin bulunması ilgi çekicidir.

Hemşirelerin bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edememe nedenleri incelendiğinde %73,9'u zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer nedenler ise bilimsel çalışmalara ulaşmakta sıkıntı yaşamaları (%32,6), çalışma saatlerinin fazla olması (%25,8), bilgi sahibi olmaması (%19,7) ve gereksinim duymamaları (%11,4) olarak sıralanmaktadır (Tablo 11). Ammouri vd. (2014), Williamson vd. (2015) ve Brown vd. (2009) ve hemşirelerin bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etmesini engelleyen en önemli nedenin benzer şekilde zaman yetersizliği ve iş yükü (Williamson vd. 2015) olarak bulmuştur. Yılmaz ve Gürler (2017) ise hemşirelerin %48,5'inin araştırma sonuçlarına ulaşmakta sıkıntı yaşadıklarını ifade etmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre; hemşirelerin bilimsel çalışmaları/kanıtları uygulamada kullanabilmek için yeterli zamanlarının olmadığı ve kaynaklara ulaşamadıkları dikkat çekmektedir.

Son zamanlarda KDU ile ilgili gelişmeler ve tartışmalar yoğunluk kazansa da hemşire araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda hemşirelikle ilgili bilimsel çalışmaların, kanıtların uygulamada kullanılmadığını belirtilmektedir (Yurtsever ve Altıok 2006). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin sadece %29,9'unun hemşirelik

girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlandığı saptanmıştır (Tablo 6). Yılmaz ve Gürler (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelerin bilgi kaynakları olarak %4,04'ünün araştırma sonuçlarını tercih etmesine rağmen hemşirelik girişimleri ve bakım uygulamalarında %94,2'sinin araştırmalardan yararlandığını belirtmiştir. Hannes vd. (2007) yaptıkları bir odak grup çalışmasında, hemşirelerin bilimsel çalışma sonuçlarına/kanıtlara inandığını ancak hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken kanıtlardan yararlanmadığını ifade etmiştir. Berland vd. (2012) hemşirelerin sadece %20'sinin bilimsel çalışma sonuçlarını/kanıtları kullandığını ifade etmiştir. Araştırmacıların çalışmalarını kongre, konferans, sertifika programları gibi ulaşılabilecek yerlerde sunmalarının hemşirelerin bilimsel çalışma sonuçlarından/kanıtlardan yararlanabilmesi için olumlu katkısı olacağını düşünülmektedir. Çalışmamızda hemşirelik uygulamalarında bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlanma durumu cinsiyet ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$; Tablo 12). Çalışmamız bulgusuna göre; erkeklerin hemşirelik uygulamalarında bilimsel çalışmalardan, kanıtlardan kadınlara göre daha yüksek oranda yararlandığı anlaşılmaktadır. Erkek hemşirelerin meslek içinde henüz yakın zamanda yer almaya başladıkları göz önüne alınırsa, erkek hemşire istihdamının artmasıyla beraber bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlanma durumunun artacağı yönünde umut verdiği düşünülmektedir. Günüşen ve Üstün (2016)'ün de belirttiği gibi mevcut sağlık sisteminde, kurumun ya da sistemin hemşirelik uygulamalarında KDU kullanılmasına yönelik bir beklentisi bulunmadığı düşünülmektedir. Hemşirelerin halen mesleğini otonomi sahibi ve profesyonel bir meslek olarak algılamamaları ve yapacakları işlerde talimat beklentisi içinde olmaları ve sistemli bir biçimde hemşire performans değerlendirmesi yapılmadığı göz önüne alınırsa tüm bunların heves kırıcı olduğu ve KDU için çaba göstermeme sebebi olarak düşünülebilir. Yılmaz (2005)'in ifade ettiği gibi, sistemleri insanların değiştireceği göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin bu hususta çaba göstermeleri gerektiği aşikardır.

Çalışmamızda hemşirelerin klinikteki hemşirelik uygulamalarında yöntem ve rehber olarak en çok %72,3'ünün hekim istemi ve hasta takip formlarını, %65,2'sinin

kişisel deneyim ve tecrübelerini, %62,1'inin hizmet içi eğitimleri, %56,1'nin meslektaşları ile yaptıkları sözlü bilgi alışverişini, %49,6'sının kurs ve sertifika programlarını, %30,7'sinin klinik hemşire rehberlerini ve %24,6'sının bilimsel çalışma sonuçlarını kullandıkları saptanmıştır (Tablo 13). Hemşirelerin KDU yöntemi olarak öncelikle kişisel deneyimlerini (Fairbrother vd. 2016, Yılmaz ve Gürler 2017) kişisel deneyim, sezgi ve gözlemlerini (Altuğ-Özsoy ve Ardahan 2008), meslektaşları ile yaptıkları sözlü bilgi alışverişini, kişisel deneyim ve tecrübelerini (Berland vd. (2012), (Gerrish vd. (2008) Aktaran: Günüşen ve Üstün 2016)) kullandıkları belirtilmektedir. Bilimsel çalışma sonuç ve kanıtlarını son sırada kullanmayı tercih ettikleri (Fairbrother vd. 2016, Yılmaz ve Gürler 2017) ve Günüşen ve Üstün (2016)'ün aktardığına göre Gerrish vd. (2008) de çalışmalarında bu kanıtları nadiren kullandıklarını bildirilmektedirler. Günümüzde hemşirelik uygulamalarında dikkate alınan yöntem ve rehber olarak hekim istemi ve hasta takip formlarının seçmesi oldukça dikkat çekici bir durumdur. Hemşirelerin halen bakım uygulamalarında ve hemşirelik girişimlerinde otonomi sahibi olmadıkları, girişimleri ile ilgili kararları tek başına almadıklarını ve profesyonel davranmadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %65,2'sinin nasıl araştırma yapacağını bilmediğini, %81,8'i araştırma tipini değerlendiremediğini, %81,1'i örneklem seçimini ve yeterliliğini değerlendiremediğini ifade etmesine karşın %56,1'i sonuçları uygulamaya aktarabileceğini belirtmesi dikkat çekicidir (Tablo 14). Bunun nedeninin çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun uygulayıcı rolündeki hemşirelerden oluşması (%75) olabilir. Buradan uygulayıcı rolündeki hemşirenin araştırma bilgisi ile ilgili yetersizliği ortaya çıkabilir. Bizim sağlık sistemimiz uygulayıcı rolündeki hemşireden araştırma yapması beklenmediği için araştırma ile uygulama arasındaki uçurum kapanmamaktadır. Yılmaz (2005) klinikte çalışan hemşirenin araştırmanın içinde yer almadığında, araştırmayı uygulamanın dışında göreceğini ifade etmiştir. Maaskant vd. (2013) hemşirelerin KDU için gereken araştırma bilgisi ve değerlendirmesi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını, Thompson vd. (2007) hemşirelerin nasıl araştırma yapacağını az bildiğini

belirtmiştir. Aslında literatürdeki bulgular da benzer yönde olup, hemşirelerin araştırma bilgisinin ve yeterliliğinin az ya da yetersiz olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %54,2'si kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara katkı sağladığını ifade etmiştir (Tablo 6). Yılmaz ve Gürlü (2017) çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin %96,5'inin mesleğe ve bakım uygulamalarına katkı sağladığını belirtmiştir. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara sağladığı katkı demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 15).

5.2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelere uygulanan KDHYTÖ'nden alınan ortalama puan 60,76 (min.36-max.70) olarak bulunmuştur (Tablo 16). Çalışmamızda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun yüksek düzeyde olumlu olduğu saptanmıştır. Ruzafa-Martinez vd. (2011) tarafından geliştirilen "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği" kullanan Farida vd. (2013), çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun yüksek düzeyde olumlu olduğunu ifade etmiştir. Küçüköğlü vd. (2017) ve Brown vd. (2009) ise hemşirelerin "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları"nın orta düzeyde olduğunu belirtmiştir.

KDHYTÖ 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

İnanç ve beklentiler alt boyutu; hemşirelerin klinik çalışmalarda KDH yararları ile ilgili inanç ve beklentilerini içermektedir. Çalışmamızda KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutunun puan ortalaması 29,06 (min.12-max.35) ile alt boyutlar içinde en yüksek düzeyde olumlu olduğunu göstermektedir. Dikmen vd. (2018) ve Yıldırım (2018) hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği alt

boyutlarında en yüksek puan inanç alt boyutundadır. Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Duygular alt boyutu; kanıta dayalı hemşireliğe verilen önemi, uygulamada yarar sağladığına ilişkin duyguları içermektedir. KDHYTÖ duygular alt boyutu puan ortalaması 20,59 (min.8-max.25) olarak bulunmuş olup, tutumlarının oldukça yüksek ve olumlu olduğunu göstermektedir. Küçüköğlü vd. (2017) üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin devlet hastanesinde çalışan hemşirelere oranla kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili duygular alt boyutu puan ortalamasının çok daha yüksek olduğunu ifade etmiştir.

Uygulama niyeti alt boyutu; Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları yapmak için niyetleri ve algılanan engelleri kapsamaktadır. Kanıta dayalı uygulama niyeti alt boyutu puan ortalaması 11,10 (min.4-max.15) ile yüksek düzeyde olumlu tutum içinde bulduklarını göstermektedir.

5.3. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Bulguların Tartışılması

KDHYTÖ ile demografik değişkenler karşılaştırıldığında yaş ve cinsiyet ile anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 17). Dikmen vd. (2018) ve Yıldırım (2018) ise KDHYTÖ ile demografik değişkenler karşılaştırıldığında yaş ve cinsiyet ile anlamlı farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin 33-45 yaş arası ($61,66\pm 7,19$), kadınların ($61,3\pm 7,8$) tutumlarının daha yüksek puan ortalamaları ile olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Hemşirelerin 33-45 yaş arasında daha olumlu tutum içinde bulunmaları, KDHYTÖ ile çalışma yılı arasında anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen orta yaşlara gelindiğinde KDU tutumlarının artması tecrübenin olumlu tutum geliştirilmesine katkısı olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin KDHYTÖ ile eğitim durumu arasında yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça KDHYTÖ puan ortalamalarının arttığı dikkat çekmektedir (Tablo 17). Bu durumda eğitim düzeyi arttıkça, KDU yönelik tutumun olumlu olduğu düşünülebilir. Küçüköğlü vd. (2017) ile Dikmen vd. (2018) eğitim düzeyinin KDHYTÖ puan ortalamalarına etki etmediğini ifade etmişlerdir. Johansson vd. (2007) ise hemşirelerin kanıta dayalı uygulama tutumlarını incelediği çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyinin tutumlarını olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir.

Hemşirelerin KDHYTÖ ile çalışılan bölüm arasında yapılan karşılaştırmada gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Bu bulgu bize kurumda görev yapılan pozisyonun KDHYTÖ puan ortalamalarını etkilemediğini ifade eder. Küçüköğlü vd. (2017) ve Yıldırım (2018) kurumda görev yapılan pozisyonun hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamalarına etki etmediğini belirtmiş olup, çalışmamız bulgusunu desteklemektedir.

Hemşirelerin KDHYTÖ yönelik tutumları ile çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerde KDHYTÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17). Martinez vd. (2011) hastanede çalışma yılı 15 yıldan az olan hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamalarının, 15 yıldan fazla olan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Patelerou vd. (2013) kısa mesleki deneyimi olan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik olumlu tutumlara sahip olduğunu ifade etmiştir.

KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutu ile hemşirelerin demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 18). Benzer şekilde Küçüköğlü vd. (2017) hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmadığını belirtmiştir.

KDHYTÖ duygular alt boyutunun çalışılan bölümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0,05$), yaş ve cinsiyet ile anlamlı farklılık

gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 19). Hemşirelerin 33-45 yaş grubunun ($21,13\pm 2,83$) ve kadınların ($20,85\pm 3,07$) puan ortalamaları ile daha yüksek ve olumlu tutuma sahip olduğu belirlendi (Tablo 19). Bu durum tecrübenin KDU yönelik olumlu tutum geliştirilmesine katkı sağladığını düşündürmektedir.

KDHYTÖ Uygulama niyeti alt boyutu demografik değişkenler ile karşılaştırıldığında cinsiyet ile anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 20). Kadınların ($11,27\pm 2,01$) KDH uygulama niyetinin yüksek olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Bunun nedeni kadınların KDU için niyetlerinin oldukça yüksek, ancak iş yükü, zaman yetersizliği gibi KDU engellerini daha yüksek düzeyde algıladığı düşünülmektedir. Yılmaz (2018) ise çalışmasında, hemşirelerin cinsiyeti ile KDHYTÖ alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmadığını ifade etmiştir.

Bu bulgular bize hemşirelerin KDH yönelik tutumlarının olumlu olduğu, istekli, çaba göstermeye hazır, kurumsal ve sistemsal olarak desteklendiğinde ve fırsatlar verildiğinde gelişeceği yönünde ipuçları vermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız hemşirelerin KDH yönelik bilgi durumlarını ölçen kişisel bilgi formu ile tutumlarını ölçen KDHYTÖ'nden aldıkları puanlara göre değerlendirilmiştir. Buna göre elde edilen sonuçlar 2 (iki) ana başlık altında sunulmuştur.

6.1. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi Durumuna İlişkin Sonuçlar

- Araştırma sonucunda hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda %64,4'ünün bilgi sahibi olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumu ile eğitim durumu karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çalışılan kurumun kanıta dayalı uygulamaları destekleme durumunu katılımcıların %74,2'si kurumun yeterli desteği olmadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda kurumun KDU destekleme durumu demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırmamız sonucunda hemşirelerin %56,8'inin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edemediği saptanmıştır. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etme durumu demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırmamız sonucunda hemşirelerin bilimsel çalışmaları/kanıtları takip etmesini sağlayan unsurlara baktığımızda %93,2 ile en çok internet kullandığı saptanmıştır.
- Hemşirelerin bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edememe nedenleri incelendiğinde %73,9'u zaman ayıramadığını ifade etmişlerdir.
- Hemşirelerin sadece %29,9'unun hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlandığı saptanmıştır. Hemşirelik

uygulamalarında bilimsel çalışmalardan/kanıtlardan yararlanma durumu cinsiyet ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

- Çalışmamızda hemşirelerin klinikteki hemşirelik uygulamalarında yöntem ve rehber olarak en çok %72,3'ünün hekim istemi ve hasta takip formlarını kullandıkları saptanmıştır.
- Çalışmamızda hemşirelerin %65,2'sinin nasıl araştırma yapacağını bilmediğini, %81,8'i araştırma tipini değerlendiremediğini, %81,1'i örneklem seçimini ve yeterliliğini değerlendiremediğini belirtmesine karşın, %56,1'i sonuçları uygulamaya aktarabileceğini ifade etmişlerdir.
- Çalışmamızda hemşirelerin %54,2'si kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara katkı sağladığını ifade etmiştir. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının mesleğe ve klinikteki uygulamalara sağladığı katkı demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

6.2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarına İlişkin Sonuçlar ile Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Sonuçlar

- Çalışmamızda hemşirelere uygulanan KDHYTÖ'nden alınan ortalama puan 60,76 (min.36-max.70) ile oldukça yüksek olarak olumlu olduğunu göstermektedir. KDHYTÖ ile demografik değişkenler karşılaştırıldığında yaş ve cinsiyet ile anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).
- KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutunun puan ortalaması 29,06 (min.12-max.35) ile oldukça yüksek olarak olumlu olduğunu göstermektedir. KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutu hemşirelerin demografik özellikleri ile anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).
- KDHYTÖ duygular alt boyutu puan ortalaması 20,59 (min. 8-max. 25) olarak bulunmuş olup, tutumlarının oldukça yüksek ve olumlu olduğunu göstermektedir. KDHYTÖ duygular alt boyutu puan ortalaması yaş ve cinsiyet ile anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).

- Kanıta dayalı uygulama niyeti alt boyutu puan ortalaması 11,10 (min.4-max.15) ile yüksek düzeyde olumlu tutum içinde bulduklarını göstermektedir. KDHYTÖ Uygulama niyeti alt boyutu demografik değişkenler ile karşılaştırıldığında cinsiyet ile anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Bu sonuçlar ışığında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

- Kurumlar tarafından hemşirelerin veri tabanlarına çalışma alanlarından ücretsiz olarak ulaşabilme imkânı sağlanması,
- Hemşire liderlerin KDU önem vermesi ve kurumsal ve sistemsal fırsatlar verilerek klinik liderlerin cesaretlendirilmesi,
- Hemşirelere kanıt düzeyleri ve araştırma sonuçlarını değerlendirebilecek yeterlilikte araştırma ve istatistik bilgisi verilmeli,
- Araştırma yapan hemşire sayısının artırılması ve yaptıkları araştırma sonuçlarını klinisyen hemşirelere sunarak, araştırma sonuçlarının paylaşılması sağlanmalı,
- KDU için algılanan engeller ve teşvik edici faaliyetler üzerine ayrıntılı çalışmalar yapılması
- Hastaların KDU beklentileri üzerine çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Altuğ Ozsoy S, Ardahan M. (2007). Research on knowledge sources used in nursing practices Department of Public Health, School of Nursing, Ege University, Bornova-Izmir, Turkey Accepted.
- Akobeng AK. (2005). Principles of evidence based medicine. Arch Dis Child. 90; 837–840.
- Ammouri Ali A, Ahmad A. (2014). Raddaha, Preethy Dsouza, Renu Geethakrishnan, JudithA. Noronha, Arwa A. Obeidat, Lina Shakman Evidence-Based Practice Knowledge, attitudes, practiceand perceived barriers among nurses in Oman. Sultan Qaboos U niversity Med J.
- Aste Renolen MSc, CCN, RN (PhD Student) and Esther Hjalnhult PhD, MSc Ed, RN. (2015). Associate Professor Nurses experience of using scientific knowledge in clinical practice: a grounded theory study.Scand J Caring Sci;29; 633–641.
- Ayhan Y. (2013). Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.
- Ayhan Y, İntepeler Ş. (2015). Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli: Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Kullanımı. 8 (3), 195-202.
- Babadağ K, Kara M. (2004). Kanıta Dayalı Hemşirelik ve Meslekleşme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 2.
- Babaoğlu MÖ, Yaşar Ü, Dost T, Kayaalp SO. (2009). Kanıta Dayalı Tıp: Kavramlar, örnekler ve görüşler. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences:29(5);1298-1305.
- Benoit P, Nicolas G, Nadine J, Jef A, Kristel VB, Pierre G, Robert VS, Geert T and Michèle G. (2017). Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study.
- Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. (2012). Evidence-based practice in primary cared. An explorative study of nurse practitioners in Norway. Nurse Education in Practice.
- Beyea SC, Slattery MJ. (2006). Evidence-based practice in nursing: A guide to successful implementation. HCPro, Inc.
- Bostrom A, Ehrenberg A, Gustavsson P, Wallin L. (2009). Registered nurses ‘application of evidence-based practice: a national survey. Journal of Evaluation of Clinical Practice 2; 1159-1163.

- Büyüköztürk Ş. (2016). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *J Adv Nurs*, 65(2): 371-381.
- Cummings GG, Estabrooks CA, Midodzi WK, Wallin L, Hayduk L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*. 56 (4S): 524-539.
- Deliktaş A, Kabukçuoğlu K. (2017). Maternal Bakımda Kanıta Dayalı Uygulama Kültürünün Oluşturulması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi*. 6(2):130-138.
- DiCenso A. (2003). Evidence-based nursing practice: how together from here. *Nursing Leadership*;16(4).
- Dikmen Y, Filiz NY, Tanrıkulu F, Yılmaz D, Kuzgun H. (2018). Attitudes of intensive care nurses towards evidence-based nursing. *Int J Health Sci Res*.1:138-142.
- Farida MH, Chris W, Sahar HE. (2013). The effect of a work shop on Egyptian nurse educators' motivation and attitude toward evidence based teaching. *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 3, No. 10.
- Fairbrother G, Cashin A, Conway R, Symes, A, Graham I. (2016). Evidence based nursing and midwifery practice in a regional Australian health care setting: Behaviours, skills and barriers. *Collegian*, 23(1): 29-37.
- Fineout-Overholt E, Melneyk BM, Stillwell SB, Williamson KM. (2010). Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: part 1. *The American journal of nursing*. 110(7):47-52.
- Gail L. Ingersoll, EdD, RN, FAAN. (2000). Evidence-Based Nursing: What It Is And what It Isn't. *Nurs Outlook* 48:151-2.
- Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E, Melneyk BM, Stillwell SB. (2011). Evidence based practice, step by step: implementing an evidence-based practice change. *The American journal of nursing*. 111(3):54-60.
- Graham ID, Logan J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *The Canadian journal of nursing research =Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*. 36(2):89-103.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann H. (2008). Grade Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*;336(7651):995-8.

- Güneş Ü.(2017). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama Sürecinin Adımları Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi Ocak/ Şubat/ Mart/ Nisan Kış İlkbahar Sayı: 9.
- Günüşen PN, Üstün B. (2016). Psikiyatri Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. DEUHFED ;9 (3), 112-118.
- Hannes K, Vandersmissen J, Blaeser L.D, Peeters G, Goedhuys& Bert J. (2007). Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. Aertgeerts Accepted for publication.
- Hriday M. Shah, BS and Kevin C. Chung, MD. (2009). Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. Published in final edited form as: Plast Reconstr Surg. 124(3): 982–988.
- Huic M. (2008). Evidence-based medicine and clinical practice. Acta Medica Academica. 37(1):29-37.
- İnan F, Üstün B, Bademli K. (2013). Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.16(2):132-139.
- Johansson B, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. (2010). Evidence-based practice: The importance of education and leadership. Journal of Nursing Management; 18: 70-77.
- Kahveci R, Özyiğit F. (2010). Kanıta Dayalı Tıp Beceri Edindirme Yöntemleri. TAF Prev Med Bull; 9(3):245-254.
- Kapucu S, Kahveci R. (2017). Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları.
- Kitson AL, Jo Rycroft-Malone J, Harvey G, Mc Cormack B, Seers K and Titchen A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence in to practice using the PARIHS framework: the oretical and practical challenges. 3:1
- Kocaman G. (2003). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, (2), 61-69.
- Köse E. (2011). Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları: Hacettepe Üniversitesi Örneği, Ankara.
- Küçük ÖE, Çakmak S, Kapucu S, Koç M, Kahveci R. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(2), 1–12.
- Küçüköğlü S, Bükecik T, Aytekin A, Çelebi A. (2017). Acil birimlerde çalışan hemşirelerin adli vakayla ilgili yaklaşımları ve kanıta dayalı uygulamaları. J Foren Med Foren Sci,14:1-8.

- Maaskant, JM, Knops AM, Ubbink DT, Vermeulen H. (2013). Evidence-based practice: A survey among pediatric nurses and pediatricians. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2): 150-157.
- Makic MBF, Von Rueden KT, Rauen CA, Chadwick J. (2011). Evidence-based practice habits: putting more sacred cow souitto pasture. *Critical care nurse*; 31(2):38-62.
- Melneyk BM. (2012). Achieving a high-reability organization through implementation of the ARCC model for system wide sustain ability of evidence based practice. *Nursing administration quarterly*; 36(2):127-135.
- Melneyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. (2009). Evidence based practice, step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. *The American journal of nursing*; 109(11):49-52
- Melneyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. (2010). Evidence based practice, step by step: implementing an evidence-based practice change. *The American journal of nursing*;110(1):51-53.
- Munroe D, Duffy P, Fisher C. (2008). Nurse knowledge skills and attitude srelated to evidence-based practice:before and organizational supports. *Medsurg Nursing*.
- Özsoy SA, Göl İ. (2016). Hemşirelikte araştırma kullanım modelleri ve bu modellerin kullanıldığı araştırma örnekleri researche utilization models in nursing and research examples using these models. *Eylül/Ekim/Kasım/Aralık Yaz Sonbahar Sayı:8*.
- Öztürk Çopur E, Kuru N, Canbolat Seyman Ç. (2015). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalara Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*; 1(2):51-55.
- Ruzafa-Martinez M, Lopez-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: 664- 670.
- Sackett DL, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (1996). Evidence based medicine: what it is and what is isn't. *BMJ*; 312:71-2.
- Seçer İ. (2013). SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi Analiz ve Raporlaştırma, Ankara Anı yayıncılık.
- Stevens KR. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and then ext big ideas. *Online J Issues Nurs*;18(2):4.
- Stetler CB. (2001). Updating the Stetler model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*; 49(6): 272–278.
- Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. (2010). Evidence based practice, step by step: asking the clinical question:a key step in evidence-based practice. *The American American journal of nursing*;110(3):58-61.

- Şenyuva E. (2016). Hemşirelik Eğitimi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar. F.N. Hem. Dergisi; 24(1): 59-65.
- Thompson DS, Estabrooks CA, Scott-Findlay S, Moore K, Wallin L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. Implementation Science; 2:15.
- Titler MG, Kleiber C, Steelman V. (1994). Infusing research in to practice to promot equality care. Nursing Research;43(5):307-313.
- Uysal EK, Uçak NÖ. (2013). Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları. Bilgi Dünyası, 14 (1) 37-61.
- Williamson KM, Almaskari M, Lester Z, Maguire D. (2015). Utilization of Evidence-Based Practice Knowledge, Attitude and Skill of Clinical Nurses in The Planning of Professional Development Programming. J Nurses Prof Dev, 31(2): 73-80.
- Yıldırım MS. (2018). Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumunun Belirlenmesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Yılmaz M. (2005). Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıta Dayalı Uygulama. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 9 (1).
- Yılmaz M, Gürler H. (2017). Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamaya İlişkin Görüşleri. F.N. Hemşirelik Dergisi, 2017; 25(1): 1-12.
- Yılmaz E, Çöl M. (2014). Kanıta Dayalı Tıp. Journal of Clinical and Analytical Medicine; 537-542.
- Yılmaz FA, Tel H. (2010). Determination of thenurses'views of therese arch and theuse of research results in practical field. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi;13:1.
- Yursever S, Altıok M. (2006). Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. F.Ü.Sağlık Bilimleri Dergisi; 20(2):159-166.
- Yürümezoğlu H. (2012). Kanıta Dayalı Hemşirelik Yönetimi Uygulamalarının Hemşire İş Doyumu Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi. Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Doktora Tezi.
- Evidence_Based_Practice_and_the_Role_of_Nursing (file:///C:/Users/Admin/Downloads/Evidence_Based_Practice_and_the_Role_of_Nursing.epub). Erişim Tarihi: 30.10.2018.
- Formulating a research able question: A critical step for facilitating good clinical research. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140151/> Erişim Tarihi:19.11.2018).
- Impact of Evidence-Based Practice ([http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Tableof Contents/Vol-18-](http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-)

2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based-Practice.html) Erişim Tarihi:
30.10.2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği (2010). Hemşirelik Yönetmeliği,
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=745&Itemid=33(
ErişimTarihi: 11.01.2018)



8. EKLER

EK 1. Veri Toplama Formu

Değerli Meslektaşım;

Bu çalışma, hastanelerde çalışan "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgileriniz yalnızca bu araştırma için kullanılacak ve yanıtlarınız araştırma verileri dışında kullanılmayacaktır. Vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın sağlıklı ve başarılı bir sonuç üretebilmesi açısından son derece önemlidir. Ankete vermiş olduğunuz yanıtlar, bireysel olarak değerlendirilmeyip, genel bir değerlendirilme ile bilimsel bir amaca hizmet etmek için kullanılacaktır. Ayırdığınız zaman ve değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı

(Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN)

Yüksek lisans öğrencisi Aysu ALPEREN

BÖLÜM 1-KİŞİSEL BİLGİLER

- 1- Yaşınız:
- 2- Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
- a) Eğitim durumunuzu işaretleyiniz. a) Sağlık Meslek Lisesi mezunu b) Ön lisans mezunu
c) Lisans mezunu
d) Yüksek lisans (uzmanlık) e) Doktora
- 3- Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar
- 4- Mesleğinizdeki toplam çalışma süreniz:yıl.....ay
- 5- Çalıştığınız bölüm / klinik / servis.....
- 6- Bir ayda kaç saat fazla mesai yapıyorsunuzsaat/ay.
- 7- Hastanedeki ek görevleriniz(açıklayınız)
a) Komisyonlarda görevliyim(hangi komisyon)..... b) Kalite çalışmalarında görevliyim.....
c) Eğitim çalışmalarında görevliyim..... d) Ek görevim yok
e) Diğer.....
- 8- Kanıta Dayalı Hemşirelik uygulamaları konusunda bilginiz var mı?
a) Evet b) Hayır
- 9- Çalıştığınız kurum kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını destekliyor mu?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 10- Mesleğiniz ile ilgili bilimsel çalışmalar/kanıtları takip edebiliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 11- Hemşirelik girişimlerinizi gerçekleştirirken bilimsel kaynaklar/kanıtlardan yararlanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 12- Mesleğiniz ile ilgili bilimsel çalışmalar/kanıtları takip etmenizi sağlayan unsurlar nelerdir?

() Kütüphane () Veri tabanları () Dergi abonelikleri () internet

13- Mesleğiniz ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edememe sebepleriniz nelerdir?

- () Çalışma saatlerim çok fazla olduğu için.
- () Bu konuda bilgi sahibi olmadığım için.
- () Gereksinim duymadığım için.
- () Bilimsel çalışmalara ulaşmakta sıkıntı yaşadığım için.
- () Zaman ayıramadığım için.

14- Kanıta dayalı hemşireliğin mesleğe ve klinikteki uygulamalarınıza katkıda bulunduğunuz düşünüyor musunuz?

- a) Evet b)Hayır c)Kısmen

15- Klinikteki hemşirelik uygulamalarınızda kullandığınız yöntem ve rehberler nelerdir?

- () Hekim orderi ve hasta takip formları
- () Bilimsel çalışma sonuçları
- () Meslektaşlarım ile yaptığım sözlü bilgi alışverişi
- () Kişisel deneyim ve tecrübe
- () Hizmet içi eğitimler
- () Kurs ve sertifika programları
- () Klinik hemşirelik rehberleri

16- Araştırma sonuçlarınızı yorumlama düzeyiniz nedir?

- () Nasıl araştırma yapıldığını bilirim
- () Araştırma tipini değerlendirebilirim
- () Örneklem seçimini ve yeterliliğini değerlendirebilirim.
- () Bulguları okuyup yorumlayabilirim.
- () Sonuçları uygulamaya aktarabilirim.

- a) Aylık kişisel geliriniz a)Yüksek düzeyde b)Orta düzeyde
c)Düşük düzeyde

EK 2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

BÖLÜM 2- KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ KRİTERLERİ		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1	Kanıta 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	Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	1	2	3	4	5
5	İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
6	Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	1	2	3	4	5
7	Kanıta 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	Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarımdaya 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 kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin düzenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	1	2	3	4	5
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	1	2	3	4	5
13	Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	1	2	3	4	5
14	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardımcı eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarımdaya entegre etmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5

EK 3. Kurum İzni



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Karabük Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK
BAKANLIĞI KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
09/03/2018 09:11 - 34771223 - 774 99 - E.3130
2024100106

Sayı : 34771223-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma Uygunluğu (Yrd.
Doç.Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN)

Sayın Aysu ALPEREN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY Danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Aysu ALPEREN 'in
"Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi"
konulu anket çalışmasını bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla hastanemizde
uygulanması uygun görülmüştür.

e-İmzalıdır.
Yrd.Doç.Dr.Erkan DOĞAN
Başhekim V.

EK 4. Etik Kurul İzni

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

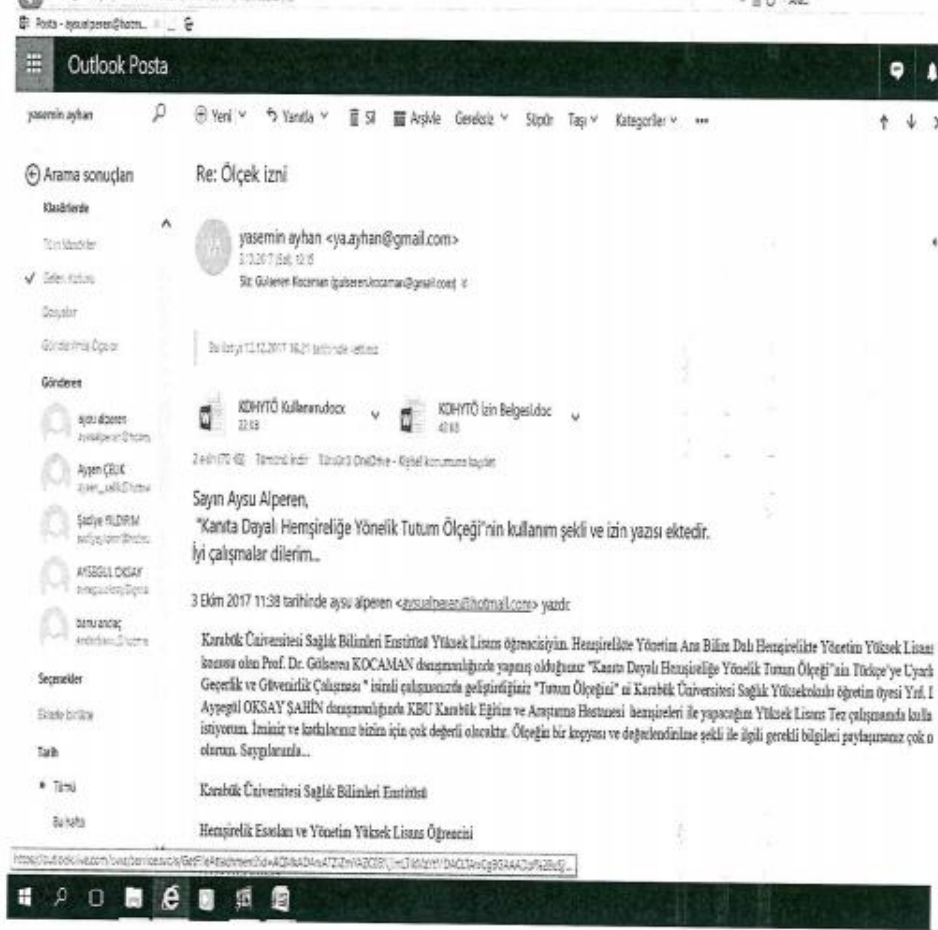
Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 11/8	Tarih: 29.11.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKAN / ADI / SOYADI Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilimsi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

EK 5. Ölçek İzni



9. ÖZGEÇMİŞ

Aysu ALPEREN 1979'da Düzce'nin Yığılca ilçesinde doğdu. İlköğretimi Yığılca Merkez İlköğretim Okulu'nda, liseyi Bolu Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladı. 2002 yılında Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nu bitirdi. 1998-2001 yılları arasında Özel Marmara Hastanesi'nde, 2001-2003 yılları arasında Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi'nde çalıştı. 2003 yılından bu yana Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaktadır. Hasta Hakları Birim Sorumluluğu, Başhemşire yardımcılığı ve Müdür yardımcılığı görevlerinden sonra Tıbbi Sarf Birimi'nde görevine devam etmektedir. Evli ve 2 çocuğu var.

ADRES BİLGİLERİ

Tel: 05062764373

e-posta: aysualperen@hotmail.com

