

**T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ÇOCUK KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KANITA
DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

VEYSİ KARAKAŞ

BOLU, MAYIS - 2023

**T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**ÇOCUK KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KANITA
DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

VEYSİ KARAKAŞ

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Rabia KEÇİALAN**

BOLU, MAYIS - 2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Veysi KARAKAŞ tarafından hazırlanan “Çocuk Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı..... Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği/ oy çokluğuyla kabul edilmiştir./.../2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

.....

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

.....

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

.....

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

.....

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,
- aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin __/__/____ tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % ____ olarak tespit edilmiştir.

VEYSİ KARAKAŞ

ÖZET

ÇOCUK KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

VEYSİ KARAKAŞ

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ RABİA KEÇİALAN)

BOLU, MAYIS - 2023

XIII + 101

Bu çalışmada, çocuk kliniğinde görev yapmakta olan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma nicel araştırma yöntemlerinden genel tarama modeliyle gerçekleştirilmiştir. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 92 katılımcıyla çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak 15 maddelik Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve 18 maddelik Sosyo-Demografik Veri Formu kullanılmıştır. Çalışmanın veri analizinde SPSS 22.0 (Statistical package for the Social Sciences) kullanılmıştır. Veriler analiz edilirken geçerlik ve güvenirlik analizi, normallik analizi, frekans ve yüzdeleri, bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans testi yapılmıştır. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları yaşa, cinsiyete, mesleki çalışma yılına, birime, güncel bilgilerin hemşirelik bakımına yansıtılmasına, dernek üyeliğine, bilimsel yayın ya da dergi okumaya, sertifikalı kursa katılmaya, bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre değişmemekteyken; eğitim düzeyine, bilimsel toplantı ya da kongreye katılmaya, bilimsel araştırma yapmaya, araştırma grubunda çalışmacı olarak yer almaya, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmaya, uygulamalar için eğitim almaya, bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğine göre ise farklılık göstermektedir. Bilimsel toplantı ya da kongreye katılma ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ'ye anlamlı bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının ortalamanın fazlasıyla üzerinde olduğu dolayısıyla kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının oldukça yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Kanıta dayalı uygulamaların hemşirelikte daha çok kullanılması amacıyla kanıta dayalı uygulama süreçlerine hemşirelik eğitiminde, klinik uygulamalarda ve akademik araştırmalarda daha çok yer verilmesi önerilmektedir. Yapılacak yeni araştırmalarda daha geniş bir örneklem grubuyla, tutumun farklı değişkenler açısından, nitel görüşme yöntemi ile hemşirelerin düşüncelerinin daha detaylı bir şekilde ele alınması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Kanıta Dayalı Uygulama, Kanıta Dayalı Hemşirelik, Hemşirelik, Kanıt.

ABSTRACT

DETERMINING THE ATTITUDES OF NURSES WORKING IN A CHILDREN'S CLINIC TOWARDS EVIDENCE-BASED NURSING

VEYSİ KARAKAŞ

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF NURSING

(SUPERVISOR: ASST.PROF. RABİA KEÇİALAN)

BOLU, MAY 2023

XIII + 101

In this study, it was aimed to examine the attitudes and behaviors of nurses working in the pediatric clinic regarding evidence-based nursing practices. The study was carried out with the general survey model, one of the quantitative research methods. The study was carried out with 92 participants selected by simple random sampling method. The 15-item Evidence-Based Attitude Scale towards Nursing was used as a data collection tool in the study. SPSS 22.0 (Statistical package for the Social Sciences) was used in the data analysis of the study. While analyzing the data, validity and reliability analysis, normality analysis, frequency and percentages, independent groups t-test and one-way variance test were performed. The Evidence-Based Attitude Scale towards Nursing and its sub-dimensions are based on age, gender, professional years of work, unit, reflecting current information on nursing care, membership in associations, reading scientific publications or journals, participating in a certified course, doing scientific work or participating in a study group. while it does not change according to; on the other hand, it differs according to the level of education, participating in a scientific meeting or congress, doing scientific research, being a researcher in the research group, using evidence-based nursing practices, receiving training for practices, doing scientific studies or participating in the study group. It has been determined that participating in a scientific meeting or congress and using evidence-based nursing practices have a significant effect on SSRI. It was concluded that the attitudes of the nurses towards evidence-based nursing were much higher than the average, so their attitudes towards evidence-based nursing were quite high. In order to use evidence-based practices more in nursing, it is suggested that evidence-based practice processes should be included more in nursing education, clinical practices and academic research. In future studies, it is suggested that nurses' thoughts should be discussed in more detail with a larger sample group, in terms of different variables of attitude, with qualitative interview method.

KEYWORDS: Evidence-Based Practice, Evidence-Based Nursing, Nursing, Evidence.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	xii
TEŞEKKÜR	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİGİLER.....	3
2.1. Pediatri Hemşireliği ve Sorumluluklar	3
2.2. Kanıt ve Kanıta Dayalı Uygulama	4
2.2.1. Kanıt Kavramı	4
2.2.2. Kanıt Düzeyleri ve Kanıt Hiyerarşisi	6
2.2.3. Kanıt Uygulama Kaynakları.....	11
2.2.4. Kanıta Dayalı Uygulama	12
2.2.4.1. Kanıta Dayalı Uygulama Kavramı.....	13
2.2.4.2. Kanıta Dayalı Uygulamanın Tarihsel Gelişimi.....	14
2.2.4.3. Kanıta Dayalı Uygulamaların Sınıflandırılması	16
2.2.4.4. Kanıta Dayalı Uygulamanın Önemi.....	17
2.2.4.5. Kanıta Dayalı Uygulama Süreci	19
2.2.4.6. Kanıta Dayalı Uygulamanın Engelleri ve Faydaları.....	21
2.3. Kanıta Dayalı Hemşirelik	23
2.3.1. Kanıta Dayalı Hemşirelik Kavramı	23
2.3.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi	27
2.3.3. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Önemi	29
2.3.4. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Kanıta Dayalı Hemşireliğin Faydaları.....	32
2.3.5. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları	35
2.3.6. Türkiye’de ve Dünyada Kanıt Dayalı Hemşirelik Uygulamaları	36
2.3.7. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modelleri.....	37
3. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	42
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
4.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	49
4.2. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	49
4.3. Evren ve Örneklem.....	50
4.4. Veri Toplama Süreci ve Araçları.....	50
4.4.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ).....	51
4.5. Verilerin Analizi	51
4.5.1. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği	52
4.5.2. Normallik Analizi	52
5. BULGULAR	54
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular	54

5.2. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	55
6. TARTIŞMA	70
7. SONUÇ	77
8. KAYNAKÇA	80
9. EKLER.....	90



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Hemşirelik uygulamalarında yaygın bir şekilde kullanılmakta olan kanıt hiyerarşisi (32).....	7
Tablo 2.2. Joanna Briggs Enstitüsü KDH ve Ebelik Merkezi'nin çalışmalarındaki gereçli olarak kabul edilen kanıt düzeyleri (32).....	7
Tablo 2.3. Hemşirelik uygulamalarında yaygın bir şekilde kullanılmakta olan kanıt hiyerarşisi 2 (SIGN kanıt hiyerarşisi) (32).....	8
Tablo 2.4. Hemşirelik uygulamalarında yaygın bir şekilde kullanılmakta olan kanıt hiyerarşisi (32).....	9
Tablo 2.5. Hemşirelik uygulamasında Melnyk ve Fineout-Overhol kanıt hiyerarşisi yerine kullanıma geçmiş olan kanıt hiyerarşisi (32).	9
Tablo 2.6. Johns Hopkins kanıt hiyerarşisi (33).....	10
Tablo 2.7. Araştırma tiplerinin güvenilirliği ve geçerliliği boyutları ile ilgili kanıt hiyerarşisi (32).....	11
Tablo 4.1. Araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği.	52
Tablo 4.2. Araştırmanın normallik analizi.	53
Tablo 5.1. Katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı (n: 92).	54
Tablo 5.2. Katılımcıların yaşına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	55
Tablo 5.3. Katılımcıların cinsiyetine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	56
Tablo 5.4. Katılımcıların eğitim durumuna göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	56
Tablo 5.5. Eğitim durumundaki farkın neden kaynaklandığına yönelik Bonferroni çoklu karşılaştırma analizi sonuçları (n: 92).	57
Tablo 5.6. Katılımcıların mesleki çalışma yılına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).	58
Tablo 5.7. Katılımcıların birimine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	59
Tablo 5.8. Katılımcıların güncel bilgilerinin hemşirelik bakımına yansıtılmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	60
Tablo 5.9. Katılımcıların dernek üyeliğine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	60
Tablo 5.10. Katılımcıların bilimsel yayın ya da dergi okumasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).	61
Tablo 5.11. Katılımcıların bilimsel toplantı ya da kongreye katılmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).	61
Tablo 5.12. Katılımcıların sertifikalı kursa katılmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92)	62
Tablo 5.13. Katılımcıların bilimsel araştırma yapmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).	63
Tablo 5.14. Katılımcıların araştırma grubunda çalışmacı olarak yer almasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	63
Tablo 5.15. Katılımcıların kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).	64

Tablo 5.16. Katılımcıların uygulamalar için eğitim almasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).	65
Tablo 5.17. Katılımcıların bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).65	
Tablo 5.18. Katılımcıların bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).....	66
Tablo 5.19. Anlamlı değişkenlerle KDHYTÖ arasındaki ilişkiye yönelik bulgular (n: 92).	67
Tablo 5.20. Anlamlı değişkenlerle KDHYTÖ arasındaki ilişkinin gücüne yönelik bulgular.....	68



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1. Kanıt hiyerarşisi/ Kanıt Piramidi (32).	12
Şekil 2.2. KDU'nın önemli olan 3 komponenti (32).	15
Şekil 2.3. Müdahalelerin Faaliyetlerine İlişkin Kanıt Düzeyler (97).....	26
Şekil 4.1. Araştırmanın Akış Şeması.	48



KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
CNA	: Kanada Hemşireler Birliği
CURN	: Conduct and Utilization of Research in Nursing
Dr	: Doktor
JBİ	: Joanna Bridggs Enstitüsü
KDH	: Kanıta Dayalı Hemşirelik
KDSU	: Kanıta Dayalı Sağlık Uygulamaları
KDT	: Kanıta Dayalı Tıp
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulamalar
RK	: Randomize Kontrollü
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışmalar
SBH	: Sağlık Bakım Hizmetleri
SIGN	: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TDK	: Türk Dil Kurumu
VAS	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
WICHEN	: Wester Interstate Commission for Higher Education in Nursing

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında desteklerini esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Rabia Keçialan başta olmak üzere değerli jüri üyeleri Doç. Dr. Güلزade Uysal ve Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Ceylan'a ve emeği geçen tüm hocalarıma çok teşekkür ederim.

Hakkını asla ödeyemeyeceğim ve bu süre içinde aramızdan ayrılan ama desteğini hep yanımda hissettiğim canım annem Emine Karakaş ve varlığıyla güç bulduğum sevgili babam Resul Karakaş'a sonsuz şükranlarımı sunar ve teşekkür ederim.

Çalışmam sırasında sabır gösterip beni motive ettiği için sevgili eşim Burcu Ünsal Karakaş'a, çalışmama izin verdiği için biricik kızım Bahar Karakaş'a ve uzaktada olsa desteğini esirgemeyen kız kardeşim Remziye Karakaş'a teşekkürü bir borç bilirim.

Veysi KARAKAŞ

1. GİRİŞ

Araştırmanın Konusu

Hemşirelik; odağında “*insan*” kavramı, temel prensibinde “bakım” olan; hasta ya da sağlıklı kişinin ihtiyaçlarının yerine getirilmesini ve olabilecek en kısa sürede bağımsızlıklarını geri kazanmalarını amaçlamış olan, sanat ve bilimden oluşmakta olan sağlık disiplini olarak bilinmektedir (1, 2). Bir milletin sağlık seviyesinin gelişmişlik düzeyini göstermekte olan en önemli ölçütlerden biri olan çocuk sağlığı konusunda, hemşireliğin uzmanlık alanı “*pediatri hemşireliği*” fazlasıyla etkin bir rol oynamaktadır (3, 4). Bahsedilmekte olan pediatri hemşireliği, bireyin ilk doğmuş olduğu dönemden adölesan döneminin son zamanlarına kadar tüm gelişim dönemlerini kapsamakta olup, aileyi ve çocuğu bakımın merkezine almaktadır (4).

Çocuk, bir milletin geleceği gözü ile bakılarak özenle yetiştirilmektedir (3). Bilişsel ve fizyolojik taraflardan tam anlamı ile gelişmemiş olduğundan, çocuğun davranışlarının geliştirilmesi ve sağlığının devam ettirilebilmesi sırasında ailesine oldukça büyük bir rol düşmektedir (5). Çocuk bireyin hastaneye yatırılmış olması, aile fertleri ve çocuk adına oldukça büyük bir stres kaynağı olmakla beraber aile fertlerinin bahsedilen stresin hastaneye yatmış olan çocuk bireye olan negatif etkilerinin kanıtlandığı belirtilmektedir (6, 7).

Bilimsel yöntem ile elde edilebilmekte olan KDH (Kanıta dayalı hemşirelik), hali hazırdaki en doğru ve iyi kanıtların, hasta tercihlerini ve klinik deneyimlerini bütünleştirip, hemşirelik bakım uygulamaları içerisinde kullanma yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (8-14).

Hemşirelik bakımının, hemşire yetiştirmek için gerekli olan eğitim geliştiği müddetçe, kanıtlara dayandırılmasına ihtiyaç duyulduğu bilinen bir gerçektir. Hemşire araştırmacı kişiler, son elli senedir bakım uygulamalarının araştırılması sonucundan elde edilmiş olan bulgulara, farklı bir ifade ile bilimsel kanıtlara dayandırılmış olmasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır (12, 15). KDH konusu hakkındaki rehber ve kitapların yayıldığı, kongrelerin düzenlendiği ve KDH merkezlerinin açıldığı ifade edilmektedir.

Türkiye’de ise öncelikle Platin tarafından 2000 senesinde Kanıta Dayalı Hemşireliğin uygulanması yönündeki engellerin tartışılması ile beraber gündeme gelmekte olan KDH, Babadağ ve Kara’nın 2003 senesinde yayımlamış olduğu “*Kanıta Dayalı Hemşirelik*” isimli eserinin içerisinde yer alan 1. Makalede, bahsedilen konu hakkında en temel bilgilere değinilmektedir (16,169). 2006 senesinden itibaren KDH ile alakalı atılmış olan adımların artmakta olduğu görülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmamızı amacı, çocuk kliniğinde çalışmakta olan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını incelemektir.

Araştırmanın Önemi

Çocuk kliniğinde çalışmakta olan pediatri hemşirelerine ilişkin kaynakların sınırlı olmasıyla beraber kanıta dayalı uygulamalar ile birlikte incelendiği zaman yeterli çalışmalar bulunmamaktadır. Bu sebeple çocuk kliniğinde çalışmakta olan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını incelemek çocukların sosyal, bilişsel, duyuşsal ve fiziksel açıdan sağlıklı gelişmeleri için oldukça önem arz etmektedir.

2. GENEL BİGİLER

2.1. Pediatri Hemşireliği ve Sorumluluklar

Pediatri hemşireliği kavramı Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 senesinde yayınlanmış olan 272515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği içerisinde, profesyonel hemşirelik rolleri ve evrensel çocuk hakları doğrultusu üzerinde 0 - 18 yaş arasında olan çocukların toplumda ve aile içerisinde sosyal, duysal, bilişsel ve fiziksel yönden sağlıklı bir şekilde gelişmesi ve büyümesi, sağlığın en üst seviyesine çıkarılması ve hastalıklardan korunması, hastalandığı zaman tedavisi, rehabilitasyonu ve bakımından sorumlu olan hemşire şeklinde ifade edilmektedir (17).

Aile ve çocuk ile genel olarak ilk temas etmekte olan hemşire hem ailenin hem de çocuğun sağlığını olabildiğince en yüksek seviyede geliştirmekte ve sürdürmektedir. Pediatrik bakım düşüncesi ile aile ve çocuğun spiritüel, sosyokültürel, duysal, bilişsel ve fiziksel ihtiyaçlarının giderilmiş olması amaçlanmaktadır. Yasaların, pediatri hemşireliği kavramının oldukça profesyonel yapısı, insan ve çocuk hakları bakımından pediatri aile merkezli olan bakım uygulamalarını desteklediği belirtilmektedir (1, 18).

Zaman içerisinde aile ve çocuğun sağlığını etkilemekte olan etkilerle sağlık seviyelerinin tanımı değişkenlik göstermektedir. İhtiyaçlar ve tanımdaki değişimler ile birlikte hemşirelik sanatı üzerinde de bazı değişimler ortaya çıkmaktadır. Pediatri hemşiresi olan kişinin; savunuculuk, geliştirme, sürdürme, sağlığı koruma, danışmanlık ve eğitim benzeri temel olan sorumluluk ve rolleri kapsamı içerisinde gelişim ve değişim görülmesi muhtemel bir durum olmaktadır. Eski zamanlarda pediatri hemşireliği görevinin standartları tıbbi yaklaşımla beraber olabildiğince hasta odaklı olmaktadır günümüzde aile fertleri de içerisinde olacak şekilde bütüncül bir yaklaşımın benimsendiği belirtilmektedir. Günümüz zamanında holistik yaklaşımın benimsenmiş olmasıyla aile ve çocuğun sağlığını yükseltmeye ve sürdürmeye odaklanmaktadır (1, 19).

Pediatri hemşiresi olan kişi, temel sorumluluk ve yetkilerine ilave olarak, aile ve çocuğun tıbbi ve sosyokültürel durumuna bakarak çocuk bireyin bakım gereksinimlerini belirleyerek söz konusu olan gereksinimleri karşılayabilmek adına

oluşturmuş olduğu bakım sürecinin bütün aşamaları içerisinde aile fertlerini de dahil ederek bakımın neticesini değerlendirmektedir.

Aile ve çocuğun güvenli ve rahat bir ortam içerisinde olmaları, onların kuruma ya da kliniğe daha kolay bir şekilde adapte olabilmelerini sağlamaktadır. Hastane sonrasındaki bakım sürecinin evde devam edebilmesi adına aileye gerekli olan bütün beceri ve bilgileri öğretmek onlara danışmanlık yapmaktadır. Krize, strese ve kaygıya neden olan durumlarda aile ve çocuklara destek olmaktadır. Çocuk istismarı tarzında herhangi bir şüpheli davranışı tanıyarak gerekli olan yerlere bildirerek çocuk hak sınırlarına karşı çocuk için savunma yapmaktadır. Çocuk hakları ile alakalı ebeveynleri bilgilendirerek çocukların haklarını bulmakta olan sağlık sistemi kapsamı içerisinde nasıl ve nerede kullanacak olduğu konusu hakkında yönlendirme yapmaktadır (1).

2.2. Kanıt ve Kanıta Dayalı Uygulama

2.2.1. Kanıt Kavramı

Kanıt, *“bir düşüncenin yürütülmesi ya da doğrulanmasını sağlayan araştırma sonuçları”*, *“kişinin bir şeyin doğru olduğuna dair inancını temel alan gerçeklerin toplamı”* şeklinde tanımlanmaktadır (20-23). Bilimsel kanıtlar, olabilecek en uygun olan cevabı oluşturabilmek için sorulmakta olan klinik sorulara bağlı bir şekilde değişik çalışma tasarımlarını içerebilmektedir (22, 24). Fakat Kanıta Dayalı Uygulama (KDU), hangi bilginin kanıt şeklinde kabul görüldüğüne ve nasıl kullanıldığına göre bazı değişiklikler gösterebilmektedir. Araştırma bulguları, klinikten ve temel bilimlerden edinilmiş olan bilgiler, uzman olan kişilerin görüşleri farklı olan kategoriler içerisinde *“kanıt”* olarak kabul edilebilmektedir (25, 26). Sağlık profesyonellerinin, verecek oldukları bakım için klinik deneyimleri sırasında edindikleri bilgilerin yanında, kanıtları da kullanıp bir karar vermeleri gerekmektedir (22). Kanıt türlerinin ayrımlarını öğrenebilmek, eleştirel bir şekilde değerlendirebilmek ve klinik uygulamalar içerisinde amaçlanmakta olan neticelerin iyileştirilmesi sırasında oldukça etkili olmaktadır (22, 27). Söz konusu olan kapsam doğrultusunda kanıtların, öneri dereceleri ve kanıt düzeyleri ile beraber değerlendirilerek analiz edilmesinin gerekli olduğu anlaşılmaktadır (22, 26, 28).

Kanıtın, özel araştırma bulgularının olduğu ve pek çok sayıda kelime anlamının bulunduğu belirtilmektedir (29). Başka bir ifade ile, direkt olarak şüphe edilmiş olan bir şeyin araştırma neticeleri ile doğruluk payını çürütmek veya ispat etmektir (30). Diğer bir tanımdaysa söz konusu olan kavram, sağlık bakım sistemi içerisindeki uygulayıcı olan kişilerin ulaşabilecek olduğu ve uygulamanın bilimsel analiz verilerine dayanmasına denmektedir (31). Literatür içerisinde “kanıt” kavramı ile alakalı aşağıdaki ifadeler bulunmaktadır (20):

- I. Kanıt bilgidir (Deneysel bilgi, uzman görüşü, sözsüz).
- II. Kanıt doğrudur.
- III. Kanıt sistematik meta analizi ve incelemeden elde edilir.
- IV. Kanıt inanılan bir bilgiyi çürüten ya da doğrulayan bilgidir.
- V. Kanıt bir araştırma neticesidir.

Elde edilmiş olan kanıtların var olan uygulama ve problemlere bir yanıt getireceği ya da getiremeyeceği, 3 alan içerisinde değerlendirilmektedir. Bahsedilen alanlar, uygulama olanakları, uygunluk ve etkinlik olarak ifade edilmektedir (12, 30).

Uygulama Olanakları

Girişimin uygulanabilmesi adına gerekli olan gereç ve kaynakların var olması ya da olmaması oldukça önem arz etmektedir. Gerekli olan kaynaklar, sağlık profesyonelleri için maliyeti, nasıl uygulanacak olduğunu ve kullanım durumunu kapsamaktadır (12, 30).

Uygunluk

Bakım alacak olan kişinin, kişisel görüşünü yansıtmaktadır. Söz konusu bakımın fizyolojisinden daha çok psiko-sosyal konularla alakalı olduğundan dolayı hastanın önemli sağlık problemlerini, deneyim ve sonuçlarını, hasta bireyin kişisel görüşünü ifade etmektedir (12, 30).

Etkinlik

Kanıt dayalı uygulamalar girişimi neticesiyle ilişkili olmaktadır. Sistematik inceleme ve klinik rehberlerin geliştirilebilmesi adına oldukça önem arz etmektedir. Etkinliği yansıtmakta olan en iyi kanıtın RKÇ (Randomize Kontrollü Çalışmalar) ile elde edebilecek olduğu görüşü fazlasıyla hakim olmaktadır (12, 30).

Araştırma sonuçları neticesinde elde edilmiş olan kanıt, 3 alan içerisinde değerlendirilmesinin ardından güvenilirlik ve geçerlilik için olabildikçe en iyi olandan yeterli derecede olmayana doğru sıralanmaktadır. Güvenilir olan kanıtın 3 önemli özelliği bulunmaktadır (12, 30).

1. Elde edilmiş olan kanıt, herkes adına anlaşılır olmalıdır.
2. Elde edilmiş olan veri, oy çokluğu ile birlikte kararlaştırılmalıdır.
3. Elde edilmiş olan kanıt, herkesin yararlanabilecek olduğu bir şekilde açık ve genel olmalıdır (12, 30).

2.2.2. Kanıt Düzeyleri ve Kanıt Hiyerarşisi

Araştırma sonuçlarından elde edilmiş olan kanıtların, hemşirelik bakımına dayandırılıyor olması ve oldukça yüksek kanıt seviyeli araştırmaların neticesinden yararlanılıyor olması kaçınılmaz bir gerçek olmaktadır. Günümüz zamanında, hemşirelik ile alakalı en iyi kanıtın niteliksel ya da niceliksel bir şekilde hangisinin sağlamış olduğu yönünde tartışmaların sürdüğü ve kanıt piramidine ilişkin çalışmaların meydana konulduğu görülmektedir (32).

Bahsedilen çalışmaların en başında AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) nin kanıt düzeylerine göre Stetler ve ark. tarafından tanımlanmış olan kanıt hiyerarşisi yer almaktadır (Tablo 2.1). KDH uygulamasıyla ilgilenmekte olan ilk hemşire olduğu ve konu ile alakalı modeli geliştirmiş olduğu belirtilmektedir. Geliştirilmiş olan söz konusu olan kanıt hiyerarşisi, hemşirelik araştırmalarıyla uyum içerisinde olmaktadır. Stetler ve ark. tarafınca oluşturulmuş olan kanıt hiyerarşisi, kanıt kaynakları 1- 6 aralığında numaralandırarak kanıt seviyelerini A ile D aralığında harflendirmiştir. D yetersiz kanıt olduğunu ve sorgulanmasının gerekli olan çalışmaları ifade etmekte iken, A ise en iyi kanıt olduğunu ifade etmektedir (32).

Tablo 2.1. Hemşirelik uygulamalarında yaygın bir şekilde kullanılmakta olan kanıt hiyerarşisi (32).

Düzyey – Kalite	Kanıt Kaynağı
6 (A-D)	Uluslararası bir şekilde tanınmış olan otoritelerin deneyin düzeylerine dayalı olan görüşleri, araştırmaya dayalı olmayan görüşler, uzman komite görüşleri, resmi görüşler
5 (A-D)	Sistematisik bir şekilde elde edilen kalite iyileştirme programının kalite analizi ya da değerlendirme sonuçları, vaka raporları
4 (A-D)	Deneyimsel olmayan çalışma (vaka çalışmaları, ilişkisel kalitatif, tanımlayıcı)
3 (A-D)	Yarı-deneyimsel çalışma (vaka-kontrol çalışması, zaman serileri ya da randomize olmayan kontrollü bir grup pre-post desenli çalışma
2 (A-D)	Deneyimsel çalışma
1 (A-D)	Kontrollü çalışmalar ile meta-analiz

1996 senesinde kurulan “*Joanna Briggs Enstitüsü KDH ve Ebelik Merkezi*”nin çalışmaları da KDH uygulamaları üzerinde oldukça büyük bir öneme sahip olmakla beraber sistematik incelemeler yapabilmektedir. Söz konusu alanda yapılmış olan araştırmalar “*En iyi Uygulama Raporları*” şeklinde sunulmaktadır (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Joanna Briggs Enstitüsü KDH ve Ebelik Merkezi’nin çalışmalarındaki gereçli olarak kabul edilen kanıt düzeyleri (32).

Uzman Görüşü	Düzyey 5
Uzman görüşlerinin sistematiksik incelenmesi	Düzyey 5.a
Uzman görüşleri	Düzyey 5.b
Tek uzman görüşü	Düzyey 5.c
Gözlemsel – Tanımlayıcı Çalışmalar	Düzyey 4
Tanımlayıcı çalışmaların sistematiksik incelenmesi	Düzyey 4.a
Kesitsel çalışmalar	Düzyey 4.b
Vaka serileri	Düzyey 4.c
Vaka çalışmaları	Düzyey 4.d
Gözlemsel – Analitik Tasarımlar	Düzyey 3
Karşılaştırılabilir olan kohort çalışmalarının sistematiksik bir şekilde incelenmesi	Düzyey 3.a
Karşılaştırılabilir olan kohort ve beraberinde diğer alt çalışmaların sistematiksik bir şekilde incelenmesi	Düzyey 3.b
Kontrol grubu ile kohort çalışmaları	Düzyey 3.c
Vaka kontrollü çalışma	Düzyey 3.d
Kontrol grubu olmayan gözlemsel çalışma	Düzyey 3.e

Yarı Deneyssel Tasarımlar	Düzy 2
Yarı deneyssel olan çalışmaların sistematik bir şekilde incelenmesi	Düzy 2.a
Yarı deneyssel olan çalışmalarla diğery alt çalışmaların sistematik bir şekilde incelenmesi	Düzy 2.b
Yarı deneyssel prospektif alışmalar	Düzy 2.c
Tarihi ve geçmişe dönük ya da ön test – son test kontrol grubu alışması	Düzy 2.d
Deneyssel Tasarımlar	Düzy 1
RKÇ ile sistematik incelenmesi	Düzy 1.a
Diğery alışmalar ve RKÇ’ların sistematik bir şekilde incelenmesi	Düzy 1.b
RKÇ	Düzy 1.c
Sözde RKÇ	Düzy 1.d

Hemşirelik araştırmalarına yönelik klinik rehberleri ve kanıt düzeyleri olan oldukça önemli bir kuruluş olarak bilinen SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) 2017’de kurulmuştur (Tablo 2.3) (32).

Tablo 2.3. Hemşirelik uygulamalarında yaygın bir şekilde kullanılmakta olan kanıt hiyerarşisi 2 (SIGN kanıt hiyerarşisi) (32).

Kanıt Kaynağı	Düzy
Randomize Kontrol ve Sistematik Derleme alışmalarının Meta-analizi (A)	1a.
En az bir tane RKÇ (A)	1b.
En az bir tane Randomize olmayan kontrollü alışma (B)	2a.
Oldukça iyi bir şekilde dizayn edilmiş olan yarı deneyssel alışmalar (B)	2b.
İyi planlanmış olan fakat deneyssel olmayan çalışmalar (kohort, izlem, vaka-kontrol, kıyaslama, korelasyon) (C)	3.
Saygın otoritelerin görüşü ve Uzman komite raporları	4.

Melnyk ve Fineout-Overhol (2019) tarafından, KDH uygulamalarına öncülük ve kılavuzluk edebilmek için tanımlanan hemşirelikte çok fazla kullanılmakta olan kanıt hiyerarşisi 7 düzeyli olarak bulunmaktadır (Tablo 2.4) (32).

Tablo 2.4. Hemşirelik uygulamalarında yaygın bir şekilde kullanılmakta olan kanıt hiyerarşisi (32).

Kanıt Kaynağı	Kanıt Düzeyi
RKÇ kapsamakta olan meta analiz veya sistematik derleme raporu GOLD STANDART	1. Düzey
İyi bir şekilde tasarlanmış olan en az 1 adet RKÇ	2. Düzey
Randomize olmayan fakat iyi tasarlanmış olan kontrollü deneysel çalışma	3. Düzey
İyi tasarlanmış olan kohort ve vaka-kontrol çalışmaları	4. Düzey
Nitel ve tanımlayıcı araştırmaları kapsamakta olan sistematik derlemeler	5. Düzey
Nitel veya tanımlayıcı bir çalışma	6. Düzey
Uzman komite raporları ya da otoritelerin görüşleri	7. Düzey

Tablo 2.4'te yer almakta olan kanıt hiyerarşisini Beck ve Polit revize ederek farklı ve çok daha esnek bir kanıt hiyerarşisi saptamıştır (Tablo 2.5).

Tablo 2.5. Hemşirelik uygulamasında Melnyk ve Fineout-Overhol kanıt hiyerarşisi yerine kullanıma geçmiş olan kanıt hiyerarşisi (32).

Kanıt Kaynağı	Kanıt Düzeyi
RKÇ kapsamakta olan sistematik derleme ya da RKÇ olmayan sistematik derleme	1. Düzey
Tek RK olmayan ya da tek RKÇ olan çalışma	2. Düzey
Gözlem ve korelasyon çalışmasını kapsamakta olan sistematik derleme	3. Düzey
Gözlem ya da tek korelasyon çalışması	4. Düzey
Fizyolojik, nitel ya da tanımlayıcı çalışmayı kapsamakta olan sistematik derleme	5. Düzey
Fizyolojik, nitel ya da tanımlayıcı çalışma	6. Düzey
Uzman komite raporları ya da otoritelerin görüşleri	7. Düzey

Öte yandan uygulayıcı olan kişilere kılavuzluk edecek bir niteliğe sahip olan bir başka kanıt hiyerarşisi daha belirlenmiştir. Johns Hopkins Modeli içerisinde, araştırma dışı kanıtlar için 2 düzey (4, 5) ve araştırmaya dayalı kanıtlar için 3 düzey (1, 2, 3) belirlenmiştir (Tablo 2.6) (32).

Tablo 2.6. Johns Hopkins kanıt hiyerarşisi (33).

Kanıt Düzeyi	Araştırma Tasarımı
Düzye 1	Deneysel çalışmalar, RKÇ Meta-analizsiz ya da meta-analizli, RKÇ'nin sistematik incelemesi Yarı deneysel olan çalışmalar
Düzye 2	Meta-analizsiz ya da meta-analizli, RKÇ ve yarı deneysel çalışma kombinasyonunun sistematik bir şekilde incelenmesi veya deneysel çalışmaların sistematik bir şekilde incelenmesi Deneysel olmayan çalışmalar
Düzye 3	Meta-analizsiz ya da meta-analizli, RKÇ, deneysel olmayan, yarı deneysel çalışmaların kombinasyonunun sistematik bir şekilde incelenmesi ya da yalnızca deneysel olmayan çalışmaların sistematik bir şekilde incelenmesi
Düzye 4	Ulusal tanınan konsensusların ve komitelerin ya da saygı duyulan otoritelerin bilimsel kanıtlar üzerine temellendirilen panel sonuçları -Konsensus Panelleri -Klinik Uygulama Rehberleri Araştırmaya dayalı ve deneyimlere bağlı olmayan kanıtlar -Kalite geliştirme, finansal ya da program değerlendirme -Literatür incelemesi
Düzye 5	-Ulusal tanınan uzmanların deneyimlerine bağlı görüşleri -Vaka raporları

Elde edilmiş olan kanıt, araştırma tiplerinin güvenilirlik ve geçerliliğini açıklayabilmek amacı ile farklı alanlar içerisinde değerlendirilmektedir (Tablo 2.7) (34).

Tablo 2.7. Araştırma tiplerinin güvenilirliği ve geçerliliği boyutları ile ilgili kanıt hiyerarşisi (32).

Kanıt Özellikleri	Kanıt Düzeyi
- Klinik uygulamaya oldukça kuvvetli bilimsel bilgi sağlamaktadır. - Bilimsel araştırmalar ile elde edilmektedir. - RKÇ kapsamaktadır. -Klinik önerilerde bulunmak ve kanıt uygulama rehberi oluşturmak için oldukça önem arz etmektedir. - Kanıt tek bir çalışma içerisinde elde edilmiş olabilmektedir.	Mükemmel Kanıt
-Araştırmanın tekrarlanması gerekmektedir. - Hata riski düşüktür ve klinik uygulama için oldukça güvenilir ve sağlam bir temel oluşturmaktadır.	İyi ve Adil Kanıt
- Hata riskinin değişken olacağından dolayı klinik uygulama adına kuvvetli bir kanıt oluşturamamaktadır.	Orta Kanıt
- Çalışmalar girişimin başlangıcının incelenerek araştırma önceliklerinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. - Oldukça önemli hata riski bulunmaktadır. Kabul edilebilir olan çalışmaların bütün kriterleri karşılanmaz ya da iyi kalitede bir bilimsel çalışma bulunamaz.	Yetersiz Kanıt
- Bu seviyede uzman görüşlerini içermektedir. - Sınırlı bilimsel kanıtlar bulunmaktadır. Kabul edilebilir derece olan çalışmaların bütün kriterleri karşılanmaz ya da iyi kalitede olan bilimsel çalışma bulunamaz.	Oybirliği

2.2.3. Kanıt Uygulama Kaynakları

Günümüzde dijital platformlar içerisinde sağlık alanı ile başvurulabilecek olan pek çok veri bulunmaktadır. İnternette denetiminin olmadığı bilinen söz konusu platformlar, sağlıkla alakalı bilgileri tehdit ederek bilgi kirliliğine neden olmaktadır. Bahsedilen durum da sağlık profesyoneli olan kişilerin uygulamalar için bilgi arayışlarını zora sokmaktadır. Kanıt niteliği taşımakta olan bilgilere yönelerek bilgi arayışını doğru bir şekilde belirlemek gerekmektedir. Bu sebeple yayınların kanıt düzeyleri ve hiyerarşik sıralamaları oldukça önem kazanmaktadır. Bilimsel olan araştırmalar sırasında elde edilmiş olan bilgi ve bulguların değerlendirilerek en iyi kanıt ulaşabilmeyi kolaylaştırmak amacıyla kanıt

hiyerarşisi kavramı ortaya çıkmıştır. Söz konusu olan kanıt hiyerarşisi, ilk olarak 1979 senesinin sonlarında Canadian Task Force tarafından meydana atılarak bahsedilen kanıt hiyerarşisi üzerinde pek çok çalışma yapılmıştır. Kanıt piramidinde yer almakta olan farklı araştırma yöntemleri de uygulama ve sorunlara yanıt getirmedeki önemi meydana getirmektedir (Şekil 2.1). Kanıt piramidi içerisinde, en iyi ve en doğru olan kanıtların bilimsel araştırmalar sonucunda elde edilmiş olduğu kabul edilmektedir. Bu bağlam doğrultusunda hemşirelikte KDU için bilimsel araştırma çeşitlerinin biliniyor olması oldukça önem arz etmektedir (32).



Şekil 2.1. Kanıt hiyerarşisi/ Kanıt Piramidi (32).

2.2.4. Kanıta Dayalı Uygulama

Kanıta Dayalı Tıp (KDT); uygulamaların, klinik bilgilerin ve kanıtlanmış olan bilimsel bilgilerin, hasta tedavi, tanı ve bakım süreci içerisinde hasta bireylerin isteklerini de kapsayarak planlanmakta olan tıbbi uygulamalar da hekimlerce kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır. KDT kavramı, deneyimlere ek olacak şekilde araştırma neticelerinin de uygulama içerisinde kullanılması gerekmekte olduğu amacını içermektedir (35-37).

Kanıta Dayalı Tıp kavramı sağlık profesyoneli olan kişiler tarafından önem kazanarak hem sağlığı geliştirme hem de klinik alanda çalışmalarda kullanılmaya başlanmasının ardından genel bir anlam ifade etmekte olan KDU (kanıta dayalı uygulamalar) şeklinde kullanılmaya devam etmiştir (36-39).

2.2.4.1. Kanıta Dayalı Uygulama Kavramı

Tanım olarak sağlık içerisinde en iyi hizmeti ve bakımı sağlamak için kanıt değeri fazla olarak görülen literatür araştırmalarının yapıldığı ve sonuçların değerlendirilerek uygulama içerisinde sağlık profesyoneli olan kişilerin deneyimleri ve hasta bireylerin tercih-değer ve ihtiyaçlarını karşılayabilmekte olan, klinik bir karar vermeyi içermekte olan problem çözme tekniği ya da düşük maliyetli olan kaliteli bir hizmet şeklinde literatür içerisinde tanımları yer almaktadır. KDU'ların klinik karar verme sürecini oldukça kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Kısaca kanıta dayandırılan uygulamalar olarak ifade edilebilmektedir (40-46).

Güneş (2017)'e göre, KDU aşamaları şu şekilde sıralanmaktadır (47):

- Aşama 0: Araştırma ruhunun geliştirilmesi.
- Aşama 1: T (Time / Zaman) I (Intervention / Girişim), P (Patient / Hasta), O (Outcome / Sonuç), C (Comprehension / Karşılaştırma) formatında klinik soruların sorulması.
- Aşama 2: En iyi olan kanıtın araştırılması
- Aşama 3: Söz konusu kanıtın uygunluğunun ve geçerliliğinin değerlendirilmesi.
- Aşama 4: Kanıt bilgilerin uygulamaya geçirilmesi.
- Aşama 5: KDU kararlarının neticelerinin değerlendirilmesi
- Aşama 6: KDU'nın değişim ve karar sonuçlarını yaymak.

Süreç düzeninden de anlaşılacak olduğu gibi bilgileri uygulamak veya araştırma yapmak kanıt değeri fazla olan uygulamalar anlamına gelmemektedir. En iyi ve en düzgün araştırmayı yapabilmek, araştırmamanın ardından ulaşılmış olan bilgileri uygulayabilmek ve söz konusu olan bilgileri uyguladıktan itibaren sonucunu olabildiğince doğru olarak değerlendirebilmek ile KDU gerçekleşecektir (48).

Bakım sürecinde kaliteli hizmetin artabilmesi adına KDU ve kanıtların esas niteliği taşıdığı ifade edilmektedir. Fakat hemşirelerin KDU kullanımı sırasında bazı problemler yaşadıklarını sık sık dile getirdiği ve esas niteliğe sahip olan uygulamaların genel olarak zor görüldüğü belirtilmektedir. Uygulama sorunlarının kaldırılabilmesi adına; ilk olarak problemlerin araştırılması, sonrasında söz konusu olan problemlere çözümler geliştirilmesi, geliştirilen çözümlere ilişkin

bilgilendirmeler yapılması, KDU'ların devamlılığını sürdürebilmesi için SBH (Sağlık Bakım Hizmetleri)'nde araştırma kültürü meydana getirmektedir. Yalnız başına bilimsel çalışmalar yapmanın sakıncalı ve zor olduğu bilinen bir gerçektir. Bununla beraber araştırma sonuçlarını hayata geçirmek için birlik içerisinde olunması gerekmektedir.

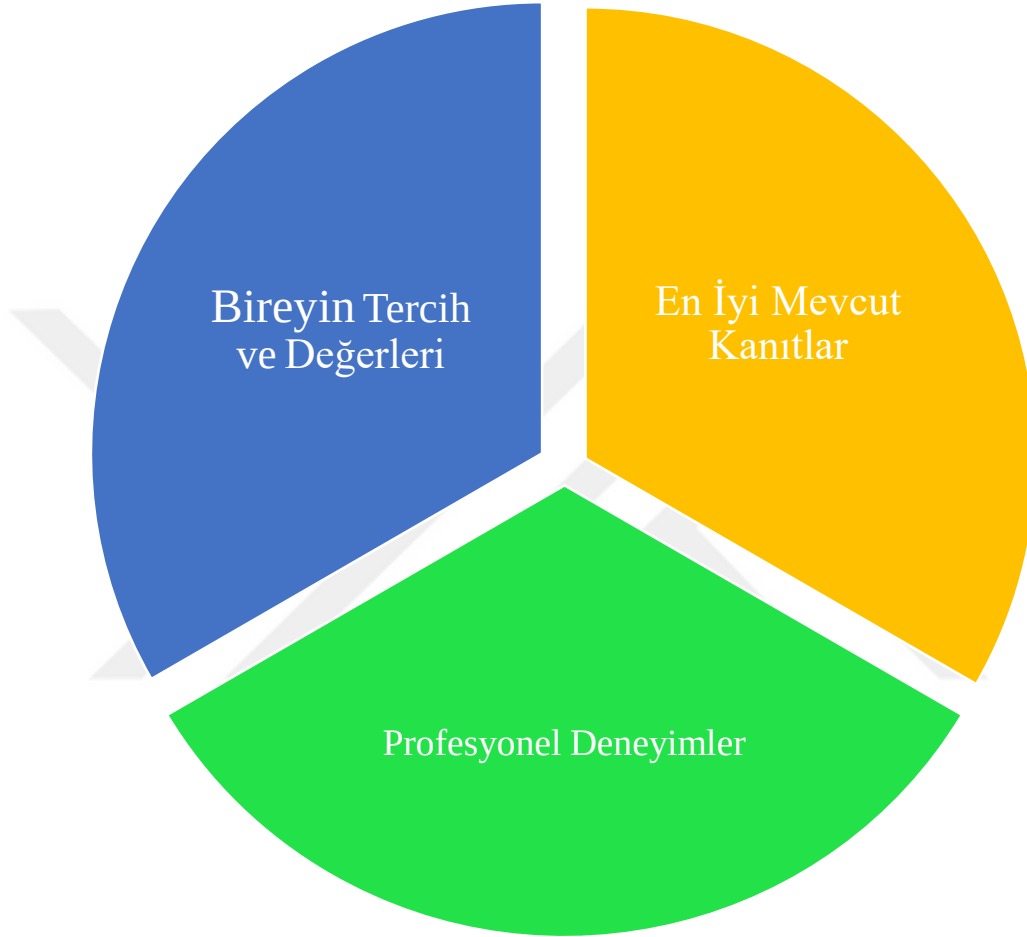
2.2.4.2. Kanıta Dayalı Uygulamanın Tarihsel Gelişimi

Kanıta Dayalı Uygulamanın başlangıç tarihinin 1970'li senelerde Epidemiyolog Doktoru olan Dr. Archie Cochrane'a dayandığı ifade edilmektedir. Sağlık bakımındaki alınmış olan kararların bir kanıta dayalı olmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Bununla beraber ilk kez tıp uygulamaları içerisinde kullanılmaya başlanan KDT kavramı ortaya çıkmıştır. KDT, çeşitli yetkililerce KDSU (Kanıta Dayalı Sağlık Uygulamaları) veya KDU şeklinde kullanılmıştır. Hemşireler de zamanla KDT uygulamalarında yer alarak bahsedilen durumdan etkilenmiş olduklarından dolayı KDH kavramı literatür içerisinde yerini almıştır. Böylece hemşirelerin araştırmalarının neticelerini bakıma aktarmaları zorunlu bir hal almıştır (29, 49).

Kanıta Dayalı Uygulama, uygulama içerisindeki açığı göstermesi ve beraberinde sağlık sektöründe kanıta dayalı araçların kullanılıp, sorunların giderilebilmesi için geleneksel yollardan ayrılmaktadır (49). Yaşamın uzaması ile beraber kronik hastalıklar artış göstermiş ve yüksek maliyetli tedavi yöntemleri ve ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır. Mevcut kaynakların uygun bir şekilde kullanılarak nitelikli bir bakım sunulabilmesi amacıyla uygulanmakta olan yaklaşımlardan en uygunu KDU olarak bilinmektedir. Yapılmış olan tıbbi hatalar, hasta bireylerin gerekli olan bilgi ihtiyacının artıyor olması, sağlık profesyoneli olan kişilere olan güven duygusunun azalmasından kaynaklı KDU'nın önemi oldukça artış göstermiştir. Bu duruma ek olarak, karar ve bilgi verme süreci arasında bulunan karşılıklı bağı güçlendirerek bakım, tedavi ve tanı aşamalarını bilimselleştirmekte olduğu için de oldukça önem arz etmektedir (12, 16, 49).

Kanıta Dayalı Uygulama, yalnızca hekimlerin değil, sağlık sistemi içerisinde çalışmakta olan tüm ekip üyelerinin birleşmesi olarak ifade edilmektedir (30). KDU, bakım verilmekte olan alan içerisindeki en iyi kaynakları kullanarak hasta bireyin tercihlerini göz ardı etmeme, klinik alanda uzman olan kişilerin

görüşleriyle birlikte bilimsel veriler sayesinde elde edilmiş olan sonuçları, hasta bireylere iyi bir bakım sunabilmek amacıyla bir araya getirilmek olarak da tanımlanmaktadır. Sağlık bakımını üzerinde kalite temelli olmaktadır (30, 43). KDU'nın önemli olan 3 komponenti Şekil 2.2'de gösterilmektedir.



Şekil 2.2. KDU'nın önemli olan 3 komponenti (32).

Kanıtı Dayalı Uygulama, bakım hizmetinin olduğu ve problem temelli yerde konumlanmaktadır. Uygulayıcıyla araştırma sonuçlarından elde edilmiş olan bilimsel verilerden bulunabilecek olan en iyi kanıtın meydana çıkarılmasını sağlamaktadır (30, 50).

Araştırma bulgularının kolaylaştırılmasını sağlayarak maliyeti azaltmaktadır. Yapılmış olan faaliyetin etkin olabilmesi adına ekip bağlılığını gerektirmektedir. Hasta bireylerin faydasına yönelik bilimsel verilerin kullanılabilmesi adına KDU'lar şunları içermektedir (30, 50):

- a. Maliyete etkilidir.
- b. Verilen hizmetten itibaren kalite göstergesidir.
- c. Problemi çözüme temelli olarak uygulama üzerinde bakım verilen alanda yer almaktadır.
- d. Etkinlik adına ekip içi bütün bireyler ile birlikte gerçekleştirilmesi gerekmektedir.
- e. Uygulayıcı olan kişinin becerisiyle araştırma sonuçlarını birleştirerek en iyi kanıtları sunmaya çalışmaktadır. Bu durum kanıtların uygulanmasını kolaylaştırmaktadır.

2.2.4.3. Kanıta Dayalı Uygulamaların Sınıflandırılması

Araştırma bulgularının klinik uygulamaya aktarılmış olması, müdahalelerin güvenilirliğini arttırmakla beraber hasta sonuçlarını iyileştirerek maliyetleri azaltmaktadır. Bu durum sonucunda bakım kalitesinin iyileştirilmesini desteklemektedir. KDU bakım verilerinden ve iyi çalışmalardan elde edilmiş olan en iyi kanıtı bütünleştirerek hasta tercihlerini uzman bir şekilde eşleştirmekle beraber sağlık hizmetini sunabilmeye yardımcı olmaktadır. Söz konusu olan yaklaşımın pratikte uygulanabilmesi için 7 aşamalı bir süreç içerisinde geçmesi gerekmektedir. Bahsedilen sürecin aşamaları;

1. Aşama; uygulamaların sorgulanması,
2. Aşama; klinik problemlerinin en ilişkili ve en iyi kanıtı üretecek olan formatta detaylandırılması,
3. Aşama; klinik soruyu cevaplayabilmek adına en ilişkili ve en iyi kanıtların araştırılarak toplanması,
4. Aşama; Tespit edilmiş olan kanıtların ve kritik değerlendirmelerin gözden geçirilmesi,
5. Aşama, En iyi ve en ilişkili olan kanıtın uygulama içerisinde hasta bireylerin değerleri ve tercihleri ile bütünleştirilmesi,
6. Aşama; Kanıta dayalı olan değişikliğin ya da uygulamanın klinik bulgularının değerlendirilmesi,
7. Aşama; Klinik değişikliğin ya da kararın neticelerini yaymak olarak sıralanmaktadır (51, 52).

2.2.4.4. Kanıta Dayalı Uygulamanın Önemi

Kanıta Dayalı Uygulama, sağlık profesyonellerinin örgütsel ve ortam bağlamındaki deneyimini hali hazırda bulunan kaynaklar ile bütünleştirildiği zaman en iyi bilimsel kanıtları hasta bireylerin ihtiyaçlarına, sağlık durumuna, özelliklerine, tercihlerine ve değerlerine dayalı bir şekilde sağlık hizmetinde karar verilmesini desteklemekte olan bütüncül bir yaklaşım olarak bilinmektedir. Hemşirelik uygulamaları, sağlamış oldukları düşük sağlık maliyetleri ve iyileştirilmiş hasta sonuçları ile sağlık hizmetleri güvenliği ve kalitesinde kilit bir rol oynuyor olmasına rağmen, deneysel bilgiye nazaran sezgi, gelenek ve deneyime dayanmaktadır. KDU'nın kullanımı ve oluşturulması, sağlık hizmetleri içerisindeki oldukça önemli olan gelişmeler arasında yer almaktadır (53, 54).

Kanıta Dayalı Uygulama, çalışmalardan elde edilmiş olan temel sonuçları klinisyen uzmanlığı ile bütünleştirmekte olan, her bir hasta bireyin değerlendirmeleri, tercihleri ve değerlerini içermektedir (55-60). Yenilikçi olan sağlık hizmetlerini, olabildikçe yüksek kalitede bakım sağlayabilmek adına bilimsel kanıtlara dayalı olan hasta merkezli verimlilik ve bakım gerektirmektedir. Ayrıca doğrusal ve karmaşık olan bir süreç olduğu ve her adımı davranış, tutum ve bilgi benzeri farklı yeterlilik alanlarını gerektirdiği belirtilmektedir (61). Sağlık sistemi alanındaki hızlı değişimlerle beraber maliyet kontrolü, hasta güvenliği, kalite ve performans iyileştirilmesine çok daha fazla vurgu yapıldığı ifade edilmektedir. Bu sebeple, sağlık hizmeti adına yapılacak olan planları tasarlayarak uygulayabilmek için en iyi ve en ilişkili olan bilimsel kanıtları kullanıyor olmak, kolaylıkla erişilebilen araştırma kanıtlarına karar verme süreçleri içerisinde yerleştirebilmek, hemşirelerin mesleki sorumluluğu şeklinde önümüze gelmektedir (62-64). Hemşirelik, hasta birey ile yoğun bir şekilde etkileşim sağlama süreci olarak bilinmektedir. KDU'nın ilk amacı, her hasta birey için olabilecek en iyi hemşirelik bakımını planlayarak olabilecek en iyi sonucu sağlayabilmektir (56). Bu sebeple sağlık sektöründeki KDU kullanımının, hasta bireyin güvenliğini sağlayabilmek için zorunlu bir hale geldiği bilinmektedir (57).

Kanıta Dayalı Uygulamanın ayırt edici olan özellikleri, yeterli, verimli ve etkili olması olarak sıralanmaktadır. Verimlilik; maliyet hizmeti ya da etkinliğine makul olarak görülen bir masraf ile sağlama becerisine işaret etmektedir. Etkinlik; uygulamaların işlevselliğine ya da kullanışlılığına yardımcı olmaktadır. Bir

uygulamanın etkili bir şekilde tanımlanabilmesi adına, klinik ve istatistiksel önemini göstermekte olan oldukça titiz bir araştırmayı barındırıyor olması gerekmektedir. KDU tanımlanırken, süreklilik bağlamı doğrultusunda da ele alınmaktadır. Gelecek vadetmekte olan uygulamalar, yeni piyasaya çıkmış olan uygulama unsurlarını içerebilmekle beraber pozitif sonuçlar göstermekte olan programa dayalı nicel veriler ekleyebilmektedir. Fakat müdahaleleri ve hizmeti desteklemekte olan araştırma verilerini henüz içermeyebilmektedir (65).

Kanıtı Dayalı Uygulama, sağlık uzmanlarının güncel kalabilmelerine ve etkili klinik kararlar verebilmelerine yardımcı olan bir süreç olarak bilinmektedir. Uygulama ortamı içerisinde, araştırma bulgularından elde edilmiş olan kanıtların hasta değerleri ve klinik uzmanlıkla birleştirilmesi oldukça önem arz etmektedir. Söz konusu bağlam doğrultusunda, hasta ve hemşire problemlerini belirleme, sonuçları ve uygulamayı değerlendirmede ve bakım planı tasarlamada beceri ve bilgilerini güncel olan bilimsel kanıtlar ile bütünleştirebilmesi gerekmektedir. Fakat mevcut hemşirelik uygulamaları ile araştırma kanıtları arasında oldukça önemli bir boşluğun bulunduğu vurgulanmaktadır. Bahsedilen boşluk, hemşirelik eğitim programlarıyla beraber KDU için gereksinim duyulmakta olan yetenekleri geliştirmekle giderilebilmektedir. “*Amerikan Hemşirelik Kolejlere Derneği*” (AACN American Association of Colleges of Nursing)’ne göre, KDU’yu uygulayabilmek adına gerekli olan beceri ve bilgilere sahip olmak, hemşireleri klinik uygulama içerisinde sadece kanıtların uygulanması, değerlendirilmesi ve toplanmasına hazırlamak ile kalmayarak aynı anda neticelerin değerlendirilmesini de sağlamaktadır (66). KDU, klinik soruları düzgün bir şekilde analiz etmek, söz konusu olan sorunun yanıtlarına en uygun olan kanıtı aramak, bahsedilen unsurların uygulanabilirlik, ilişki düzeyi ve geçerliliklerini değerlendirmek olarak sıralanabilecek olan 5 unsurdan oluşmakta olan bir problem yanıtlama süreci olarak bilinmektedir (51, 62). Söz konusu olan analitik yetenekler, mesleki gelişimin sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Bu sebepten dolayı KDU’nın, hemşirelik eğitimi süresince tutarlı olarak desteklenmesi oldukça önem arz etmektedir (67). KDU, hemşirelerin yüksek kalitede bakım sunabilmeleri adına temel bir yetkinlik olmaktadır. Bakım kararlarının verileceği sırada hasta bireylerin tercihleri ve klinik uzmanlıkla beraber araştırma kanıtlarının uygulanması gereklilik arz etmektedir (68-70).

Geçtiğimiz 11 sene içerisinde, KDU hareketinin, hemşirelik uygulamaları ve sağlık hizmeti sunumu değişikliklerinde oldukça önem arz etmek olan bir unsur haline geldiği belirtilmektedir. KDU beceri ve bilgisi, kaliteli ve güvenli bir hasta bakımı sağlayabilmek adına her düzeydeki hemşireler için gerekli olan bir hal almıştır (71). Günümüzde sağlık kuruluşlarının hasta bireylerin sonuçlarını iyileştirebilmesi, KDU'nın entegrasyonu yardımı ile bakımın tutarlılığı ve kalitesini iyileştirmesi, küresel bir öncelik olmaktadır. Katmanlı, çok yönlü ve karmaşık bir süreç şeklinde kabul edilmekte olan kanıt uygulamasının, yeni ve taze fikirlere açık ve katılımcı olan bir bağlama yerleştirildiği zaman gerçekleşmesi mümkün olmaktadır. Böylece hasta bireyin bakımı, toplum kalitesi, sağlık sistemi ve mesleki uygulamada değişiklikler ortaya koymaktadır (72).

Tüm bunların sonucu olarak KDU, klinisyeni güçlendirerek çok daha yüksek seviyede iş tatmini, ekip çalışması ve katılım sağlamaktadır (73). Hemşirelerin karar verme ve problem çözme yeteneklerini geliştirmektedir. Hemşireleri güncel olan bilgilerden haberdar etmekle beraber, klinik karar verebilme, yargılamayı geliştirebilmek ve hasta bireylerin karar verme sürecine katılımlarını artırabilmek bakımından da oldukça önem arz etmektedir. Bahsedilen bağlam doğrultusunda KDU, hemşirelik bakımı uygulamasında bir paradigma değişim olarak kabul görülmektedir (74).

2.2.4.5. Kanıta Dayalı Uygulama Süreci

Kanıta Dayalı Uygulama süreci içerisinde yer almakta olan adımlar birbirinden farklı çalışmalar içerisinde farklılık gösteriyor olsa bile en yaygın ve en bilindik kullanılmakta olan formun 5 ardışık adım yöntemi olduğu belirtilmektedir (75). Bunun haricinde KDY'yu doğru olarak yapabilmek adına KDU sürecini bilerek doğru bir şekilde uygulamak oldukça önem arz etmektedir. Bahsedilen adımlar aşağıda belirtilmektedir;

1. Adım: Hasta bireyin bakımını ilgilendirmekte olan konularla alakalı yanıtlanabilir, doğru ve uygun olan soruları hazırlamak.
2. Adım: Bahsedilen soruları cevaplandırmak adına hali hazırda bulunan en iyi kanıt kılavuzları ya da kanıtları belirlemeye ilişkin bir araştırma yapmak.

3. Adım: Bulunmuş olan kanıtların klinik uygulanabilirlik, güvenilirlik ve geçerliğini eleştirmek.
4. Adım: Seçilmiş olan en iyi kanıtı hasta, kaynak ve klinik deneyim bakımından değerlendirerek klinik uygulama içerisinde kullanmak.
5. Adım: Verilen hasta bakım ve klinik kararın sonuçlarına etkisini değerlendirmek (76, 77, 78).

1. Adım: KDU konusunda doğru soruyu sorabilmek oldukça önem arz etmektedir. PICO Yöntemi soruları dört farklı bölüme ayırarak cevaplandırmayı sağlamakta olan ve yaygın bir şekilde kullanılmakta olan bir yöntem olarak bilinmektedir (75).

“P: Patient/Population: Uygun hasta popülasyonu kimlerdir?”

“I: Intercession/indicator: İlgilenilen konuya ilişkin yaklaşım stratejileri nelerdir?”

“C: Comparison/control: Karşılaştırma ve alternatif yaklaşım stratejileri nelerdir?”

“O: Outcome: Sonuç, ortaya çıkabilecek durum ya da sonuçlar nelerdir?”

2. Adım: Araştırma yapabilmek için araştırma tasarımına, veri tabanlarına ve anahtar kelimelere karar verilmesi gerekmektedir. RKÇ, güçlü kanıt oluşturmakta olan çalışmalar olduklarından dolayı incelenmesi oldukça önem arz etmektedir. Meta-analiz çalışmaları, sistematik derlemeler, çeşitli yayınlar ve KDU rehberleri KDU için kaynak olabilmektedir (79).

3. Adım: Hali hazırda bulunan kaynakların klinik uygulamalara, etki gücü ve geçerliliğe aktarılabilmesi için eleştirel bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bahsedilen adımda üç sorunun cevabı oldukça önem arz etmektedir;

“1. Mevcut çalışmanın sonuçları geçerli midir?”

“2. Sonuçlar anlamlı ve güvenilir midir?”

“3. Sonuçlar hasta grubu ile klinik olarak ilişkili midir?”

Kanıtı Dayalı Uygulamanın 3. adımındaki hedefin, araştırma bulgularının klinik uygulamalar içerisine yansıtılabilirlik durumunun belirlenmesi olduğu belirtilmektedir (75, 81).

4. Adım: Elde edilmiş olan kanıtın yeterlilik düzeyine karar verebilmek ve söz konusu olan kanıtı hasta değerleri ve klinik deneyimler ile bütünleştirmek gerekmektedir. Bahsedilen adım içerisinde hali hazırda bulunan kanıtın kullanıma aktarılması hakkındaki klinik kararın verilmesi amaçlanmaktadır (81).

5. Adım: Kanıtın uygulanmasının ardından neticenin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bahsedilen adımda uygulama sürecinin hasta bakımı konusunda iyileştirme sağlaması ve beraberinde disiplinler arası iş birliğiyle olabilecek en iyi uygulama sonucunun elde edilmesi amaçlanmaktadır. Bunun haricinde KDU neticelerinin mutlaka paylaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (75, 79).

Kanıt Dayalı Uygulamanın uygulanabilmesi için kaliteli kanıtlara ulaşılması, doğru ve gerekli sorunun sorulması oldukça önem arz etmektedir. Bunun haricinde söz konusu olan kanıtların klinik uygulamalara aktarılması için de kanıt seviyelerinin biliniyor olması ve beraberinde değerlendirilmiş olması gerekmektedir (12). Tam da bu noktada “*En iyi kanıt nedir?*” ve “*Kaç tipi ve düzeyi vardır?*” sorularının yanıtı oldukça önem arz etmektedir.

2.2.4.6. Kanıt Dayalı Uygulamanın Engelleri ve Faydaları

Kanıt Dayalı Uygulama, hali hazırda olan en iyi kanıtı, hasta tercih ve değerlerini, klinisyen uzmanlığını bir araya getirmekte olan sağlık hizmeti sunumu hakkındaki problemleri çözme yaklaşımı olarak ifade edilmektedir (18, 82). KDU’nın sağlık sistemi, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için pek çok yararı bulunmaktadır. KDU’nın iyileştirilmiş olan klinik bulgular sağlamlasının yanı sıra azalmakta olan bakım eşitsizlikleri ve maliyetleri, artmakta olan hizmet kalitesi, verimlilik, memnuniyet ve hasta güvenliği benzeri sayısız yararlarının bulunduğu belirtilmektedir (51, 70, 82, 83).

Uygulamalarını kanıt dayandırmakta olan hemşirelerin mevcut kaynakları verimli bir şekilde kullandıkları ifade edilmektedir. Hasta bireyin memnuniyetini artırdıkları ve gereksiz ya da etkisiz uygulamaları azalttıkları belirtilmektedir (84). Uygulamalar içerisindeki farklılıkları azaltarak standardizasyon sağladıkları ve maliyet etkinliğini artırdıkları da vurgulanmaktadır. Ayrıca hemşirelerin KDU için öz yeterlilik, beceri, tutum ve bilgi benzeri bir sürü özelliğe sahip olmaları da gerekli olan faktörler arasında yer almaktadır. Söz konusu olan yetkinliklerin, hemşirelerin sağlık ekibindeki pozisyonlarını yükseltmeye destek oldukları

bilinmektedir. Çok fazla öz yeterliliğe sahip olan hemşirelerin, klinik uygulamalar içerisindeki araştırma sonuçlarını uygulamalarına dahil ettikleri ve daha çok kullandıkları görülmektedir. KDY'yu kullanmakta olan hemşireler, profesyonel kimliklerine, öz saygılarına destekte bulunmakta olan bir büyüme duygusu ve profesyonellik aşılardığını da belirtmektedirler (62).

Kanıtı Dayalı Uygulamanın sayısız faydasının olmasına rağmen farklı unsurlar, uygulamalara entegrasyonu zor bir hale getirmektedir (65). Hemşireler, KDU'nı kullandıkları sırada hem örgütsel hem de bireysel bakımdan pek çok engelle karşılaşabilmektedir (85). Toplum pratiğı konusunda, klinik kararların her hâlükârda en geçerli ve en güvenilir kanıtlara dayanmadığı belirtilmektedir. Yeterince süreye sahip olmama algısıyla beraber bilgiye nasıl erişebilecek olduğı konusunda bilgi ve eğitim eksikliği, KDU'nın temel zorluklarından biri olmaktadır. Hemşireler, hasta tedavisi sırasında alacakları kararlar için yanıtlara ihtiyaç duymaktadır. Söz konusu bağlam doğrultusunda bilgiye nereden ulaşabilecek olduğunu bilmeleri oldukça önem arz etmektedir. Kanıt incelemeleri, çevrimiçi veri tabanları, kitaplar ve dergiler gibi pek çok faydalı kaynaklar bulunmaktadır. KDU'nun hasta istekleri ve tercihleri, uygulayıcı kişilerin bireysel durumları ve mevcut kaynaklara ilişkin klinik yargıların etrafında merkezlenmesi gerekmektedir. Terapötik ve iletişim kurma yeteneklerinin, hangi klinik müdahalenin olabilecek etkili çözüm olacağının bilinmesi gerekmektedir (67). Liderlik ve örgütsel desteğın, KDU'nın başarılı olarak uygulanması konusunda kilit bir rol üstlendiğı ifade edilmektedir (63, 86).

Bütün dünya genelinde KDU'ya yapılmış olan değeri ve vurguyu belgelemiş olan kapsamlı araştırmaların olmasına rağmen pek çok hemşire uygulamalarını yönlendirebilmek amacıyla kanıtı kullanmamaktadır (87). Hemşirelik uygulamalarının bilimsel olan verilere dayanma isteğı artıyor olsa bile, pek çok hemşirenin, uygulamalarını bilimsel araştırmalar yerine daha çok geleneksel olan uygulamalara dayandırıyor olmaları bilinmektedir. Söz konusu olan çalışmalar, hemşirelerin halihazırda bulunan kanıtlar olmasına rağmen, karar verecekleri zaman nadiren de olsa KDU kullanmış oldukları, daha çok sosyal etkileşim ve deneyimlerden elde etmiş oldukları bilgilere güvenmekte olduklarını ortaya sunmaktadır. Yetersiz örgütsel destek, zaman eksikliği, yetersiz beceri ve

bilgilere sahip olma, araştırma bulgularına yetersiz erişim, KDU'nın benimsenmesindeki engeller şeklinde belirtilmektedir (58, 88, 89).

Araştırmayı kullanmak için yeterli derecede kurumsal desteğin sağlanmaması ve araştırma literatürüne erişim eksikliğinin olması gibi engeller, KDU'nın kullanım oranını oldukça azaltmaktadır. Bunun haricinde bazı hemşirelerin KDU kullanmaya dirençli olmalarının yanında KDU hakkındaki bazı negatif inanç ve düşünceleri, söz konusu yaklaşımı günlük uygulamaları sırasında kullanma isteklerini etkilemektedir (55, 60, 64). Hemşirelerin, araştırma bulgularını klinik uygulama içerisinde karar verebilmek adına kullandıkları sırada yaşamakta oldukları zorluk, olabilecek en iyi ve en doğru olan bilimsel kanıtları nasıl belirleyecek oldukları ve bahsedilen kanıtları pratiğe nasıl dökcek oldukları ile alakalı bilgi eksikliğini ifade etmektedir (52). Bireysel engeller, genel olarak eğitimin çözüm bulabilecek olduğu bilgi eksikliğini içermekte iken, kurumsal engeller arasında yer alan idari destek, kaynak ve zaman eksikliği, hatta idari muhalefet KDU'na katılmama sebebi şeklinde gösterilmektedir (90, 91).

2.3. Kanıta Dayalı Hemşirelik

2.3.1. Kanıta Dayalı Hemşirelik Kavramı

Hemşirelik, değerlere dayalı olan bir meslek olarak bilinmektedir. Hemşirelik mesleğinin, bir sanat ve bilim dalı olduğu ve değerlerimizin hemşirelik etiğinin ayrılması imkansız bir parçası olduğu belirtilmektedir. Profesyonellik kavramının ayırt edici özelliğinin özerklik olduğu ifade edilmektedir. Mesleğin özerkliği, söz konusu olan mesleğin statüsünü belirlemektedir. Hemşirelikte artmakta olan bağımsızlıkla beraber iş ve hasta tatmini bir yükseliş içerisinde olmaktadır. Bu sebeple, hemşirelik profesyonel olunması gereken bir meslek olmaktadır. Hemşirelikteki uygulamaların bilimsel bilgilere dayanmasının zorunlu olduğu belirtilmektedir (92). KDH süreci, kanıt ve veri toplama içermektedir (93). Hemşirelik mesleğinde KDU, araştırma bulgularının kullanılması değil, sistematik olan çalışma sonuçlarından elde edilmiş olan verilerin klinik uzmanlık ile birleşimi olarak tanımlanmaktadır. KDU, hemşirelik mesleğinde, klinik karar verebilmeyi, hemşirenin kurmuş olduğu hipotezleri belirlemeyi, verileri değerlendirmeyi, hasta bireyin durumunu gözlemlemeyi ve nedenleri sorgulamayı sağlamaktadır. KDH'li

her bir kişinin gereksinimlerine yanıt vermekte olan yeni yaklaşımları uygulamaya sokmaktadır (94).

Klinisyenlerin, kişiye en yakın olan bireyler olduğu ve klinisyenlerin KDU'nın başlangıç noktası olduğu ifade edilmektedir. Hemşireler araştırma bulgularından, deneyimlerden ve kitaplardan yeni bilgi ve veriler elde edebilmektedir. Bahsedilen konuda hemşirenin olabilecek en iyi klinik kararı verebilmesi için yeterli pratik ve teorik bilgiye ihtiyaçları söz konusu olmaktadır. Hemşire çalışmalara ulaşmalı, klinik sorunu bilmeli ve söz konusu olan kaynaklara sahip olarak elde etmiş olduğu kanıt verilerini eleştirebilmelidir. KDU'nın, hemşirelerin şahsi uygulamalarına eleştirisel bir bakış açısı sunduğu belirtilmektedir (95).

1980'li yılların sonlarında hastanelerde devamlı bir maliyet artışı, kanunlardan ve tüketicilerden gelen baskılar, artmakta olan dış baskı kaliteli iyileştirme uygulamalarının kurulmasına yardımcı olmuştur. Söz konusu dönem içerisinde teknolojik gelişmeler neticesinde bilgisayarların aktif bir şekilde yaşamımıza girmiş olmasının kayıtlar ile çalışmayı mümkün kıldığını ve hastanelerin sağlık harcamalarını düşürebilmenin olabilecek en iyi yöntemini aramaya başladığı belirtilmektedir. Bahsedilen durum da hemşireliğin sorumluluklarını ve en yeni KDU'lara olan gereksinimlerini artırmıştır (95). KDU'ların kişilerin artmakta olan bilgi ihtiyacını, bakım ve tedavi seçeneklerini zorunlu hale getirmekte olan yönetim anlayışını, maliyeti kontrollü bir şekilde sunması KDU'yi zorunlu kılmakta olan şartlar arasındadır.

Kanıtı Dayalı Uygulama, kalitesi ve hasta güvenliği bağlamında, klinikler içerisinde sağlık hizmeti verilirken oluşabilecek olan herhangi bir olumsuz durumdan kaçınılmasını ve klinikler içerisinde sağlık profesyoneli olan kişilere ilişkin güven kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesini sağlamaktadır (96).

Kanıtı Dayalı Hemşirelik uygulamaları için, olabilecek en iyi kanıtın kaynaklarına ulaşma ve söz konusu olan kanıtların kalitesi oldukça önem arz etmektedir. Hemşirelerin kanıtı, uygulamaları içerisine aktarabilmeleri için kanıt düzeylerini iyi bir şekilde bilmesi ve değerlendirebilmesinin gerekli olduğu ifade edilmektedir (12). Bahsedilen kanıt düzeyleri;

1. Kanıt Düzeyi: Meta analizi çalışmaları (iyi bir şekilde tasarlanan RKÇ'nin değerlendirildiği çalışmalar), Sistematik inceleme ve değerlendirme çalışmaları.

2. Kanıt Düzeyi: İyi tasarlanmış RKÇ'lar.

3. Kanıt Düzeyi: Randomizasyonun olmadığı kontrollü çalışmalar ya da deneyler.

4. Kanıt Düzeyi: Kohort veya vaka-kontrol çalışmalar

5. Kanıt Düzeyi: Tanımlayıcı veya kalitatif araştırmalar sonucunda yapılan sistematik derlemeler.

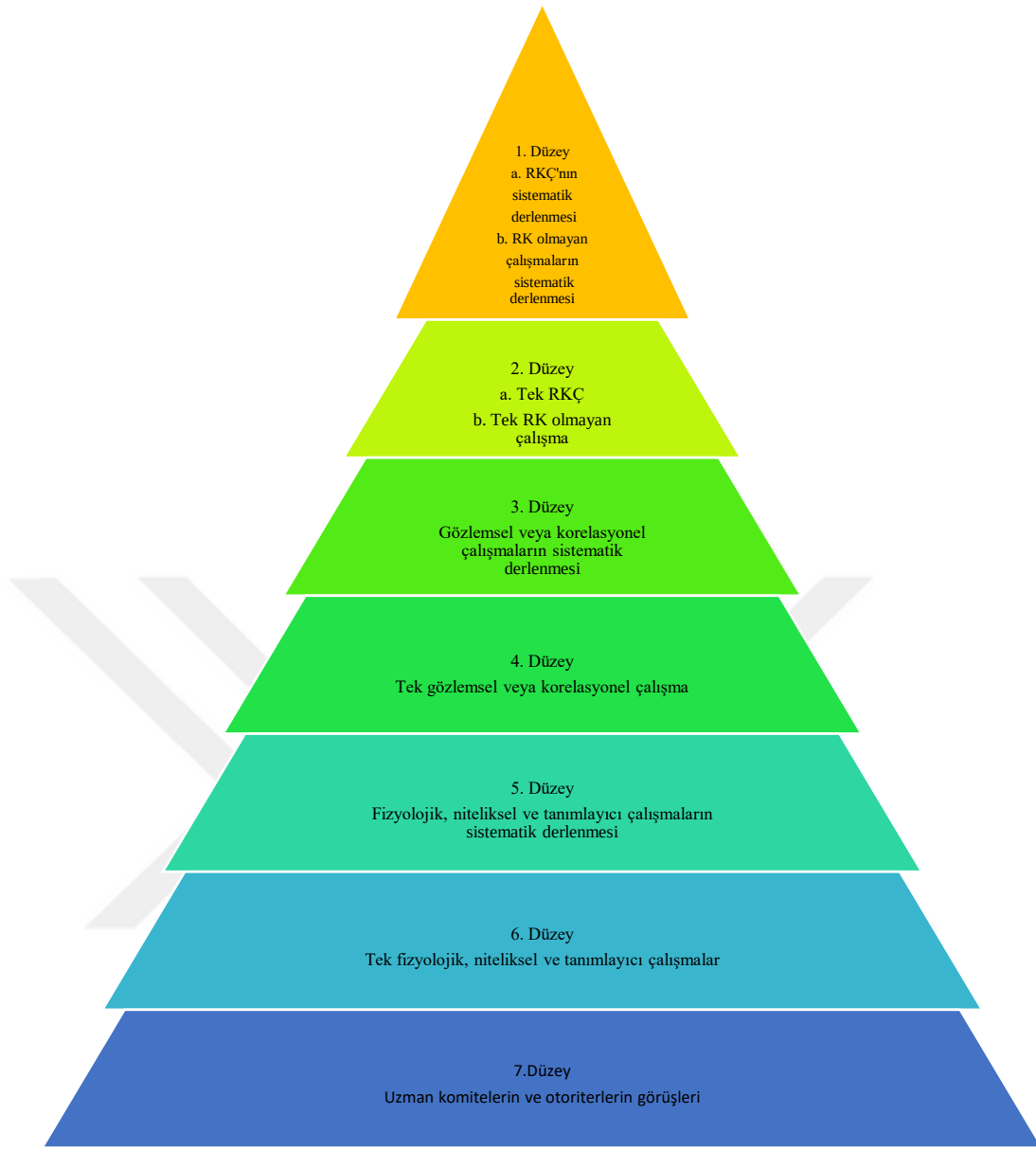
6. Kanıt Düzeyi: Tanımlayıcı veya kalitatif çalışmalar.

7. Kanıt Düzeyi: Uzman komite raporları ve otorite görüşleri (79).

Derece C: Düşük, Araştırma Kanıtı: Tutarsız olan bulguları içermekte olan kanıtlar; herhangi bir sonuç çıkarılamamakta olan yetersiz örnekleme büyüklüğü içermekte olan çalışmalar.

Derece B: İyi, Araştırma Kanıtı: Tutarlı olan kanıtlar; oldukça kesin ve kontrollü sonuçlar, yeterli örneklem; bazı bilimsel kanıt kaynaklarını içermekte olan, fazlasıyla kapsamlı literatür araştırmalarına temellenmekte olan mantıklı öneriler.

Derece A: Yüksek, Araştırma Kanıtı: Kesin ve kontrollü sonuçları ve yeterli örneklemeleri içermekte olan tutarlı kanıtlar; bilimsel kanıtları içermekte olan ve kapsamlı literatür taramalarına temellenmekte olan tutarlı öneriler.



Şekil 2.3. Müdahalelerin Faaliyetlerine İlişkin Kanıt Düzeyler (97).

Kumsar vd. (2020) bir üniversite hastanesi içerisinde çalışmakta olan hemşirelerin KDH uygulamasına ilişkin tutumlarını belirleyebilmek amacı ile yapmış oldukları çalışması sırasında, hemşirelerin KDH uygulaması ilişkin tutumlarının pozitif yönde olduğu görülmektedir (11). Şahin ve Alperen'in 2020 yılında yapmış oldukları bir çalışma içerisinde, hemşirelerin tutumlarının çok yüksek seviyede pozitif yönde bulunduğu belirtilmektedir (98).

2.3.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

Florence Nightingale'nin 1850 ile 1860'lı senelerde hemşirelik mesleğini geliştirmek, sağlığı geliştirmek ve ölüm oranlarını azaltmak amacı ile yapmış olduğu çalışmalar; uygulamalara ve araştırmalara kaynak olma özelliğine sahip olmaktadır. 1948 senesinde “*Herkes İçin Sağlık*” ve sağlıkta birlik amacı ile DSÖ'nün hizmet vermeye başladığı ve böylece sağlık üzerinde uygulama yapmayı ve düşünmeyi sağladığı belirtilmektedir (99-101). Geleneksel olan uygulamaların oldukça fazla bir kısmını oluşturmakta olan ve 1960'lı senelerde sağlık hizmeti üzerinde yaşanılmış olan mali sıkıntılar ve artmakta olan tıbbi yanlışların yanında, gelişmekte olan teknoloji ve ulaşılmış olan bilgi miktarı benzeri unsurlar kalıcı olan bazı değişikliklere gidilmesinin gerekli olduğunu meydana getirmiş ve söz konusu olan konu yavaşça önemini artırmıştır. Hemşirelik mesleğinde araştırma kavramının ilk olarak Ketefian'ın çalışmaları içerisinde rastlanıldığı, bununla beraber 1970'li senelerde uygulama ve araştırma adına WICHEN (Wester Interstate Commission for Higher Education in Nursing) ve CURN (Conduct and Utilization of Research in Nursing) benzeri projelerin başlatıldığı ifade edilmektedir. KDU, Cochrane'ın 1970'li senelerde bakım adına verilecek olan kararların deneyim veya fikirlerle değil, kanıta dayalı olmasının gerekli olduğunu belirtmesiyle başlamıştır (99-102).

Söz konusu olan terimin, ilk olarak sağlık alanı içerisinde hekimlerce kullanıldığı ve sonrasında farklı uzmanlıklarca da kullanıldığı belirtilmektedir. Bu terimin literatür içerisinde 1992 senesinde kullanıma başlandığı ve 1993 senesinde İngiltere ülkesinde sağlık ile alakalı kararlar alabilmek için yüksek kalite içeren bilgileri kullanmak istemekte olan herkesin ulaşabilmesi, kanıtları ulaşılabilir kılmak ve kanıt üretmek gibi amaçları olan Cochrane Kurumu'nun kurulduğu ifade edilmektedir (103). Zaman içerisinde dünya genelinde hemşirelik alanı içerisinde de kullanımı hızlanarak 1996 senesinde hemşire kurucusu olarak ve dünyanın en önemli araştırma konusu olarak bilinen JBI (Joanna Bridggs Enstitüsü) kurulduğu ve yayınlanmış olan raporları içerisinde araştırmayı esas alan hizmetin öneminin vurgulandığı belirtilmektedir (99, 104).

Daha sonrasında kurum örneklerine, Almanya, ABD, Kanada, Avusturalya, Yeni Zelanda ve İngiltere benzeri ülkelerde de rastlanılmıştır. Bahsedilen kurumlar içerisinde eğitim programları düzenlenerek KDU rehberlikleri ve sistematik incelemeler yapılmıştır (105). Teknolojinin gelişmesi ile kurumsallıktan çevrimiçi hizmete geçiş hızını arttırdığı ve daha ulaşılabilir olma yolunu açtığı ifade edilmektedir.

Belçika ülkesinde hemşirelerin KDU'lara ilişkin bilgi birikimlerinin o kadarda iyi olmadığı saptanmıştır. Bu konudaki farkındalığı arttırabilmek için bir web sayfası oluşturulduğu ve devamlı olarak kullanılmakta olan söz konusu sistemin güncellenmesinin amaçlandığı belirtilmektedir (106). 2012 senesinde Hollanda'da "*Hollandalı Profesyonel Hemşireler Standardı*"nın yayımlandığı ve Martini Hastanesi içerisinde "*Hemşireler için Kanıta Dayalı Uygulama*" eğitiminin oluşturulduğu bilinmektedir (107). KDH'ye dikkat çekmek için ICN (Uluslararası Hemşireler Birliği) de 2012 senesi temasını "*Kanıttan Eyleme*" şeklinde belirlediği ifade edilmektedir. 2005 senesinde KDH enstitüsü olarak açıldığı ve JBI modeli olarak bilinmekte olan kanıta dayalı sağlık modelinin tüm insanlar tarafından kullanılmaya başlandığı bilinmektedir. Ayrıca söz konusu olan modelin, yönetim kurulunun almış olduğu bir karar ile bir dizi değişimler geçirdiği ve 2016 senesinde güncellendiği de vurgulanmaktadır (107).

Kanıta Dayalı Uygulamaların gerek SBH maliyeti, gerek bireylerin kaliteli SBH istemesinden gerekse tıbbi hatalardan kaynaklı olarak son 20 senedir önem kazandığı, dikkat çekebilmek için çalışmalar yapıldığı, bilimsel toplantılar düzenlendiği ve kılavuzlar geliştirildiği ifade edilmektedir. Türkiye'deyse 1960 senesinde eğitim üzerinde olan değişimlerle beraber lisansüstü eğitimin başlamış olması ve 1996 senesinde "*Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği ve Dergisi*"nin faaliyete geçmesinin, KDH uygulamalarının geliştirilmesi konusuna temel oluşturduğu bilinmektedir (36). Türkiye'de KDU kavramının ilk olarak 2000'li senelerde gündeme geldiği ve sonrasında Babadağ ve Kara tarafından 2003 senesinde yazılmış olan "*Kanıta Dayalı Hemşirelik*" isimli makale içerisinde ilk defa temel kavramların açıklandığı belirtilmektedir (16).

Türkiye'de Hemşirelik Yönetmenliği içerisinde yer alan 5. Maddeye göre, hemşirelerin, hemşirelik bakımını kanıta dayalı bir şekilde planladıkları, uyguladıkları, değerlendirdikleri ve denetledikleri ifade edilmektedir. Hemşirelik

bakımının bu şekilde bilimsel bilgilere temellendirilmiş olması, kanıta dayalı bir şekilde yapılmasının gerekli olduğunu yasal olarak belirtmektedir (108). Bütün bu bahsedilen süre zarflarının yaşanmasıyla hemşirelik uygulamaları geleneksel olan yaklaşımdan uzaklaşarak kanıta dayalı olmaya geçmiştir. Ayrıca KDU geliştirmeye devam edilmiştir (109).

2.3.3. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Önemi

Gelişmekte olan teknoloji, artan ihtiyaçlar, bilgi ulaşımı kolaylığı, yükselmekte olan sağlık beklentileri ve sağlık sektöründe profesyonel, doğru ve eksiksiz bakım isteği, çok daha fazla gelişmenin ve araştırmanın önemini gözler önüne çıkarmaktadır (110, 111). Kişilerin her türlü bilgi ve kaynağa ulaşımı kolaylaştığı müddetçe bilgilendirme istekleri ve sorgulamaları da etkilenmektedir. Günümüzde neredeyse her alan üzerinde gelişim görülmektedir. Söz konusu olan durum, hemşirelik alanına, hemşirelik uygulamalarına ve eğitimine de yansımaktadır. Bahsedilen gelişim ve değişimler hemşirelik bakımının ilerlemesine yönelik yeni ve farklı stratejilerin oluşturulmasına olanak vermektedir. KDU'lar hem hemşirelere yol gösterici olma hem de mesleki otonomi ve temel değer kazandırma özelliği taşımaktadır. KDU'lar sağlık bakımındaki kalitenin iyileştirilebilmesini, hata paylarının azaltılabilmesini, hasta bireyin memnuniyetinin artmasını, SBH maliyetlerinin azalmasını, bakımların analiz edilmesini, hasta bireylerden daha iyi sağlık sonuçları alınabilmesini, daha iyi klinik karar verilebilmesini, sağlık profesyoneli olan kişilerin güncel kalmasını sağladığı ve beraberinde uygulama sürecini hızlandırmakta olduğu için oldukça büyük bir öneme sahip olmaktadır (112, 113).

Kanıta Dayalı Uygulamaların başlangıç tarihi eski olsa bile hemşirelik mesleğine yansması oldukça uzun bir zaman sonra gerçekleşmiştir. Bununla beraber KDU kullanımı konusunda teorik olarak yapılmış olan bazı değişimlerin uygulamalara entegre edilmesi çok daha geç olmuş ve bahsedilen durum kanıtlanmış olan uygulamanın uygulaması ve öğrenimi arasında bazı sıkıntıların yaşanmasına neden teşkil etmiştir (47). KDU karmaşık ve zor adımlardan oluşmakta olan bir süreç olmakla beraber saha içerisinde kullanımının da zor olduğu bilinmektedir. Doğru ve güncel olan bilgi için hemşirelerin KDU'ları ve kanıtı bilmeleri ve uygulamaları gerekli görülmektedir. KDH olabilecek en iyi

araştırma, entegrasyon, derleme ve sonucu oluşturup, mükemmel SBH'nin sunulmasını amaçlamaktadır. Böylelikle hemşirelerin karar vermede ve uygulamada kendilerini güven içerisinde hissetmeleri sağlanmaktadır. Fakat en mükemmel ve en iyi bilginin açığa çıkması, uygulamaya geçilmesi için yeterli gelmemektedir. Uygulamaya geçilebilmesi için hemşirelerin kanıt bilgilerinin, kanıt kullanma isteklerinin, kanıta ulaşabilme imkanlarının bilinmesi yani hemşirelerin KDH ile alakalı tutumları bilmeleri oldukça önemli olmaktadır. Hemşirelerin kanıt uygulama safhasına geçirebilmelerini kolaylaştırabilmek adına dergileri, kılavuzları, kitapları ve daha pek çok kanalı kullandıkları bilinmektedir (114).

Yakın bir zamanda KDH tutumunun ölçülmüş olduğu Endonezya ülkesinde Fitri, Rudini ve Sandofa'nın 2016 senesinde Jambie kentinde bir hastane içerisinde yapmış oldukları çalışma sırasında bazı yoğun bakım görevini icra etmekte olan hemşirelerin KDU'nun klinik bakım uygulamaları içerisinde oldukça öneme sahip olduğu ve KDU'ya yönelik inanç ve bilgileri olduğu neticesine varılmıştır. Fakat bazı hemşirelerin bilimsel bir çalışmayı eleştirel nitelikte kullanamadıklarını ve değerlendiremediklerini vurgulamışlardır (115). Uygulama ve teoriyi doğru olarak birleştirebilmek adına söz konusu olan süreci kullanan hemşirelerin algı ve tutumları yol gösterici niteliğe sahip olmaktadır (110). Yapılmış olan pek çok çalışma neticesinde de hemşirelerin kanıt uygulama yolu ile aktarması konusunda pek çok engel ile karşılaştıkları vurgulanmaktadır (110). Bahsedilen engeller literatür içerisinde; yanlış ve deneme inancı, toplantılara katılmama, yayımlanmamış çalışmalar, önseziler, yetersiz maliyet, çalışma sonuçlarını okumama, yeterli psikolojik desteğin sağlanmaması, yetersiz zaman, kanıt temelli olan uygulama veya eğitimin yetersizliği, kurumsal kültür eksikliği ve kanıta, genişlemeye, eğitime ve KDU'ya olan tutum ve inançlar, hemşire kişilerin bireysel olarak eleştirel yaklaşma ve sorgulama özelliklerinin geliştirilmemesi veya yetersizliği olarak ifade edilmektedir (40).

Bunun haricinde Jolley (2004) görüşüne göre araştırma yapılmayan kanıt çeşitlerinden kıyaslamalar, klinik incelemeler, danışman değerlendirmeleri, deneyimler, gelenekler, yerleşik klinik uzmanlıklar, yönergeler, politikalar vb. unsurlar KDU engelleri arasında yer almaktadır (116). Hemşirelik mesleğini yapan kişilerin söz konusu olan engelleri aşabilmeleri adına gereken planlamaları

yapmaları, gerekli uygulama olanakları sağlamaları ve stratejiler yürütmelerinin gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Bunun haricinde KDU'ların felsefesinin iyi aktarılması ve engellerin düzgün bir şekilde araştırılması gerektiği de belirtilmektedir. Yapılmış olan araştırmalar artmaya devam ettikçe, yeni oluşturulmuş veya yenilenmiş olan kılavuzlar, rehberler, dergiler vb. oluşmaya devam edecektir. Böylece yeni konular meydana gelerek hemşirelik alanı oldukça büyük bir çapta tartışılmış ve incelenmiş olacaktır.

Yapılmış olan bütün araştırmalar, hemşireliğe bir temel oluşturabilecek olduğu için, söz konusu olan araştırmalara eleştirel bir yaklaşım uygulanmasının, kaliteli ve doğru bilginin ayırt edilmesinin ve doğru bilgi kaynaklarının kullanılmasının gerektiği belirtilmektedir (38). Klinik alan içerisinde hastayla en fazla etkileşimde olan ve oldukça büyük bir nüfusa sahip olan grup hemşirelerden oluştuğu için, hasta bireyin uygulama ve bakımları sırasında en doğru kanıtı ve bilgiyi kullanması, çalışmalara eleştirel bir şekilde yaklaşabilmesi ve ihtiyaçları karşılayabilmesi göz ardı edilmemesi gerekli olan noktalar arasında yer almaktadır. Bu durum için araştırma yapıldığı sırada, araştırma bulgularını da klinik uygulamalara olabilecek en doğru biçimde entegre edebilmeleri gerekmektedir. Zira KDU, hemşirelik mesleği adına değerli olmaktadır. Ayrıca klinik sorunları çözme sürecini içermektedir ve hemşirelik bilgisini, literatürü araştırabilmeyi, uygulamanın doğru analizini, uygulamasını ve kanıtları değerlendirebilmeyi sağlamaktadır (104). Türk Dil Kurumu (TDK) (2021)'nda "*tutulan yol, tavır*", Latince'de "*harekete hazır*" anlamına gelmekte olan tutum, söz konusu olan davranışlara rehberlik niteliği göstermektedir. Heves edilene yaklaştırmak istenmeyen şeyden uzaklaştırmaktadır (104). Tutumlar geliştirilebilecek olduğu gibi, zaman içerisinde bazı değişimlerde gösterebilmektedir (117). Bahsedilen tutumun, KDH uygulamaları ile alakasının bilinmesi ve hemşirelik mesleği uygulamaları içerisinde kanıtın kullanılıyor olması, ilk olarak profesyonelleşmeyi arttırmakla beraber teknolojik, ekonomik, sosyal, toplumsal, psikolojik, mesleki ve kişisel bakımdan memnuniyet ve gelişim sağlayacak olduğu için, bahsedilen konu üstüne düşünmek, yenilikler uygulamak, eleştirmek, araştırmak ve neticeleri değerlendirmek oldukça önem arz etmektedir (36). KDU'lar hemşirelik uygulamalarının en temel kaynağı olma niteliğini taşımaktadır. Bu duruma yardımcı olabilmek adına hemşirelerin çalışma sonunda elde etmiş oldukları

sonuçları klinik uygulamalar içerisinde aktarabilmeleri, yol gösterici kimliğe sahip olan hemşirelerin destek vermesi ve klinik eğitimlerin artırılması gerekmektedir (44, 115). KDU, kanıt, araştırma, eleştirel düşünebilme, uygulama özerkliği ya da etiği, benzeri konuların lisans eğitimi seviyesinde başlatılması ve iş hayatında yaşam boyu eğilimler ya da hizmet içi eğitimler için kullanılmakta olan formal bilgilendirmelerin artırılması gerekmektedir. Bu durum için kanıta dayalı olan davranışların araştırılacağı sırada, hemşirelerin nasıl öğrenmek istediklerinin sorgulanmasının ve öğrenme inançlarının araştırılmasının gerekli olduğu ifade edilmektedir (39). Hemşirelerin, KDU'lara ilişkin tutumlarını bilmek, destek sağlayabilmeyi ve uygun olan stratejiyi belirleyebilmeyi oldukça kolaylaştırmaktadır (118).

2.3.4. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Kanıta Dayalı Hemşireliğin Faydaları

Kanıta Dayalı Uygulama, bakımın kişiselleştirilmesini hedeflemektedir. KDU hasta güvenliği ve bakım kalitesini artırmaktadır. KDU, ekonomik yükü düşürmesi sebebi ile sağlık otoritelerinin ilgi odağı haline gelmiştir. KDU, hemşirelerin bakımın daha organize, dinamik ve etkili olmasını sağlamakta iken, klinik açıdan yapılan değerlendirme işleminin olabilecek en üst seviyeye çıkmasını sağlamaktadır (119). Kişi için en iyi sonuçları almayı, kişiye uygulanmakta olan kaliteli bakımı yükseltmeyi ve kaliteyi iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda klinisyenlerin personelin sınır ve kaynaklarını belirlemek, kişinin isteklerini yansıtmakta olan verilere ulaşmak ve en kaliteli kanıtları bulabilmek için neyin uygulanabilecek olduğu konusunda düşüncelerinin alınması gerekmektedir.

Kanıta Dayalı Uygulamaya teşvik edilmesinin hemşirelerin iş memnuniyetlerini artırdığı, sağlık bakım maliyetlerini azalttığı ve hasta bakım neticelerini iyileştirdiği ifade edilmektedir. Yapılmış olan araştırmalarda, hasta uygulamalarında ve bakımında KDU'nun kullanılması ile klinisyenlerin rollerinde kendilerini kuvvetli hissettikleri ve işlerinden memnun oldukları görülmektedir (56).

Bilgi temelli olan düşünceler, KDU'da oldukça büyük bir etkiye sahip olmaktadır. Değişim üzerindeki ilk adım, KDU'nun yararlarını anlamalarına yardımcı olacağına, yeterli kanıt sağlayacağına ve hasta sonuçlarının iyileşeceğine

inanmakta olan hemşireler için atılmaktadır. Fakat bilgi, yalnız başına tutumu değiştirememektedir. Geleneksel olan yöntemlere kıyasla iyi bir şekilde geliştirilmiş olan bulgulara dayanmakta olan klinik araştırmalar sonucunda alınmış olan tedarik senaryoları, KDU'nun avantajlarına ilişkin bir fikir sunabilmektedir (121). Hemşirelerin, KDU'lar ile ilgilenmeleri ve örgütsel bir şekilde davranmaları gerekmektedir. KDU'nın önünde 3 temel engel yer almaktadır (122).

1. Kurumsal Engeller
2. Bireysel Engeller
3. Örgütsel Engeller

Örgütsel altyapılar; klinik bakımın organizasyonel temeli şeklinde ifade edilmektedir. Örnek olarak, KDH ve organizasyonel yönergeler uygulamakta ya da geliştirmekte olan hemşireler, kuruluşlar ve birimler için geliştirme birimleri gösterilebilmektedir. Politika yapıcılar ve sağlık kuruluşları, kurumsal seviyede KDU'yu teşvik edecekler ise, yeterli kanıtı toplayabilmek adına çalışmaların ekonomik bakımdan sürdürölmesi ve desteklenmesi gerekmektedir (123). Shifaza ve ark.'nın 2012 yılında yapmış oldukları bir araştırmada, örgütsel güçlükte ele alındığı zaman hemşirelerin %70,2'lik kısmı kuralları ve %70,7'lik kısmı güncel fikir ve düşünceleri uygulamaya zaman ayıramadıklarını ifade ettikleri belirtilmektedir (124). KDU'ye teşvik ettirmenin yöntemi, yalnızca bakıcıların kanaat, maharet ve bilgilerini kişisel olarak kuvvetlendirmek değil aynı anda KDU kültürünü kurumsal bir şekilde kuvvetlendirmektir (124). Hemşirelerin algılanmış olan örgüt istekliliği ve kültürünü yükseltmeye devam ettikçe, KDU'ya olan inanç ve düşünceleri, işte kalma düşünceleri, ekip uyumları ve iş doyumları pozitif olarak etkilenmektedir. Hemşirelerin, KDU için klinikler içerisindeki kültürel ortamın destekçileri ve mentorları olması gerekmektedir (125). Kişisel olan engellere bakıldığı zaman, çalışmanın teknikleri konusunda kişinin araştırmaya ilişkin tutumu, araştırma neticelerine yönelik farkındalık eksikliği ve bilgi eksikliğinin olduğu görölmektedir. Hemşirelerin kendi aralarında araştırma kültürünün oluşmamış olması, söz konusu olan bilgileri nereden alınacak olduğunun bilinmemesi ve kabiliyet eksikliği, KDU'nun karşısındaki başlıca engeller arasında yer almaktadır. KDU ile ilişkili geliştirilmesi gerekenlerin başında, beceri ve bilgiler gelmektedir. Ayrıca sorun ve problemlerin nasıl çözülecek olduğunun farkındalığının arttırılması gerekmektedir (124). Norveç ülkesinde yürütölmekte

olan kesitsel araştırmaya bakıldığı zaman, hemşirelerin yalnızca %12'lik kısmının KDU'da bazı değişiklikler yapma konusunda kendini yeterli seviyede hissetmekte olduğu ve %13,5'lik kısmının ise klinik uygulama bilgilerini ölçebilmek adına kendilerini yeterli görerek uygulama için herhangi bir kanıta erişimlerinin olduğuna inanmadıkları görülmektedir (95). Hemşirelerin %59'lık kısmı, çalışma verilerini tartışabilecek oldukları meslektaşlarından ayrı olduklarını, %81'lik kısmı ise alakalı olan kaynak verilerini bir engel şeklinde değerlendirmekte olduğunu belirtmiştir (119). Hemşirelerin İngilizce yayınlanmış olan makaleleri, karşılarında bir güçlük olduğunu ifade ettikleri belirtilmektedir. Hemşirelik mesleğinde dil engelleri, araştırmanın kendine has diline aşına olmama, değişikliğin uygulanması konusunda yetersiz güven, araştırmanın kalitesini değerlendiremememe, araştırmaya erişim sırasında zorluk ve eleştirel düşünme yeteneklerinin olmaması, literatür içerisinde bahsedilmekte olan diğer engeller arasında yer almaktadır (79).

Örgütsel bakımdan, hemşirelerin kitap okuyabilmek adına kütüphaneye gitmeye ya da araştırma verilerini uygulayabilecek kadar yeterli zamanlarının olmadığı konusuna dikkat çekilmektedir. Söz konusu olan sorun, sık sık sağlık kurumları içerisindeki kütüphanelerde, hemşirelik dergilerinin olmaması ya da eksik olmasından meydana gelmektedir. Hemşirelerin, yöneticiler arasında KDU ile alakalı herhangi bir bakışı olmayan bireylerin olmasının ve KDU için destek sistemlerinin olmamasının etkisi üzerinde durdukları belirtilmektedir. Bunun haricinde hemşireler, oldukça önemli olan durumlar söz konusu olduğunda, hasta bakımı konusundaki değişiklikleri uygulamada, özerkliğe ve yetkiye sahip olmadıklarına yönelik düşünceler oluşturarak, örgütsel desteğin yeteri kadar verilmediğini ve bunun da oldukça önemli olduğunu savunmaktadır (85).

Hemşirelerin, araştırma bulgularını kullanmasını engellemekte olan en önemli unsurun; araştırma bulgularının uygulamaya geçirilmesi sırasında imkanlarının yetersiz olması, hemşirelerin araştırma okuyacak kadar sürelerinin olmaması, hemşirelik mesleğine özgü bilgilerin toplanmakta olduğu merkezi birimin bulunmaması olduğu belirtilmiştir (126). Demir ve ark. 2012 yılında hemşirelik uygulamaları sırasında araştırma neticelerinin kullanımı esnasındaki engeller ve kolaylaştırıcı olan hususlar isimindeki çalışması içerisinde, hemşireler tarafından araştırma kullanımına ilişkin, destek ve iş birliği yokluğu ile otorite eksikliğinin yaşanması en ciddi engeller şeklinde algılanmakta iken, araştırmaya

katılmış olan hemşirelerin önermiş oldukları en önemli kolaylaştırıcı unsurların; eğitimsel, yönetsel ve kurumsal destek sağlanması şeklinde sıralandığı görülmektedir.

2.3.5. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Sağlık bakımı konusunda oldukça önemli rol oynamakta olan, sağlık hizmetlerinin en kalabalık grubu olarak bilinmekte olan hemşireler, olabilecek en iyi bilimsel kanıtları belirleyebilmek ve belirlemiş oldukları bilimsel kanıtları uygulamalarına entegre etmek ile yükümlü olmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA), ICN ve CNA (Kanada Hemşireler Birliği) ilk başta olacak şekilde pek çok farklı kuruluştaki ve literatür içerisinde söz konusu olan mesaj açık bir şekilde belirtilmektedir (127). CNA'ya göre KDU, hemşirelik bakımı konusunda klinik bir karar verme, bireysel değerlerden ve ilgili kanıtlardan, uygulama ortamları, hasta tercihi, etik, mevzuat, klinik yargıdan etkilenebilmektedir (128). Hemşirenin, hasta bireyin ihtiyaçlarını ve durumunu değerlendirerek, hali hazırda olan en iyi kanıtlar ile birleştirerek, söz konusu olan hasta adına hangi girişimlerin, uygulamaların ve gözlemlerin gerekli olduğu neticesine karar vermesi gerekmektedir (112). Bahsedilen sürecin işlemesi için ilgili konu üzerinde yayımlanan yeterli kanıtın mevcut olması, KDU'yı kliniğe entegre edebilmesi, eleştirel analiz yapabilmesi, hemşirenin söz konusu olan kanıta ulaşabilmesi gerekmektedir (12, 112). Hemşirelik bakımın bir kanıta bağlı olması, hemşirelik için fazlasıyla önemli olmaktadır (112). Zira KDH girişimleri ve uygulamaları; bakımın kalitesini ve söz konusu olan bakımın hastada beklenmekte olan sonuçları iyileştirmesi, hemşire ve hasta memnuniyetinin artırılması ve bakımın standart olan temel üzerinde yürütülmesinde oldukça önemli bir rol oynamaktadır (127). Ayrıca hemşirelik bakımını kişiselleştirmesi, klinik açıdan verilecek olan kararın bakım neticelerine etkilerini çok daha yüksek seviyeye çıkarması ve dinamik, düzenli ve etkili olması benzeri imkanlar sağlamaktadır (28). KDU kullanımı, olabilecek en iyi sonucu bulabilmek için deneme ve yanılma tekniklerine olan gereksinimi azaltmaktadır. Bu sebepten dolayı etkisiz ve gereksiz olan uygulamaların sonunu getirerek hem maliyetten hem de zamandan tasarruf etme olanağı sağlamaktadır. Bütün bu bahsedilen avantajlar göz önünde bulundurulduğu zaman söz konusu olan uygulamaya rehberlik edebilmek adına

kanıtları kullanabilmek, hemşirelik bakımını oldukça kolay bir hale getirmektedir (28).

Hemşirelik mesleğinde diğer disiplinler içerisinde olduğu gibi, veriler hızlı bir şekilde eskimekte iken, diğer taraftan yenileri eskilerin yerini almaktadır (12, 97). Hızlı bir şekilde değişebilmekte olan kanıtların, hemşirelik bakımı konusunda en temel bileşenler arasında yer almasına rağmen yapılmış olan araştırmalarda söz konusu olan değişime uyum sağlanamadığı, uygulama içerisinde bazı sorunlar yaşandığı ve kanıtların kliniğe doğrudan geçirilemediği görülmüştür (12, 97).

Kanıt Dayalı Uygulamanın klinik içerisinde entegre edilmesi sırasında yaşanmakta olan bu sorun söz konusu olduğunda, kurumsal desteğin yetersizliği, ekibin kalıplaşmış alışkanlıkları, çalışma koşullarının yoğunluğu, ekipte yer alan diğer bireylerin KDU ile alakalı bilgi seviyeleri ve KDU'ya karşı tutum ve davranışları, kanıtların anlaşılır olması vb. durumlar oldukça etkili olabilmektedir (97, 104). Bütün bu durumların yanı sıra, hemşirelerin araştırma yapma yeteneğine sahip olmaları, bilimsel toplantılara katılım seviyelerinin ve yayınlanmış olan kanıt kaynaklarının yeteri kadar anlaşılır ve açık olmaması da diğer etkenler gibi söz konusu olan kanıtların uygulama içerisinde kullanım süreci üzerinde etki sahibi olabilmektedir (97, 112).

2.3.6. Türkiye’de ve Dünyada Kanıt Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Geçmişten bugüne kadar bütün dünya genelinde KDU, hemşirelik eğitiminin ve mesleğinin, hemşirelik uygulamalarının oldukça önemli bir parçası haline gelmiştir. Farklı sağlık sektörleri içerisindeki gereklilik gibi, hemşirelik mesleğinin de kanıt temelli olan bir meslek olması gerektiği konusunun altı çizilmektedir (112). Bahsedilen bağlam doğrultusunda, hemşirelerin KDU'ya yönelik tutum ve davranışlarının ölçülmesi oldukça önemli bir adım sayılmaktadır.

Literatüre bakıldığında zaman Dünya genelinde KDH ile alakalı literatür içerisinde pek çok farklı ölçüm araçlarının olduğu görülmektedir. Türkiye’de ise Ayhan ve ark. (2015) Türkçe diline uyarlamış olduğu “*Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği*” ile pek çok çalışma içerisinde hemşirelik mesleğinin tutum ve davranışlarını incelemiştir (8). Kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulabilmesi, sadece ekip çalışması ile mümkün olabilmektedir (129). Bundan dolayı, KDU kullanımını konusunda bütün ekibin kanıt temelli bir şekilde çalışması oldukça önem

arz etmektedir. KDU'nun klinik içerisinde entegre olabilmesine ilişkin stratejilerin geliştirilebilmesi konusunda bireylerin KDU ile alakalı tutum, düşünce ve duygularının öğrenilmiş olması gerekmektedir (8, 12). Hemşireler kadar diğer farklı sağlık profesyoneli olan kişilerin de konuyla alakalı tutum ve görüşlerini ölçmekte olan araçlara gereksinim duyulmaktadır. Bu sebeple Marte Rye ve ark.'nın geliştirmiş olduğu "Kanıt Dayalı Uygulama Tutum Ölçeği-36 (Evidence-Based Practice Attitude Scale-36)"nın Türkçeye uyarlanması sağlanmıştır (130).

2.3.7. Kanıt Dayalı Hemşirelik Uygulama Modelleri

Klinik uygulamaya rehberlik edebilmesi için olabilecek en iyi kanıtın kullanılması oldukça önem arz etmektedir. Fakat KDU'nın tam anlamı ile benimsenmemiş olması bir zorluk olmaktadır (131). KDU'nun, karar verebilmek için hali hazırda en iyi kanıtları kullanarak hasta bireyler için bilimsel temel doğrultusunda etkili ve verimli bir bakım sağlayabilmek anlamına geldiği ifade edilmektedir. KDU'nın sistematik olarak uygulanması, sağlık güvenliğini artırmakta iken aynı anda hasta sonuçlarını iyileştirmektedir (132, 133). KDU'yu kullanmakta olan hemşirelerin, klinik uygulamaya uygulanabilirlik, güvenilirlik ve geçerlilik için kanıtların değerlendirilmesine yardım etmekte olan kritik değerlendirmelerinin bulunduğu ifade edilmektedir. Bununla beraber yayın sürecinde bulguların ve sonuçların yapılandırılmış, şeffaf ve kapsamlı olarak yayılmasına yardım eden raporlama kılavuzlarının da bulunduğu belirtilmektedir (134).

Kanıtları uygulamaya geçirebilme sürecini ifade edebilmesi için tasarlanan, mevcut teori, model ve çerçeveleri bulunmaktadır. Bahsedilenlerin hepsi, kanıtların hareketine rehberlik edebilmek adına faydalı olabilmektedir. Fakat modellerden ya da teorilerden birinin KDU için tam standart uygulaması mümkün olmamaktadır (135). Elde edilmiş olan kanıtların, klinik uygulama içerisinde entegre edilmesini kolaylaştırabilmek için yaygın bir şekilde farklı modeller kullanılmakta iken, hemşirelik liderlerince seçilmiş olan bir modele uyum sağlayabilmek adına klinik ortamlar içerisinde de söz konusu modellere hazır olunması gerekmektedir. Bütün modeller; sonuçların değerlendirilebilmesi, klinik uzmanlıkla beraber hasta bireyin tercihlerine entegre edilmiş kanıtların uygulanması, kanıtların değerlendirilmesi, kanıt arama ve klinik sorunun belirlenmesine kadar uzanmakta olan unsurlara sahip

olmaktadır. KDU modelleri, kanıt temelli olan uygulamalar için hemşirelere rehber niteliğinde olmaktadır. Söz konusu olan modeller KDU sürecinin örgütsel boyutta kullanılmasını, düzenlenmesini ve hemşirelik bakımı konusunda zamanın yanı sıra kaynaklardan etkin olarak yararlanılmasını sağlamaktadır (38, 136).

Yakın İşbirliğine Dayalı Araştırma ve Klinik Uygulamaları Geliştirme Modeli (ARCC- Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration)

Bu model içerisinde, organizasyon değişiklikleri ve kültürünün benimsenmesi ile neticelenebilecek bir sorgulama ruhunun olmasına oldukça önem verilmektedir. Hemşirelerin klinik problemleri saptayabilmesi için zaman, sonuç, karşılaştırma, girişim ve hasta şeklinde bir şablondan yararlanmaları gerektiği önerilmektedir (90). Bu model, KDU'nun uygulanmasına odaklanarak sistem genelinde sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Model;

1. Sağlık sisteminin uygulamaya hazır olduğunu ya da olmadığını değerlendirmesi,
2. KDU sürecinin engellerinin ve kuvvetli yönlerinin belirlenmesi,
3. KDU danışmanlarının belirlenmesi,
4. Kanıt bulgularının örgütsel uygulama içerisinde uygulanması,
5. Uygulama değişikliğinden kaynaklanmakta olan problemlerin değerlendirilmesi şeklinde 5 adımdan meydana gelmektedir (52, 136).

Tüm bunların sonucunda bu model, klinisyenin KDU'ya duyulmakta olan inanç ve güvenin artmasına, daha iyi hasta sonuçları, daha az personel devri ve daha fazla iş tatmini ve kanıta dayalı bakımın çok daha fazla uygulanmasına imkan sağladığı görülmektedir (137).

Lowa Modeli

Başlangıç zamanında Iowa Üniversite klinikleri ve hastanelerinde araştırma yapmak için geliştirilmiş olan bu model, sonrasında kurumsal seviyede KDU'nun uygulanmasına odaklanarak yenilenmiştir (137). Hemşirelerin bilgiye ya da probleme dayalı uygulamalarına odaklanabildikleri oldukça fazla aşaması olan bir süreçten meydana gelmektedir. Tanımlanmış olan problem, uygulama değişikliğinin başlatıcısı durumuna gelmiş olan bu modelde; bilgi ya da problem açığına tanımlanarak sorunu ele almanın öncelikli olduğu ya da olmadığına karar

verilmektedir. Sonrasında kanıtlar toplanarak analiz edilmektedir. Önerilmekte olan uygulama değişiklikleri küçük bir kapsamda denenmektedir. Eğer yeterli derecede kaliteli kanıt var ise, değişiklikler çok daha büyük kapsamda gerçekleştirilmektedir. Uygulama adımları hasta sonuçları ve bakım kalitesinin değerlendirilmesi ile tamamlanmaktadır (138).

Johns Hopkins Hemşirelik Kanıta Dayalı Uygulama Modeli (JHNEBP-The Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model's)

Bu modelin en temel odak noktasının, hemşirelerin bakım kararları sırasında kullanabilmeleri adına olabilecek en iyi kanıtların kliniğe entegre edilmesi olduğu belirtilmektedir. Söz konusu olan model içerisinde; eleştiri, araştırma, uygulama sorununun belirlenmesi, değişim fizibilitesinin belirlenmesi, kanıtların toplanması, kanıtın gücünün belirlenmesi, klinikte pratik kullanımı ve özetleme için kanıtların açıklanmasını içermekte olan adımların yer aldığı ifade edilmektedir. Bahsedilen model; kullanıcı kişiye yardımcı olabilmek adına soru geliştirmek, araştırma dışı ve araştırma kanıtları için değerlendirme, kanıt değerlendirme ölçeği kriterlerinin içermekte olan araçlar barındırmaktadır. Modelde; liderlik sorumluluğunu ve uygulama sorusunu belirlemek, kanıtların ve uygulama değişikliğini tercüme etmek, öneriler geliştirmek ve kanıtları değerlendirmek için belli adımlar sağlanmaktadır. Modelin, söz konusu olan sürecin bütün bileşenlerini ele alabilecek kadar kapsamlı olduğu belirtilmektedir (90, 136).

Stetler Modeli

Eleştirel bir şekilde karar verme ve düşünme adımlarından oluşmakta olan, araştırma sonuçlarının güvenli ve etkili olarak kullanımını sağlamakta olan, uygulayıcıyı odak alan bir model olarak bilinmektedir. Özgün bir şekilde gelişim sırasında araştırma kullanımına odaklanmakta olan bu model, KDU paradigmasına uygun bir şekilde iyileştirilmiş ve güncellenmiştir. Eleştirel düşünmenin uygulayıcı odaklı ve süreci vurgulayıcı olmasına rağmen, gruplarca örgütsel değişimi uygulayabilmek adına da kullanılmaktadır. Model içerisinde kanıtların geçerliliği ve doğrulanmasının belirlenebilmesi adına bir hazırlık süreci yer almaktadır. Sonrasında bulunmuş olan kanıtların eleştirildiği, dış ve iç unsurlar göz ardı edilmeyerek kullanım kararının verildiği ve sentezlendiği karşılaştırmalı değerlendirme ya da diğer bir ifade ile karar verme süreci bulunmaktadır.

Uygulama içerisinde araştırma bulgularının tam olarak hangisinin kullanılacak olduğu ve planlanması, söz konusu olan verinin uygulamaya nasıl aktarılacak olduğu ve değişiklikleri ve sonucun uygulanmasını içermekte olan değerlendirme tarzı basamakları bulunmaktadır (136).

ACE Yıldız Modeli: Bilgi dönüşümü

“*Akademik Kanıta Dayalı Uygulama*”, bilgiyi sağlık ve hemşirelik uygulamalarına aktarmak, kaliteyi iyileştirme amacına ulaşmak için disiplinlerarası bir strateji şeklinde bu modeli geliştirmiştir. Bu model, klinik uygulamalar ile araştırmalar arasında bir köprü görevi görmektedir. Hasta bakımı konusunda KDU’yu vurgulamakta ve kanıtların uygulama içerisine entegre etme olasılığını belirlemekte olan unsurları dikkate almaktadır. Bilginin dönüşümü sırasında, KDU’lara rehberlik sağlayabilmesi adına basit bir çerçeve meydana getirmektedir. Söz konusu olan modelin amacı; bilgi transferini sağlamaktır. Bilgi transferi, kanıt rehberleri içerisinde önerilerin bakıma ulaştırılabilmesi ve hasta bireylerin sonuçlarının iyileştirilebilmesi adına yapılması gerekli olan bazı aşamalar barındırmaktadır. Modelin, daha çok bulguların değerlendirilmesi ve bulunması aşamalarına vurgu yapmaktadır. Klinik açıdan değişimin nasıl yapılacağıyla alakalı hiçbir aşamasının bulunmadığı belirtilmektedir. Bu sebeple, bilginin dönüşümü sırasında Yıldız Modeli çoğunlukla hemşirelik okullarının eğitim müfredatı içerisinde, öğrenci bireylerin klinik problemi tanımlama ve bu probleme ilişkin kanıt rehberlerine ulaşma yeteneklerini geliştirebilmek için kullanılmakta olan bir model olarak bilinmektedir (136). Söz konusu model, yeni keşfedilmiş olan bilginin, uygulama içerisine entegre edildiği ölçüde bilgi dönüşümünün farklı aşamalarındaki ilişkileri tanımlamaktadır. KDU için bir öğrenme ve öğretme yapısı şeklinde kabul edilmektedir (52).

Ottawa Modeli

Bu model; araştırma ve kullanımı destekleyici ve engelleyici olan unsurların belirlenmesi, girişimlerin izlenmesi ve neticelerin değerlendirilmesi şeklinde 3 ana süreçten meydana gelmektedir. Bu model yeniliği uygulama içerisine entegre etmeden önce, uygulama esnasında ve uygulama sonrasında tüm öğelerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve izlenmesi gerektiği konusuna vurgu yapmaktadır (145).

PARIHS Modeli (Promoting Action Research Implementation In Health Services)

Bu model, araştırma bulgularının uygulama içerisinde geçirilmesini açıklamakta olan kavramsal bir model niteliği taşımaktadır. Kanıtın uygulama içerisinde entegre edilmesi süreci oldukça karmaşık ve çok boyutlu olmakla beraber, sağlık bakımı araştırmacıları ve uygulayıcıları tarafından kullanışlı olan bir araç olduğu vurgulanmaktadır. Bahsedilen modelin, planlama yapmanın dışında değerlendirme aracı şeklinde de kullanılabilecek olduğu belirtilmektedir. Modele göre, araştırma bulgularının uygulama içerisinde başarılı bir şekilde entegre edilebilmesi için 3 temel unsurun etkileşim durumunda bulunması gerekmektedir. Söz konusu unsurlar, KDU'nın başarıyla uygulanması esnasında karşılıklı bir şekilde birbirini etkilemektedirler. Birinci unsur olarak bilinen kanıt, birden fazla paydaş tarafından algılanmakta olan bilgi kaynakları şeklinde ifade edilmektedir. Diğer unsur olan bağlam, araştırmanın yürütülmekte olduğu ortamın kalite seviyesini tanımlamaktadır. Son unsur kolaylaştırmaysa, bireylerin değişmesini desteklemeye ilişkin bir teknik olarak bilinmektedir. Bahsedilen unsurlar araştırma bulgularının başarılı bir şekilde kullanılması konusunda eşit öneme sahip olmaktadır. Ayrıca uygun değişim süreci, değişime açık ortam ve güçlü kanıtı oluşturmayı başarmış ise araştırma bulgularının uygulama içerisinde başarılı bir şekilde kullanılabilecek olduğu anlaşılmaktadır (136).

3. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Çopur vd. (2015), gerçekleştirdikleri araştırmada hemşirelikte kullanılan kanıta dayalı uygulamaları genel özellikleriyle ele almışlardır. Araştırmada kanıta dayalı uygulamaların ne olduğu, kanıta dayalı uygulamaların tarihsel gelişim süreçleri, kanıta dayalı uygulamaların neden kullanılması gerektiği gibi konular üzerinde bilgiler vererek kanıta dayalı uygulamalar ile hemşirelik mesleğinin ilişkisini ele almıştır. Araştırma sonucunda elde ettikleri bilgiler kapsamında kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının önünde bulunan engellere kısaca değinmişlerdir (139).

Şenyuva (2016), yaptığı bu araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin mezun olmalarının ardından mesleki uygulamaları sırasında kanıtları kullanma, değerlendirme beceri ve yeteneklerinin geliştirilebilmesi adına hemşirelik eğitim programlarının nasıl yapılandırılması gerektiğini ortaya koymayı amaç olarak belirlemiştir. Bu amaç doğrultusunda hemşirelik ve kanıta dayalı uygulamaların gerekliliklerine değinmiş olan araştırmacı daha sonrasında Türkiye'deki kanıta dayalı hemşirelik ile alakalı çalışmaları incelemiştir. Araştırma sonucunda kanıta dayalı uygulamaların hemşirelikte daha yaygın bir şekilde kullanılabilmesi adına kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik eğitimine, akademik çalışmalara ve klinik uygulamalara daha fazla dahil edilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir (140).

Akarsu vd. (2017) bebek ve anne bağlanması, gebelik zamanından başlayarak doğum sonuna kadar devam etmekte olan bir süreç olduğunu ifade etmektedir. Anne ve babaların yeni doğana ve fetüse bağlılığının pek çok unsurdan etkilendiği belirtilmektedir. Doğumdan evvel ve doğumdan sonra, bebek ve anne arasındaki bağlılık, bebeğin hayatını duygusal, ruhsal ve fiziksel bir şekilde sağlıklı sürdürmesi konusunda oldukça önem arz etmektedir. Bu sebeple bağlanmanın, bebeğin dış dünyayla kurmuş olduğu ilişki ve psikolojik gelişimi bakımından, temel süreçlerden biri şekilde kabul görüldüğü ifade edilmektedir. Bu sebeple kadın sağlığı ve ebeler alanında çalışmakta olan hemşirelerin doğumdan önce ve doğumdan sonra bakım sırasında bağlanma bozukluğunu tespit etmesi ve bu bozukluğa uygun girişimlerde bulunulması, bebek ve anne bağlanmasını değerlendirmesi ve bağlanmanın artırılması adına kullanılmakta olan KDU'lara ilişkin kişilerin bilgilendirilmelerinin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Bebek ve anne bağlanması esnasında, en kısa zamanda emzirmeye başlanması, bebek ve annenin aynı oda içerisinde kalması, sosyal destek uygulamaları, meditasyon ve yoga, bebek ve anne masajı ve kanguru bakımından faydalandığı belirtilmektedir. Bahsedilen derleme içerisinde, bebek ve anne bağlanmasına ilişkin söz konusu uygulamaların kanıtlarının tartışılacak olduğu ifade edilmektedir (141).

Güneri (2015)'nin, yaptığı bu derlemenin amacı; erken postpartum dönem içerisinde karşı karşıya kalınabilecek sorunlarla alakalı hemşire ve ebelerin verecek olduğu bakıma ilişkin kanıta dayalı uygulamaları incelemektir. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olmasının, bakım sonuçlarını ve bakım kalitesini iyileştirdiği, hasta bakım sonuçlarında ve klinik uygulamalarda fark yarattığı, bakımı standardize ettiği ve hemşire memnuniyetini arttırdığı için oldukça önemli olduğu ifade edilmektedir. Söz konusu olan derlemenin hedefinin; erken postpartum dönemi içerisinde karşılaşılabilecek olan sorunlarla alakalı ebelerin ve hemşirenin verecek olduğu bakıma ilişkin KDU'ları gözden geçirmek olduğu belirtilmektedir (142).

Çelebi ve Yılmaz (2019)'ın gerçekleştirdikleri bu araştırmanın amacı, ameliyattan önce ve sonra parenteral ve enteral beslenmeye yönelik hemşirelik bakımı ve hemşirelerin uyguladığı kanıta dayalı uygulamaları değerlendirmektir. Araştırma sonucunda hemşirelerin beslenme uygulamalarında yeterli beceri ve bilgiye sahip olmaları gerektiğini dile getirmişlerdir. Araştırma sonunda, hemşirelerin EN ve TPN uygulanan hastaların beslenme düzeylerinin yeterli olup olmadığını kontrol etmeleri, meydana gelebilecek komplikasyonlar bakımından hastaları sıklıkla takip etmeleri ve enfeksiyon bakımından dikkatle gözlem yapmaları gerektiği vurgulanmıştır (143).

Şerment (2019), hemşirelik mesleğinde KDU'ların yeni bir uygulama olmadığını, hemşirelik alanı üzerindeki ilk girişimlerin Florence Nightingale tarafından Kırım savaşı sonrasında asker mortalitesini gözlemlemek adına yapılmış olan araştırmalar ile atıldığını belirtmiştir. DSÖ, 2001 senesinde ebeler ve hemşirelik hizmetlerinin güçlendirilmesiyle alakalı aldıkları kararlar içerisinde 5 önemli alanı vurgulamışlardır. Alınan kararlardan biri, kanıta dayalı hemşirelik ve ebeler hizmetleri için gereken alt yapının sağlanması ve hemşirelik ve ebeler hizmetlerinin klinik kanıtlara dayandırılması olarak bilinmektedir (145).

Sağlık Bakanlığı tarafınca 2007 senesinde hazırlanmış olan “21 Hedef”te Türkiye: Sağlıkta Gelecek” raporu içerisinde Hedef 19: “Sağlık İçin Araştırma ve

Bilgi” başlığında “Bütün ülkeler bilimsel kanıta dayalı sağlık hizmetleri sunumu ve geliştirilmesi mekanizmalarına sahip olmalıdır.” olarak ifade edilmiştir (145).

Yinanç (2022)’ın gerçekleştirdiği bu araştırmada, rehabilitasyon ve fizyoterapi öğrencileri ile fizyoterapistlerin KDU’ya ilişkin tutum ve bilgilerinin anlaşılmasıyla birlikte rehabilitasyon ve fizyoterapi alanı içerisinde KDU’ların uygulanmasına yönelik engellerin ve sorunların araştırılması amaç edinilmiştir. Araştırmada, fizyoterapist öğrencilerinin %58,27’sinin KDU konusunda eğitim almış olduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırmada, Türkiye genelindeki fizyoterapistlerin sık sık tercih ettikleri kaynakların arasında kitaplar, kişisel tecrübeler ve araştırma makaleleri olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılmış olan fizyoterapistlerin büyük bir çoğunluğu bilimsel kanıtın klinik uygulama konusunda dikkate alınması gerekli olan bir bileşen olduğunu belirtmiştir. Araştırma içerisinde KDU’ların kullanımına yönelik pozitif bir tutum gösterilmiştir (146).

Kurucu (2021)’nin gerçekleştirdiği bu çalışma, erişkin yoğun bakım üniteleri ve erişkin yataklı klinikte çalışmakta olan hemşirelerin KDH hakkındaki tutumlarıyla periferik intravenöz katetere bağlı olan flebiti gelişimini önleme hakkında KDU’lara yönelik bilgileri arasındaki karşılıklı ilişkiyi değerlendirmek amacı ile planlanan tanımlayıcı bir çalışma olarak bilinmektedir. Bu araştırma 182 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Hemşirelerin “periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önleme” puan ortalamaları ise 8.07 ± 1.91 şeklinde belirlenerek bilgi durumlarını yeteri seviyede olmadığı ifade edilmiştir. Hemşireler arasından 31-54 yaş arasında olanların, lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olanların ve hemşirelik mesleğinde çalışma sürecinin 5 senenin üstünde olanların, “periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önleme” bilgilerinin çok daha iyi olduğu saptanmıştır (147).

Karapınar (2021), dayanıklılık alanına ilişkin yaptığı bu araştırmada, duyarlı anne ve babaların koruyucu unsurlar arasında yer aldığını belirtmiştir. Bu çalışma içerisinde dayanıklılık kavramına ilişkin literatürde yapılmış olan son araştırma ile beraber incelemek, çocuk ve ebeveyn ilişkisinin çocuklar üzerinde dayanıklılığa etkisini değerlendirmek amaç edinilmiştir. Çocuklarla geçirilen zamanın kalitesinin, olumlu ebeveynlik, iyi çocuk ve anne ilişkisinin dayanıklılığı pozitif olarak etkilemekte olduğu ancak sert ve otoriter ebeveynliğe maruz kalmış olan çocuk bireylerin daha az dirençli oldukları saptanmıştır. Ebeveynlere çocuk bakımına ilişkin verilmiş olan eğitimlerin ebeveynlerin yetkilerini ve bilgi

seviyelerini arttırdığı belirtilmektedir. Ailelerin çocuklar üzerinde dayanıklılık geliştirme bakımından bilgilendirilmeleri, bahsedilen konuya ilişkin farkındalık oluşturmaları, dayanıklı nesillerin yetişmesine sebep olabileceği belirtilmiştir (148).

Bulut (2021)'un gerçekleştirdiği bu araştırmada, psikiyatri kliniği alanında hemşirelerin ilaç yönetimine etkin bir şekilde katılabilmeleri, kaliteli ve güvenli ilaç yönetiminin gerçekleşebilmesi adına kanıta dayalı olan ilaç takip çizelgesi ve ilaç uygulaması ile ilaç yönetimi rehberinin kullanımları ve geliştirilmesinin değerlendirici nitel durum çalışmasıyla değerlendirilmesi amaç edinilmiştir. Psikiyatrik bakım ve tedavi konusunda oldukça ciddi öneme sahip psikotrop ilaç yönetiminde, psikiyatri kliniği alanında çalışmakta olan hemşirelerin, hastanın değerlendirilmesi, klinik ilaç ve ilaç eğitimi, ilaç etkilerinin izlenmesi, ilaçların uygulanması ve tedavi yöntemlerinin koordinasyonu araştırma çalışmaları içerisinde bulunma sorumluluklarının olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin psikotrop ilaç yönetimi üzerindeki sorumlulukları gerçekleştirebilmek için en etkin teknik kanıta dayalı stratejilerin klinik kullanımının olduğu vurgulanmıştır (149).

Bulut (2020)'un cerrahi hemşiresi olan bireylerin KDH'ye ve tamamlayıcı tedavileri kullanmaya ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacı ile yaptığı çalışmada ise hemşirelerin tamamlayıcı tedaviyi kullanma hakkındaki tutumlarının orta seviyede, KDU'yu kullanma hakkındaki tutumlarının yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (150).

Çevik'in bu çalışması, intrapartum dönemi içerisinde KDU'lar ışığında sunulmuş olan destekleyici hemşirelik bakımının etkisi konusunun incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucunda, intrapartum dönemi içerisinde KDU'lar ışığında sunulmuş olan destekleyici hemşirelik bakımının algılanmakta olan durumluk kaygı düzeyleri, doğum ağrısı, yenidoğan bebeğin 1. ve 5. dakika Apgar puanlarına, 2. derece laserasyonda azalma, doğumun zorluk algısı, doğum sonrası memnuniyeti ve doğum süresine etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (151).

Toksöz (2022)'ün bu çalışması, yoğun bakım üniteleri içerisinde çalışmakta olan hemşirelerin venöz katater bakımı sırasında kateter ilişkili enfeksiyonları önlemeye ilişkin KDU hakkındaki bilgi seviyeleri, KDH'ye ilişkin tutum seviyeleri ve aralarındaki karşılıklı ilişkinin belirlenmesi amacı ile ilişki arayıcı, kesitsel ve tanımlayıcı tasarım tipinde planlanmış ve uygulanmıştır. Araştırma sonucunda; yoğun bakım hemşiresi olan bireylerin KDU'lara ilişkin bilgi puanları $17\pm3,11$

olarak iyi ve orta seviyede olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi seviyesi puanları ile santral venöz kateter bakımı ve yerleştirilmesine yönelik eğitim alma durumu, yoğun bakım içerisinde çalışma süresi, eğitim durumu ve yaşı arasında istatistiksel olarak oldukça ileri seviyede pozitif yönlü anlamlı bir fark saptamıştır ($p<0,001$) (152).

Şen (2021)'in bu çalışması, hemşirelerin KDH'ye ilişkin tutumuyla öğrenmeye ilişkin inanışları arasındaki ilişkiyi inceleyebilmek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma sonucunda, hemşirelerin öğrenme sırasında sosyal etkileşim ile öğrenildiğine inanmış olduklarını, öğrenme sırasında uygulama ile etkileşimi önemli bulduklarını belirtmiştir (153).

Gültop (2021)'un bu çalışmasında, üniversite öğrencileri ve öğretim elemanlarının sağlık okuryazarlık seviyeleri ve kanser farkındalıklarının belirlenmesiyle aralarındaki karşılıklı ilişkinin araştırılması, kanser farkındalıklarının artırılmasına ilişkin uygulanmakta olan bazı faaliyetlerin “Kanıt Dayalı Halk Sağlığı Müdahale Programı” kapsamında değerlendirilmesi amaç edinilmiştir. Araştırma sonucunda, kanser farkındalığının ve sağlık okuryazarlığının artırılması için yürütülmüş olan araştırmaların çoğaltılması, yalnızca sağlık sektörü içerisinde değil, diğer farklı sektörler ile de bahsedilen kapsam doğrultusunda farkındalık oluşturacak etkinliklerin yapılması gerektiği vurgulanmıştır (154).

Kutlu (2021)'nin bu araştırması, İzmir’de bulunmakta olan bir araştırma ve eğitim hastanesi içerisinde çalışmakta olan asistan hekimlerin kanıt dayalı tıpa ilişkin farkındalık ve tutumları, bilgi arama davranışlarını, mesleki uygulamaları içerisinde kanıt dayalı tıpa yönelik algıları ve önlerindeki engelleri belirleyebilmek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, araştırmaya katılmış olan asistan hekimler içerisinde kanıt dayalı tıba karşı pozitif bir yaklaşımın olduğu ve öğrenmede hevesli oldukları belirtilmektedir. Daha donanımlı olan hekim bireyler yetişmesini sağlayabilmek adına uzmanlık eğitimi ve tıp fakültelerinde kanıt dayalı tıp dersleri konusuna ilişkin derslerin sayısının artırılması gerektiği vurgulanmaktadır (155).

Arslan (2021)'in gerçekleştirdiği bu çalışma; cerrahi klinikler içerisinde venöz tromboemboliyi önleme konusunda KDU’ların kullanılma durumlarının incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, hasta bireylerin derin ven trombozu risk puan ortalamasıyla yaş arasında fazla seviyede, derin ven

trombozu puan ortalamasıyla ameliyattan önce yatış süreci arasında da orta seviyede anlam ifade etmekte olan bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (156).

Himmet (2021)'in bu çalışması, cerrahi hemşirelerinin profesyonellik ve kişisel yenilikçilik seviyelerinin KDH'ye ilişkin tutumlarına etkisini belirleyebilmek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı bir şekilde yapılmıştır. Araştırma sonucunda, cerrahi hemşirelerinin hem profesyonel değer seviyeleri hem de kişisel yenilikçilik seviyeleri ile KDH tutumları arasında olumlu yönde orta seviye ilişki saptanmıştır (157).

Kaplan (2020)'ın bu çalışmasında, akılcı laboratuvar sistemi ile Kanıta dayalı tıp uygulamalarını hastane süreçlerine dahil ederek hastane kaynaklarını daha verimli ve etkin kullanmayı sağlamak, laboratuvar işlem maliyetlerini düşürmek ve gereksiz olan tetkik işlemlerinin önünü kesmek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda, başarılı olan birimlerin ağırlıklı bir şekilde cerrahi birimler olduğu ve başarısız olanların ise daha çok tahlil istemiş olan dahili birimler olduğu saptanmıştır (158).

Şerment (2019)'in bu araştırması, cerrahi servisler içerisinde çalışmakta olan hemşirelerin KDH'ye ilişkin tutumlarının incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucunda, hemşirelerin KDU'larla alakalı bilgilerinin güncellenmesi amacı ile bilgilere ulaşma sırasında bilimsel dergilerin kullanımı ve hizmet içi eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi önerilmiştir (159).

Şadi (2019)'nin bu araştırmasında, hemşirelerin KDH uygulamalarına ilişkin tutumlarının belirlenmesi amaç edinilmiştir. Araştırma sonucunda, hemşirelerin eğitim hayatları boyunca KDU dersi almış olmaları, bilimsel çalışmaya katılmaları, hizmet içi eğitim almamaları, görev süresi, eğitim durumları ve evli olması ile KDH'ye ilişkin tutum ölçeği arasında anlam ifade etmekte olan bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (160).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

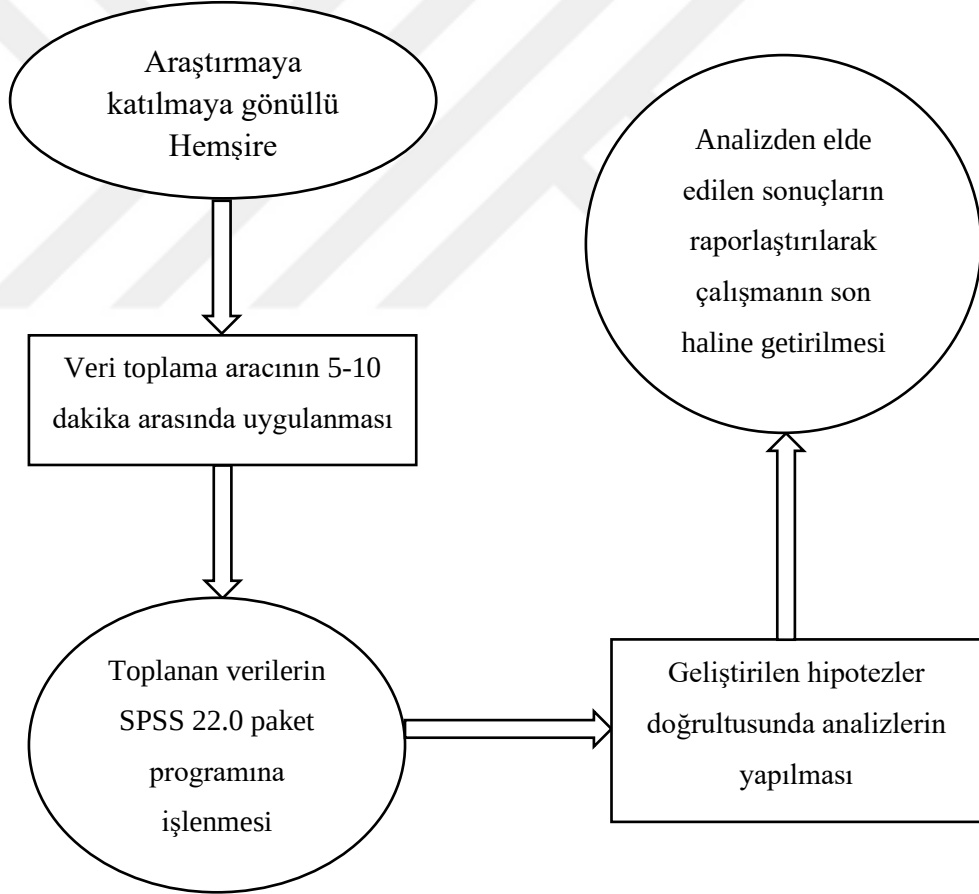
Bu bölümde araştırmayla ilgili bilgilere yer verilmiştir.

Çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma için geliştirilen hipotezler şu şekildedir:

H1: Katılımcıların tanıtıcı bilgileri ile KDHYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Anlamlı değişkenler ile KDHYTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Anlamlı değişkenlerin KDHYTÖ'ye etkisi vardır.



Şekil 4.1. Araştırmanın Akış Şeması.

4.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15 Aralık 2022-15 Ocak 2023 tarihleri arasında İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesinde yapılmıştır. İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi her türlü branşta hizmet veren 313 yataklı bir hastanedir. İzzet Baysal Devlet Hastanesi ise 200 yataklıdır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları branşı Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde kadın doğum ve çocuk ünitesi'nde bulunmakta olup, serviste 21 yatakla hastalara sağlık hizmeti verilmektedir.

4.2. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Çocuk kliniğinde çalışmakta olan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan çalışma nicel araştırma yöntemlerinden genel tarama modeliyle gerçekleştirilmiştir.

Bilimsel araştırmalar yapılırken, çalışmayı organize etmek, veri toplama araçlarını belirlemek, veri elde etmek, bulguları oluşturmak ve araştırma sonucunda elde edilen sonuçları bilimsel bir temele dayandırmak için çeşitli araştırma yöntemleri kullanılmaktadır. Nicel araştırma, olgu ve olayları öznellikten çıkarıp nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak anlamlı bir şekilde ifade edilebilir haliyle ortaya koyan bir araştırma türüdür. Nicel araştırma modelinde, araştırılan konuya ilişkin, araştırma evrenini temsil edecek olan örneklemden sayısal sonuçlar elde edilmektedir. Bu araştırmalarda araştırma evreninin araştırma konusu hakkındaki görüşlerinin yönelimi incelenmektedir (161). Bu noktada dikkat edilmesi gereken kısım araştırma evrenini temsil edecek olan örneklem doğru seçilmesi ve seçilen bu örneklem doğru soruların yöneltmesi gerektiğidir. Bu bağlamda bakıldığında söz konusu araştırmada niceliksel araştırma modelinin kullanılması uygun bulunmuştur.

Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden olan genel tarama modeliyle gerçekleştirilmiştir. Genel Tarama Modeli, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacıyla ya evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup örneklem üzerinde yapılan düzenlemeleri kapsar. Nicel verilerin elde edilmesinde anketler uygulanarak sağlanır. Elde edilen nicel verilerin istatistiksel analizleri üzerinden çıkarım yapmaya çalışılır. Ardından üzerinde

çalışılan durumun veya konunun genel bir çerçevesi çıkarıldıktan sonra, bu çerçeveden spesifik bir kesit alınarak özel durum çalışmaları başlatılır. Bu tür araştırmalar durumların, nesnelerin, varlıkların, kurumların ve çeşitli alanların “ne” olduğunu açıklamaya çalışır (161).

Ayrıca genel tarama araştırmalarında araştırma evreni içinden alınan örneklemin demografik özellikleri, belirlenen konulara ilişkin görüşleri, konuya ilişkin tercihleri tespit edilmeye çalışılır (162). Bu yönüyle çalışmada toplam puanın konuya ilişkin tespit edilen değişkenlere göre aralarındaki farklılık incelenmiştir.

4.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki çocuk kliniklerinde çalışan 54 ve İzzet Baysal Devlet Hastanesindeki çocuk kliniklerinde çalışan 56 hemşire olmak üzere toplamda 110 hemşire oluşturmuştur. Çalışma için çocuk acil, yeni doğan yoğun bakım, çocuk yoğun bakım ve çocuk servisleri seçilmiştir. Örneklem seçiminde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu teknik evrendeki herkesin eşit seçilme şansına sahip olduğu bir yöntemdir. Katılımcılardan toplanan veriler sonucunda eksik ve hatalı veriler çıkarılmış ve toplamda örnekleme oluşturan 92 katılımcıyla çalışma gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısı evrenin %83,6'sını oluşturmaktadır.

4.4. Veri Toplama Süreci ve Araçları

Çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumunun araştırıldığı çalışmanın verileri 15 Aralık 2022-15 Ocak 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Ek 4'te kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği izin belgesi, Ek 5'te etik kurul, Ek 6'da kurum izinleri, Ek 1'de bilgilendirilmiş olur formu ve Ek 7'de İl Sağlık Müdürlüğü izin belgeleri yer almaktadır. Gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya geçilmiş ve hemşirelerden de bilgilendirilmiş olur formu sonrası anket çalışmasını doldurmaları istenmiştir. Verilerin doldurulması 5-10 dakika arası sürmüştür. Çalışmaya katılan hemşirelerin, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutum ve algılarını tespit etmek için veri toplama aracı olarak anket yönteminden yararlanılmıştır. Anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik bilgilerinin yer aldığı araştırmacı tarafından hazırlanan 18 soruluk sosyo-

demografik veri formu (EK-2), ikinci bölümde ise 15 maddelik Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği yer almaktadır (EK-3).

4.4.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ)

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ), Ruzafa-Martinez ve arkadaşları tarafından 2011’de geliştirilmiştir (163). Ölçek İspanyolca dilinde tasarlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Ayhan ve diğerleri tarafından 2015 yılında yapılmıştır (8). Ölçek toplamda 15 madde ve üç alt boyuttan meydana gelmektedir (EK-3). Maddelerin sekizi olumlu (1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14. Maddeler), yedisi olumsuz (3, 4, 6, 8, 10, 12 ve 15. Maddeler) ifade içermekte; olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Beşli Likert tipine (1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=biraz katılıyorum, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum) göre hazırlanan ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin toplam güvenirlik katsayısı $\alpha=,85$ ’tir. Alt boyut güvenirlik katsayıları, İnanç Alt Boyutu için $\alpha=,86$, Uygulama Niyeti Alt Boyutu için $\alpha=,63$, Duygular Alt Boyutu için $\alpha=,70$ ’dir. Bu araştırmada ise ölçeğin toplam güvenirlik katsayısı $\alpha=,83$ olarak bulunmuştur. Bu araştırmadaki alt boyut güvenirlik katsayıları, İnanç ve Beklentiler Alt Boyutu için $\alpha=,77$, Uygulama Niyeti Alt Boyutu için $\alpha=,76$, Duygular Alt Boyutu için $\alpha=,75$ ’tir.

4.5. Verilerin Analizi

Bilimsel araştırmalar yapılırken dikkat edilmesi gereken önemli süreçlerinden birisi verileri çözümleme kısmı olacaktır. Araştırmada elde edilen verilerin araştırmanın amaçları doğrultusunda araştırmaya uygun veri çözümleme yöntemleri ile çözümlenmesi ve doğru yorumlanması gerekir. Araştırmadan elde edilen verilerin nicel ya da nitel olma durumuna göre araştırmacılar tarafından dikkate alınarak söz konusu süreçte önemli bazı ayrıntılara yönelik bilgiye sahip olmaları gereklidir. Bu nedenle çalışmanın veri analizinde SPSS 22.0 (Statistical package for the Social Sciences) kullanılmıştır. Veriler analiz edilirken geçerlik ve güvenirlik analizi, normallik analizi, frekans ve yüzdeleri, bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans testi yapılmıştır.

4.5.1 Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği

Araştırmada katılımcıların demografik bilgilerine yönelik elde edilen veriler betimsel istatistik yöntemiyle ortalama ve frekans değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliğini belirlemek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.83 çıkmıştır. Cronbach alfa katsayısına göre bir ölçeğin güvenilir olarak kabul edilmesi için Cronbach alfa değerinin 0.70 ve üstü değerlerde olması gerekmektedir (164). Elde edilen kat sayı değerinin 0.70'ten büyük olması bu araştırmada kullanılan ölçeğin yüksek güvenirlilikte bir ölçek olduğunu gösterir.

Tablo 4.1. Araştırmanın geçerlik ve güvenirliliği.

	Madde Sayıları	Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayıları
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	7	0.77
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	4	0.76
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	4	0.75
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	15	0.83

4.5.2. Normallik Analizi

Bu aşamada parametrik ya da parametrik olmayan analiz yöntemlerinden hangisinin kullanılacağına karar vermek adına verilerin normallik testine tabi tutulması gerekmektedir. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için yapılan temel işlem çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıdır. Ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir. Buna göre ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Ayrıca ilgili ölçeğe ilişkin histogramlar, grafikler ve varyasyon katsayıları da incelenerek normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Analizlerde test tekniklerinden bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2. Araştırmanın normallik analizi.

	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	29,33	3,70	-,759	1,518
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	16,66	1,87	-,210	-,278
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	17,50	1,59	-,008	-1,024
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	63,49	6,05	-,396	,290

Araştırma Sınırlılığı

Bu araştırma evrene genellenemez. Bolu ilindeki 2 hastane ile sınırlandırılmıştır.

5. BULGULAR

Bu çalışma kapsamında çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutum ve algılarını incelemek amacıyla katılımcıların tanıtıcı bilgileri frekans ve yüzdeleriyle verilmiş, KDHYTÖ ve alt boyutlarının tanıtıcı bilgilere göre farklılaşmasına yönelik olarak bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans tesleri yapılmıştır.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 5.1. Katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı (n: 92).

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	22-27	21	22,8
	28-33	35	38,0
	34-39	11	12,0
	40 ve üzeri	25	27,2
Cinsiyet	Kadın	76	82,6
	Erkek	16	17,4
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	10	10,9
	Ön lisans mezunu	11	12,0
	Lisans mezunu	63	68,5
	Lisansüstü mezunu	8	8,6
Mesleki Çalışma Yılı	0-6	36	39,1
	7-12	22	23,9
	13-20	16	17,4
	21 ve üzeri	18	19,6
Birim	Çocuk servisi	28	30,4
	Çocuk yoğun bakım ünitesi	15	16,3
	Yeni doğan yoğun bakım ünitesi	25	27,2
	Çocuk acil servisi	24	26,1
Güncel Bilgilerin Hemşirelik Bakımına Yansıtılması	Evet	33	35,9
	Kısmen	42	45,7
	Çok az	16	17,4
Dernek Üyeliği	Hayır	1	1,1
	Evet	5	5,4
Bilimsel Yayın ya da Dergi Okuma	Hayır	87	94,6
	Evet	21	22,8
Bilimsel Toplantı ya da Kongreye Katılma	Hayır	71	77,2
	Evet	32	34,8
Sertifikalı Kurs Katılma	Hayır	60	65,2
	Evet	48	52,2
Bilimsel Araştırma Yapma	Hayır	44	47,8
	Evet	15	16,3
Araştırma Grubunda Çalışmacı Olarak Yer Alma	Hayır	77	83,7
	Evet	19	20,7
Kanıt Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Kullanma	Hayır	73	79,3
	Evet	44	47,8
Uygulamalar İçin Eğitim Alma	Hayır	48	52,2
	Evet	32	34,8
Bilimsel Çalışma Yapma ya da Çalışma Grubuna Katılma İsteği	Hayır	60	65,2
	Evet	72	78,3
Bilimsel Çalışma Yapma ya da Çalışma Grubuna Katılma İsteğinin Gerçekleşmeme Nedeni	Hayır	20	21,7
	Çalışma koşullarının yoğunluğu	51	55,4
	Bilgi ve beceri yetersizliği	9	9,8
	Mesleki motivasyon eksikliği	15	16,3
	Yönetimsel olarak teşvik olmaması (Kongre ücreti, ek ödeme vb.)	10	10,9
	Gerekli görmüyorum	4	4,3
	*Diğer	3	3,3

*Diğer: Belirtilen nedenlerin dışındaki herhangi bir neden

Çalışmaya katılan katılımcıların %38'i 28-33 yaş arasında, %82,6'sı kadın, %68,5'i lisans mezunu, %39,1'i 0-6 yıl arası meslekte, %30,4'ü çocuk servisinde görev almakta, %45,7'si güncel bilgileri hemşirelik bakımına kısmen yansıtmakta, %94,6'sının dernek üyeliği bulunmamakta, %77,2'si bilimsel yayın ya da dergi okumamakta, %65,2'si bilimsel toplantı ya da kongreye katılmamakta, %52,2'si sertifikalı kursa katılmakta, %83,7'si bilimsel araştırma yapmamakta, %79,3'ü araştırma grubunda çalışmacı olarak yer almamakta, %52,2'si kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmamakta, %65,2'si uygulamalar için eğitim almamakta, %78,3'ünün bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteği bulunmakta, %55,4'ü bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedeni olarak çalışma koşullarının yoğunluğunu görmektedir.

5.2. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 5.2. Katılımcıların yaşına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

		Ortalama	ss	F	p
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	22-27	29,6667	3,02214	2,143	,100
	28-33	29,5429	3,33734		
	34-39	31,0909	2,77325		
	40 ve üzeri	27,9600	4,67689		
Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti	22-27	16,6667	2,05751	1,878	,139
	28-33	17,0286	1,67131		
	34-39	17,0909	1,86840		
	40 ve üzeri	15,9600	1,85921		
Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	22-27	17,6667	1,62275	,964	,414
	28-33	17,6857	1,54865		
	34-39	17,6364	1,56670		
	40 ve üzeri	17,0400	1,61967		
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	22-27	64,0000	5,63028	2,336	,079
	28-33	64,2571	5,57485		
	34-39	65,8182	4,87480		
	40 ve üzeri	60,9600	6,94310		

F: One Way Anova

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların yaşlarına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda yaş ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları yaşa göre değişmemektedir.

Tablo 5.3. Katılımcıların cinsiyetine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Cinsiyet	Ortalama	ss	t	p
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Kadın	29,7237	3,20665	1,688	,109
	Erkek	27,4375	5,21496		
Kanıt Dayalı Uygulama Niyeti	Kadın	16,6974	1,86204	,383	,703
	Erkek	16,5000	1,93218		
Kanıt Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Kadın	17,5789	1,65942	1,319	,197
	Erkek	17,1250	1,14746		
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Kadın	64,0000	5,69678	1,786	,077
	Erkek	61,0625	7,22467		

t: Independent Samples t Test p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların cinsiyetlerine göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda cinsiyet ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları cinsiyete göre değişmemektedir.

Tablo 5.4. Katılımcıların eğitim durumuna göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

		Ortalama	ss	F	p
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Sağlık meslek lisesi	28,1000	3,03498	3,763	,014*
	Ön lisans mezunu	26,6364	3,74894		
	Lisans mezunu	29,7143	3,60747		
	Lisansüstü	31,5000	3,29502		
Kanıt Dayalı Uygulama Niyeti	Sağlık meslek lisesi	16,7000	1,70294	2,340	,079
	Ön lisans mezunu	15,6364	1,85864		
	Lisans mezunu	16,6825	1,84763		
	Lisansüstü	17,8750	1,72689		
Kanıt Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Sağlık meslek lisesi	17,5000	1,35401	2,044	,114
	Ön lisans mezunu	16,4545	1,50756		
	Lisans mezunu	17,6190	1,62072		
	Lisansüstü	18,0000	1,30931		
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Sağlık meslek lisesi	62,3000	3,65300	4,024	,010*
	Ön lisans mezunu	58,7273	5,95132		
	Lisans mezunu	64,0159	6,02814		
	Lisansüstü	67,3750	5,37022		

F: One Way Anova

* $p<0.05$

Çalışmaya katılan katılımcıların eğitim durumuna göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda eğitim durumu ile KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre farkın neden kaynaklandığını tespit etmeye yönelik olarak Bonferroni çoklu karşılaştırma analizi yapılmıştır.

Tablo 5.5. Eğitim durumundaki farkın neden kaynaklandığına yönelik Bonferroni çoklu karşılaştırma analizi sonuçları (n: 92).

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	P
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Sağlık meslek lisesi	Ön lisans mezunu	1,46364	1,000
		Lisans mezunu	-1,61429	1,000
		Lisansüstü	-3,40000	,278
	Ön lisans mezunu	Sağlık meslek lisesi	-1,46364	1,000
		Lisans mezunu	-3,07792	,056
		Lisansüstü	-4,86364*	,024
	Lisans mezunu	Sağlık meslek lisesi	1,61429	1,000
		Ön lisans mezunu	3,07792	,056
		Lisansüstü	-1,78571	1,000
	Lisansüstü	Sağlık meslek lisesi	3,40000	,278
		Ön lisans mezunu	4,86364*	,024
		Lisans mezunu	1,78571	1,000
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Sağlık meslek lisesi	Ön lisans mezunu	3,57273	,960
		Lisans mezunu	-1,71587	1,000
		Lisansüstü	-5,07500	,402
	Ön lisans mezunu	Sağlık meslek lisesi	-3,57273	,960
		Lisans mezunu	-5,28860*	,037
		Lisansüstü	-8,64773*	,011
	Lisans mezunu	Sağlık meslek lisesi	1,71587	1,000
		Ön lisans mezunu	5,28860*	,037
		Lisansüstü	-3,35913	,747
	Lisansüstü	Sağlık meslek lisesi	5,07500	,402
		Ön lisans mezunu	8,64773*	,011
		Lisans mezunu	3,35913	,747

* Ortalama fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

p: Anlamlılık düzeyi

Katılımcıların eğitim durumundaki farkın neden kaynaklandığına yönelik yapılan analiz sonucunda lisansüstü mezunlarının kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler alt boyutu toplam ortalamaları ön lisans mezunlarından daha yüksekken, lisans ve lisansüstü mezunlarının KDHYTÖ toplam ortalamalarının da ön lisans mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.6. Katılımcıların mesleki çalışma yılına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

		Ortalama	ss	F	p
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	0-6	30,2222	3,02477	1,219	,308
	7-12	29,0000	3,57238		
	13-20	28,6250	5,37742		
	21 ve üzeri	28,5556	3,22166		
Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti	0-6	16,9722	1,59438	1,638	,186
	7-12	16,8636	2,21027		
	13-20	16,6250	1,78419		
	21 ve üzeri	15,8333	1,88648		
Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	0-6	17,7778	1,72562	1,123	,344
	7-12	17,5455	1,18431		
	13-20	17,4375	1,54785		
	21 ve üzeri	16,9444	1,73111		
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	0-6	64,9722	5,59840	1,609	,193
	7-12	63,4091	5,53482		
	13-20	62,6875	7,75215		
	21 ve üzeri	61,3333	5,50935		

F: One Way Anova

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların mesleki çalışma yılına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda mesleki çalışma yılı ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları mesleki çalışma yılına göre değişmemektedir.

Tablo 5.7. Katılımcıların birimine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

		Ortalama	ss	F	p
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Çocuk servisi	28,6071	3,94724	,642	,590
	Çocuk yoğun bakım ünitesi	29,9333	3,10453		
	Yeni doğan yoğun bakım ünitesi	29,8400	3,03699		
	Çocuk acil servisi	29,2500	4,39614		
Kanıt Dayalı Uygulama Niyeti	Çocuk servisi	16,2857	2,03410	,695	,558
	Çocuk yoğun bakım ünitesi	16,9333	1,33452		
	Yeni doğan yoğun bakım ünitesi	16,9600	1,81384		
	Çocuk acil servisi	16,6250	2,01759		
Kanıt Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Çocuk servisi	17,7857	1,72899	,993	,400
	Çocuk yoğun bakım ünitesi	17,8000	1,61245		
	Yeni doğan yoğun bakım ünitesi	17,3600	1,35031		
	Çocuk acil servisi	17,1250	1,62354		
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Çocuk servisi	62,6786	6,42365	,503	,681
	Çocuk yoğun bakım ünitesi	64,6667	4,71573		
	Yeni doğan yoğun bakım ünitesi	64,1600	5,44426		
	Çocuk acil servisi	63,0000	7,03408		

F: One Way Anova

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların birimlerine göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda birim ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları birime göre değişmemektedir.

Tablo 5.8. Katılımcıların güncel bilgilerinin hemşirelik bakımına yansıtılmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92)

		Ortalama	ss	F	p
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	28,5152	3,89809	1,243	,299
	Kısmen	29,9286	3,65855		
	Çok az	29,1875	3,29077		
	Hayır	33,0000	.		
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	16,5152	1,71612	,275	,843
	Kısmen	16,7619	1,89749		
	Çok az	16,6250	2,18708		
	Hayır	18,0000	.		
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,3333	1,63299	,236	,871
	Kısmen	17,5476	1,59576		
	Çok az	17,6875	1,57982		
	Hayır	18,0000	.		
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	62,3636	6,04058	,868	,461
	Kısmen	64,2381	6,17947		
	Çok az	63,5000	5,78504		
	Hayır	69,0000	.		

F: One Way Anova

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların güncel bilgilerinin hemşirelik bakımına yansıtılmasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda güncel bilgilerin hemşirelik bakımına yansıtılması ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları güncel bilgilerin hemşirelik bakımına yansıtılmasına göre değişmemektedir.

Tablo 5.9. Katılımcıların dernek üyeliğine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Dernek Üyeliği	Ortalama	ss	t	p
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	31,0000	3,24037	1,040	,301
	Hayır	29,2299	3,72203		
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	17,6000	1,94936	1,157	,250
	Hayır	16,6092	1,85746		
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,2000	1,78885	-,433	,666
	Hayır	17,5172	1,58380		
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	65,8000	6,83374	,580	,383
	Hayır	63,3563	6,01930		

t: Independent Samples t Test

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların dernek üyeliğine göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda dernek üyeliği ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları dernek üyeliğine göre değişmemektedir.

Tablo 5.10. Katılımcıların bilimsel yayın ya da dergi okumasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Bilimsel Yayın ya da Dergi Okuma	Ortalama	ss	t	p
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	30,1905	3,86806	1,221	,225
	Hayır	29,0704	3,64231		
Kanıt Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	16,9524	2,15583	,808	,421
	Hayır	16,5775	1,77814		
Kanıt Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,7619	1,64027	,860	,392
	Hayır	17,4225	1,57355		
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	64,9048	6,59473	1,224	,224
	Hayır	63,0704	5,86350		

t: Independent Samples t Test

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların bilimsel yayın ya da dergi okumasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda bilimsel yayın ya da dergi okuma ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları katılımcıların bilimsel yayın ya da dergi okumasına göre değişmemektedir.

Tablo 5.11. Katılımcıların bilimsel toplantı ya da kongreye katılmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Bilimsel Toplantı ya da Kongreye Katılma	Ortalama	ss	t	p
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	30,6563	3,18878	2,594	,011*
	Hayır	28,6167	3,78710		
Kanıt Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	17,0938	1,85541	1,632	,106
	Hayır	16,4333	1,84452		
Kanıt Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	18,2500	1,50269	3,512	,001*
	Hayır	17,1000	1,49235		
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	66,0000	5,53581	3,035	,003*
	Hayır	62,1500	5,92560		

t: Independent Samples t Test

*p: Anlamlılık düzeyi <0.05

Çalışmaya katılan katılımcıların bilimsel toplantı ya da kongreye katılmasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda bilimsel toplantı ya da kongreye katılma ile KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre bilimsel toplantı ya da kongreye katılanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 5.12. Katılımcıların sertifikalı kursa katılmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92)

	Sertifikalı Kursa Katılma	Ortalama	ss	t	p
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	29,7500	3,96527	1,149	,254
	Hayır	28,8636	3,37977		
Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	16,6875	1,95868	,131	,896
	Hayır	16,6364	1,77961		
Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,7500	1,57777	1,592	,115
	Hayır	17,2273	1,56805		
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	64,1875	6,49273	1,159	,250
	Hayır	62,7273	5,49995		

t: Independent Samples t Test

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların sertifikalı kursa katılmasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda sertifikalı kursa katılma ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları katılımcıların sertifikalı kursa katılmasına göre değişmemektedir.

Tablo 5.13. Katılımcıların bilimsel araştırma yapmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Bilimsel Araştırma Yapma	Ortalama	ss	t	p
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	31,8667	2,64215	3,032	,003*
	Hayır	28,8312	3,68997		
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	17,7333	1,83095	2,498	,014*
	Hayır	16,4545	1,81039		
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	18,1333	1,72654	1,708	,091
	Hayır	17,3766	1,53930		
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	67,7333	5,43095	3,108	,003*
	Hayır	62,6623	5,84360		

t: Independent Samples t Test

*p: Anlamlılık düzeyi<0.05

Çalışmaya katılan katılımcıların bilimsel araştırma yapmasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda bilimsel araştırma yapma ile KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıtı dayalı uygulama niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre bilimsel araştırma yapanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıtı dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 5.14. Katılımcıların araştırma grubunda çalışmacı olarak yer almasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92)

	Araştırma Grubunda Çalışmacı Olarak Yer Alma	Ortalama	ss	t	p
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	31,2632	2,72523	2,642	,010*
	Hayır	28,8219	3,77250		
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	17,6842	1,66842	2,776	,007*
	Hayır	16,3973	1,83136		
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,9474	1,68238	1,387	,169
	Hayır	17,3836	1,55126		
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	66,8947	5,33224	2,861	,005*
	Hayır	62,6027	5,94124		

t: Independent Samples t Test

*p: Anlamlılık düzeyi<0.05

Çalışmaya katılan katılımcıların araştırma grubunda çalışmacı olarak yer almasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alma ile KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 5.15. Katılımcıların kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Kullanma	Ortalama	ss	t	p
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	31,1364	2,93805	5,059	,000*
	Hayır	27,6667	3,57493		
Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	17,0455	1,98781	1,910	,059
	Hayır	16,3125	1,69048		
Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,8636	1,56400	2,146	,035*
	Hayır	17,1667	1,54828		
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	66,0455	5,51090	4,224	,000*
	Hayır	61,1458	5,60011		

t: Independent Samples t Test

*p: Anlamlılık düzeyi<0.05

Çalışmaya katılan katılımcıların kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanma ile KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullananların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 5.16. Katılımcıların uygulamalar için eğitim almasına göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Uygulamalar İçin Eğitim Alma	Ortalama	ss	t	p
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	30,9063	4,05892	3,130	,002*
	Hayır	28,4833	3,22854		
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	17,2813	2,01981	2,381	,019*
	Hayır	16,3333	1,70410		
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,8125	1,82169	1,290	,203
	Hayır	17,3333	1,43405		
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	66,0000	7,05280	3,035	,003*
	Hayır	62,1500	5,00788		

t: Independent Samples t Test

*p: Anlamlılık düzeyi<0.05

Çalışmaya katılan katılımcıların uygulamalar için eğitim almasına göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda uygulamalar için eğitim alma ile KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıtı dayalı uygulama niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre uygulamalar için eğitim alanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıtı dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 5.17. Katılımcıların bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

	Bilimsel Çalışma Yapma ya da Çalışma Grubuna Katılma İsteği	Ortalama	ss	t	p
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Evet	29,8056	3,32993	2,418	,018*
	Hayır	27,6000	4,50029		
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	Evet	16,7639	1,90989	,984	,328
	Hayır	16,3000	1,68897		
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Evet	17,5694	1,59070	,795	,429
	Hayır	17,2500	1,58529		
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	64,1389	5,84134	1,986	,050*
	Hayır	61,1500	6,36003		

t: Independent Samples t Test

*p: Anlamlılık düzeyi<0.05

Çalışmaya katılan katılımcıların bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğine göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteği ile KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteği olanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 5.18. Katılımcıların bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre KDHYTÖ'nün farklılaşmasına ilişkin bulgular (n: 92).

		Ortalama	ss	F	p
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	Çalışma koşullarının yoğunluğu	29,1176	3,86081	1,126	,353
	Bilgi ve beceri yetersizliği	29,2222	3,27024		
	Mesleki motivasyon eksikliği	28,6000	2,66726		
	Yönetimsel olarak teşvik olmaması (Kongre ücreti, ek ödeme vb.)	31,4000	3,43835		
	Gerekli görmüyorum	28,0000	6,16441		
	Diğer	31,6667	3,21455		
Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti	Çalışma koşullarının yoğunluğu	16,4510	2,09106	1,211	,311
	Bilgi ve beceri yetersizliği	16,8889	1,45297		
	Mesleki motivasyon eksikliği	16,2000	1,47358		
	Yönetimsel olarak teşvik olmaması (Kongre ücreti, ek ödeme vb.)	17,6000	1,17379		
	Gerekli görmüyorum	17,7500	1,70783		
	Diğer	17,3333	2,08167		
Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	Çalışma koşullarının yoğunluğu	17,5098	1,70144	,817	,541
	Bilgi ve beceri yetersizliği	17,4444	1,33333		
	Mesleki motivasyon eksikliği	17,0000	1,41421		
	Yönetimsel olarak teşvik olmaması (Kongre ücreti, ek ödeme vb.)	18,1000	1,59513		
	Gerekli görmüyorum	18,2500	1,50000		
	Diğer	17,0000	1,00000		
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Çalışma koşullarının yoğunluğu	63,0784	6,66286	1,109	,362
	Bilgi ve beceri yetersizliği	63,5556	3,84419		
	Mesleki motivasyon eksikliği	61,8000	4,66292		
	Yönetimsel olarak teşvik olmaması (Kongre ücreti, ek ödeme vb.)	67,1000	4,20185		
	Gerekli görmüyorum	64,0000	9,12871		
	Diğer	66,0000	6,24500		

F: One Way ANOVA

p: Anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan katılımcıların bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre KDHYTÖ ve alt boyutlarının farklılaşmasını tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedeni ile KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre KDHYTÖ ve alt boyutları bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre değişmemektedir.

Tablo 5.19. Anlamlı değişkenlerle KDHYTÖ arasındaki ilişkiye yönelik bulgular (n: 92).

	KDHYTÖ
Eğitim Durumu	r ,276**
	p ,010
Bilimsel Toplantı ya da Kongreye Katılma	r -,305**
	p ,003
Bilimsel Araştırma Yapma	r -,311**
	p ,003
Araştırma Grubunda Çalışmacı Olarak Yer Alma	r -,289**
	p ,005
Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Kullanma	r -,407**
	p ,000
Uygulamalar İçin Eğitim Alma	r -,305**
	p ,003
Bilimsel Çalışma Yapma ya da Çalışma Grubuna Katılma İsteği	r -,205**
	p ,050

**r: Pearson Korelasyon katsayısı

p: Anlamlılık değeri<0.05

Anlamlı değişkenlerle KDHYTÖ arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yapılan analiz sonucunda KDHYTÖ ile araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alma arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki; bilimsel toplantı ya da kongreye katılma, bilimsel araştırma yapma, kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullanma, uygulamalar için eğitim alma arasında ise negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alma, bilimsel toplantı ya da kongreye katılma, bilimsel araştırma yapma, kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullanma ve uygulamalar için eğitim alma KDHYTÖ'yü negatif yönde etkilemektedir.

Tablo 5.20. Anlamlı değişkenlerle KDHYTÖ arasındaki ilişkinin gücüne yönelik bulgular.

	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Std. Hata	Beta		
(Sabit)	76,470	4,730		16,168	,000
Eğitim Durumu	1,362	,778	,172	1,749	,084
Bilimsel Toplantı ya da Kongreye Katılma	-2,617	1,218	-,207	-2,149	,034*
Bilimsel Araştırma Yapma	-,196	2,115	-,012	-,093	,926
Araştırma Grubunda Çalışmacı Olarak Yer Alma	-2,371	1,811	-,160	-1,310	,194
Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Kullanma	-4,420	1,483	-,367	-2,981	,004*
Uygulamalar İçin Eğitim Alma	1,144	1,625	,091	,704	,483
Bilimsel Çalışma Yapma ya da Çalışma Grubuna Katılma İsteği	-2,426	1,351	-,166	-1,796	,076
R			,559		
R²			,312		
F			5,454		
p			,000		

R: Modelin anlamlılık düzeyi

*p: Anlamlılık değeri<0.05

Anlamalı değişkenlerle KDHYTÖ arasındaki ilişkinin gücünün tespitine yönelik yapılan analiz sonucunda modelin anlamalı olduğu tespit edilmiştir ($R=,559$; $p=,000$). Anlamalı değişkenlerden bilimsel toplantı ya da kongreye katılma ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ'ye anlamalı bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ'ye etkisi daha fazladır ($\beta=-,367$) Anlamalı bulunan değişkenler, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını %31,2 düzeyinde etkilemektedir ($R^2=,312$).



6. TARTIŞMA

Hemşirelerde kanıta dayalı uygulama; bireysel hasta bakımına yönelik kararlarda, bilimsel yöntemle ulaşılan en iyi kanıtların, tecrübeler ve hastaların ihtiyaçlarıyla birleştirilerek hemşirelik bakımında kullanılması yaklaşımıdır (170).

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları yaşa göre değişmemektedir (Tablo 5.2.). Yıldırım 2018’de yaptığı çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre farklılık göstermediğini tespit etmiş, hemşirelerin yaşlarının kanıta dayalı uygulamalara etki etmediğini ifade etmiştir (168). Küçükoglu ve arkadaşlarının 2017’de acil serviste çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada da yaşın KDHYTÖ puan ortalamalarına etki etmediğini ifade etmişlerdir. Tüm bunlar çalışmamızı destekler niteliktedir (166). Hem çalışmamız hem literatürdeki diğer çalışmalar göstermektedir ki hangi yaş grubunda olursa olsun kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar ve katılımcıların bu tutumlara yönelik düşünceleri benzerdir. Bunların aksine Fu ve diğerlerinin 2020’de yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların yaşlarına göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini, 30 yaş veya altındakilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının 31 yaş veya üstündekilerden daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (171).

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları cinsiyete göre değişmemektedir (Tablo 5.3.). Çalışmamızı destekler nitelikte Yıldırım 2018’de yaptığı çalışmada hemşirelerin cinsiyet özelliklerine göre KDHYTÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak farklılık göstermediğini tespit etmiştir (168). Fu ve diğerlerinin 2020’de yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların cinsiyetlerine göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini, kadın ve erkeklerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının birbirine benzer olduğunu ifade etmişlerdir (171). Dikmen ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmalarında KDHYTÖ’nin inanç alt boyut puan ortalamaları dışında uygulama niyeti, hemşirelikle ilgili duygular alt boyutları ve KDHYTÖ toplam puanları arasında cinsiyet grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (165). Hemşirelerin cinsiyetine göre KDHYTÖ toplam puan ve alt boyut puanlarında farklılık görülmemesinin nedeni

hemşirelerin aldıkları eğitim ve yaptıkları işin cinsiyet ayrımı gözetmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Lisansüstü mezunlarının kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler alt boyutu toplam ortalamaları ön lisans mezunlarından daha yüksekken, lisans ve lisansüstü mezunlarının KDHYTÖ toplam ortalamalarının da ön lisans mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.5.). Yıldırım'ın 2018'de yaptığı çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunlarında en düşük ve lisans mezunu hemşirelerde en yüksek olmakla beraber eğitim derecelerindeki KDHYTÖ puanlarına etki etmediğini tespit etmiştir (168). Ancak Küçükoğlu ve arkadaşları (2017) ile Dikmen ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmalarında eğitim durumunun KDHYTÖ puan ortalamalarına etki etmediğini tespit etmiştir (166). Fu ve diğerlerinin 2020'de yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların eğitim düzeylerine göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini, farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcıların kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının birbirine benzer düzeylerde olduğunu ifade etmişlerdir (171). Bu durum ise lisans ve lisansüstünde verilen eğitimde ön lisansta verilen eğitime göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik daha fazla ayrıntı verilmesinden ve daha çok üzerinde durulduğundan kaynaklanmış olabilir.

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları mesleki çalışma yılına göre değişmemektedir (Tablo 5.6.). Yıldırım'ın 2018'de yaptığı çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ inanç alt boyutu puan ortalamalarının meslekte 1 yılını doldurmuş hemşirelerde daha fazla çalışma yılına sahip hemşirelere göre daha yüksek olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu tespit etmiştir (168). Martinez ve arkadaşlarının 2011'de yaptıkları çalışmada ise hastanede çalışma deneyimi 15 yıldan az olan hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamalarının 15 yıldan fazla olan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir (163). Küçükoğlu ve arkadaşları 2017'de yaptıkları araştırmada çalışma yılının KDHYTÖ puan ortalamalarına etki etmediğini saptamışlardır (166). Patelarou ve arkadaşları 2013'te yaptıkları araştırmada çalışmalarında daha kısa mesleki deneyimi olan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik pozitif tutumlara sahip olduğunu ifade etmişlerdir (167). Literatürde çalışmamızla benzer sonuca ulaşan çalışmalar bulunmakla beraber farklı sonuçlar olduğu da görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasına katılımcı grubunun farklı olması

neden olmuştur. Çalışmamızda farklı mesleki deneyimdeki bireyler bulunsada kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi ve tutumları benzerdir.

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları birime göre değişmemektedir (Tablo 5.7.). Yıldırım 2018 yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin, KDHYTÖ puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değerlerinin Dikmen ve arkadaşlarının 2019'da yoğun bakım hemşirelerinde yaptıkları çalışmalarındaki bulguları ile benzerlik göstermekte olduğunu ve hemşirelerin çalıştıkları sağlık kuruluşunun özelliğine ya da çalışılan birime bakılmaksızın kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının birbirine paralel olduğu şeklinde yorumlanabileceğini ifade etmiştir (168,165). Yine Dikmen ve arkadaşlarının 2019'da yaptıkları çalışmada hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puanın İnanç alt boyutunda olduğunu ve çalışmasında bu şekilde olduğunu ifade etmiştir. Ruzafa Martinez ve arkadaşlarının 2011'de İspanya'daki hemşirelerde yaptığı çalışmada, Dikmen ve arkadaşlarının 2019'da Türkiye'nin batısındaki hemşirelerde yaptığı çalışma ve Küçükoglu ve arkadaşlarının 2017'de Türkiye'nin doğusundaki hemşirelerde yaptığı çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında yaptığı çalışmanın KDHYTÖ puan ortalamalarının birbirine paralel olduğunu ifade etmiştir (163,165, 166). Bu durum hangi birimde çalışırsa çalışsın hemşirelerin işini aynı azim ve tutumla yaptığından, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarında birimlerine göre ayırım gözetmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları güncel bilgilerin hemşirelik bakımına yansıtılmasına göre, dernek üyeliğine göre ve katılımcıların bilimsel yayın ya da dergi okumalarına göre değişmemektedir (Tablo 5.8, Tablo 5.9, Tablo 5.10).Ancak Fu ve diğerlerinin 2020'de yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların güncel bilgilerini hemşirelik bakımına yansıtmasına ve bilimsel yayın ya da dergi okumasına göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini, güncel bilgilerini hemşirelik bakımına yansıtan ve bilimsel yayın ya da dergi okuyan katılımcıların kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemişlerdir (171). Ancak Orak ve diğerleri 2022'de yaptığı çalışma sonucunda dernek üyeliği bulunan katılımcıların kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular toplam ortalamalarının dernek üyeliği bulunmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak

anlamalı düzeyde yüksek olduğunu belirlemişlerdir (172). Bu sonuçtan hareketle hemşirelerin bilgilerinin güncel olmasının, bilimsel yayın ya da dergi okumalarının ve hemşirelerin bir derneğe üye olmalarının kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına etki etmediği, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kavramak ve tutumlarını geliştirmek için farklı durumlar gerektiği söylenebilir ancak açıklandığı gibi literatürde aksini iddia eden çalışmalarda bulunmaktadır.

Bilimsel toplantı ya da kongreye katılanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.11.). Benzer şekilde Orak ve diğerlerinin 2022’de yaptığı çalışma sonucunda bilimsel toplantı ya da kongreye katılanların KDHYTÖ, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşireliği uygulama niyeti, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular toplam ortalamalarının katılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamalı düzeyde yüksek olduğunu belirlemişlerdir (172). Bu sonuç bilimsel toplantı ya da kongrelere katılmanın hemşirelik açısından ne kadar değerli ve önemli olduğunu göstermektedir.

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları katılımcıların sertifikalı kursa katılmasına göre değişmemektedir (Tablo 5.12.). Orak ve diğerleri 2022’de yaptığı çalışma sonucunda sertifikalı kursa katılanların kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının istatistiksel olarak anlamalı bir farklılık göstermediğini katılan ve katılmayanların tutumlarının benzer düzeylerde olduğunu belirlemişlerdir (172). Bu durum sertifikalı kurslarda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik eğitimler olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Bilimsel araştırma yapanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.13.). Araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.14.). Ancak Orak ve diğerleri 2022’de yaptığı çalışma sonucunda bilimsel araştırma yapanların ve araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alanların kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum toplam ortalamalarının istatistiksel olarak anlamalı bir farklılık göstermediğini ve benzer düzeylerde olduğunu belirlemişlerdir (172). Bu sonuçlar bilimsel araştırma yapma ve araştırma grubunda çalışmacı olarak yer almanın hemşireler açısından önemini bize göstermektedir. Sonuç olarak sadece

teori de değil pratikte de uygulamalar yapıldığında inançlar, beklentiler, niyetler ve tutumlar da değişmektedir.

Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullananların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıtı dayalı hemşirelikle ilgili duygular puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.15.). Orak ve diğerleri de 2022’de yaptığı çalışma sonucunda kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmaya göre kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik uygulama niyeti toplam ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve kullananların uygulama niyetinin kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (172). Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarının kullananların doğal olarak bilgisi ve tecrübesi kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmayanlara göre daha fazla olması sonucunda, uygulamalara olan inancı, duyguları ve tutumları da daha fazladır.

Uygulamalar için eğitim alanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıtı dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.16.). Benzer şekilde Fu ve diğerlerinin 2020’de yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların uygulamalar için eğitim almasına göre kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini, uygulamalar için eğitim alan katılımcıların eğitim almayan katılımcılara göre kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (171). Bu sonuç uygulamalardan yararlanmak için ve iş hayatında kendine yarar sağlayacağını düşünmesi sebebiyle eğitim alanların uygulamalara olan inancının, niyetinin, beklentilerinin ve tutumunun daha fazla olduğunu bize göstermektedir.

Bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteği olanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.17.). Orak ve diğerleri de 2022’de yaptığı çalışma sonucunda bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğine göre kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum toplam ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve katılma isteği olanların tutumlarının katılma isteği olmayanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (172). Bu sonuç bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteği olan hemşirelerin diğerlerinden daha istekli olmasından dolayı kanıtı dayalı

uygulamalara yönelik inancı ve kendilerine sağlayacağı yarara yönelik beklentilerinin de daha yüksek olduğunu bize göstermektedir.

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre değişmemektedir (Tablo 5.18.). Orak ve diğerleri de 2022’de yaptığı çalışma sonucunda bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum toplam ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini ve nedeni ne olursa olsun tutumlarının benzer düzeylerde olduğunu belirlemişlerdir (172). Bu sonuç bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmemesinin nedeni ne olursa olsun böyle bir şey gerçekleşmediği için tutumlarında da bir değişim olmadığını bize göstermektedir.

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alma arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki; bilimsel toplantı ya da kongreye katılma, bilimsel araştırma yapma, kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullanma, uygulamalar için eğitim alma arasında ise negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.19.). Buna göre araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alma, bilimsel toplantı ya da kongreye katılma, bilimsel araştırma yapma, kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullanma ve uygulamalar için eğitim alma KDHYTÖ’yü negatif yönde etkilemektedir. Bilimsel toplantı ya da kongreye katılma ve kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ’ye anlamlı bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ’ye etkisi daha fazladır (Tablo 5.20.). Bu sonuç bilimsel toplantı ya da kongreye katılan ve kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanan hemşirelerin bu konudaki bilgi ve deneyimlerinin daha fazla olduğunu ve bunun sonucunda da KDHYTÖ’ye etkisinin diğerlerinden daha fazla olduğunu göstermektedir. Hemşirelikte kanıtı dayalı uygulama yapmak için bu konudaki bilgi ve kabiliyetlerin artırılması ve bilimsel verilere dayalı bakımın uygulanmasının önündeki engellerin kaldırılması gerekmektedir. Bilgi ve becerileri artırmak içinde devamlı kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmak gereklidir. Ancak Fu ve diğerleri 2020’de yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların güncel bilgilerini hemşirelik bakımına yansıtması ve hastane seviyesinin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğine istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir etkisinin

bulundugunu, yaşın kanıta dayalı hemşireliğe y6nelik tutum 6l6eğine ise istatistiksel olarak negatif y6nde anlamlı bir etkisinin olduğunu ifade etmiştir (171).



7. SONUÇ

Çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları yaşa göre değişmemektedir (Tablo 5.2.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları cinsiyete göre değişmemektedir (Tablo 5.3.).
- Lisansüstü mezunlarının kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler alt boyutu toplam ortalamaları ön lisans mezunlarından daha yüksekken, lisans ve lisansüstü mezunlarının KDHYTÖ toplam ortalamalarının da ön lisans mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.5.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları mesleki çalışma yılına göre değişmemektedir (Tablo 5.6.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları birime göre değişmemektedir (Tablo 5.7.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları güncel bilgilerin hemşirelik bakımına yansıtılmasına göre değişmemektedir (Tablo 5.8.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları dernek üyeliğine göre değişmemektedir (Tablo 5.9.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları katılımcıların bilimsel yayın ya da dergi okumasına göre değişmemektedir (Tablo 5.10.).
- Bilimsel toplantı ya da kongreye katılanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.11.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları katılımcıların sertifikalı kursa katılmasına göre değişmemektedir (Tablo 5.12.).

- Bilimsel araştırma yapanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.13.).
- Araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.14.).
- Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullananların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygular puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.15.).
- Uygulamalar için eğitim alanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler, kanıta dayalı uygulama niyeti puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.16.).
- Bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteği olanların KDHYTÖ ve alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5.17.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları bilimsel çalışma yapma ya da çalışma grubuna katılma isteğinin gerçekleşmeme nedenine göre değişmemektedir (Tablo 5.18.).
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alma arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki; bilimsel toplantı ya da kongreye katılma, bilimsel araştırma yapma, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanma, uygulamalar için eğitim alma arasında ise negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.19.)
- Bilimsel toplantı ya da kongreye katılma ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ'ye anlamlı bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ'ye etkisi daha fazladır (Tablo 5.20.).

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının ortalamasının fazlasıyla üzerinde olduğu dolayısıyla kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının oldukça yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Öneriler:

- Kanıta dayalı uygulamaların hemşirelikte daha çok kullanılması amacıyla kanıta dayalı uygulama süreçlerinin hemşirelik eğitiminde, klinik uygulamalarda ve akademik araştırmalarda daha çok yer verilmesi önerilmektedir.
- Yapılacak yeni araştırmalarda daha geniş bir örneklem grubuyla çalışmanın yapılması önerilmektedir.
- Yapılacak yeni araştırmalarda kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun farklı değişkenler açısından ele alınması önerilmektedir.
- Çalışmamız nicel yöntemlerle yapılmıştır. Yapılacak yeni çalışmalarda nitel görüşme yöntemi ile hemşirelerin düşüncelerinin daha detaylı bir şekilde ele alınması önerilmektedir.
- Bilimsel toplantı ya da kongreye katılma ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmanın KDHYTÖ'ye anlamlı bir etkide bulunduğu tespit edildiğinden dolayı hemşirelerin bilimsel toplantı ya da kongreye katılmaları ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullanmaları önerilmektedir.
- Araştırma grubunda çalışmacı olarak yer alanların kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları daha yüksek olduğu için hemşirelerin araştırma gruplarına katılmaları önerilmektedir.

8. KAYNAKÇA

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. Çetinkaya S. Pediatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeyleri ile ebeveynlerin aile merkezli bakımı değerlendirmesi, Atatürk Üniversitesi; 2019.
2. Emelgür N. Özel yetki belgesi olan hemşirelerin bakım kalitesi algısı ve iş doyumu, İstanbul Medipol Üniversitesi; 2017.
3. Tabakçioğlu M. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumları, Maltepe Üniversitesi; 2019.
4. Apaydın Cırık V, Efe E. Çocuk kliniklerinde primer hemşirelik bakım modelinin önemi, Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi, Bandırma, 2019.
5. Kara A. Aile merkezli bakım eğitiminin çocuk hemşirelerinin tutumlarına etkisi, Atatürk Üniversitesi; 2018.
6. Gürol A, Polat S. Pediatri Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı: Bir Sistematik Derleme, Ankara: Türkiye klinikleri; 2019, p. 63-70.
7. Ak B, Doğan Soykök B, Erdemir F. Pediatri Hemşirelerinin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları, Ankara: Türkiye klinikleri; 2019, p. 55-62.
8. Ayhan, Y., Kocaman, G., Bektaş, M. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği nin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2015;17(2-3): 21-35.
9. Hergül, F. K., Giersbergen, M. Y. Kontinan üriner diversiyonda kanıt temelli uygulamalar ve hemşirelik. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016;32(2): 153-165.
10. Kaplan Serin, E., Alp Dal, N., İkde Öner, Ö. A study of midwifery and nursing students' attitudes toward evidence-based nursing. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2020;8(2): 472-482.
11. Karakoç Kumsar, A., Polat, Ş., & Afşar Doğrusöz, L. Determining attitudes of nurses toward evidence-based nursing in a university hospital sample. Florence Nightingale Journal of Nursing, 2020;28(3): 268-275.
12. Kocaman, G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003;(2): 61-69.
13. Taş Arslan, F., Çelen, R. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi. STED, 2018;27(2): 99-106.
14. Youngblut, J. M., Broton, D. Evidence-based nursing practice: why is it important? AACN Clinical Issues, 2001;12(4): 468-476.
15. Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S., McNeilly, E. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. Journal of Advanced Nursing, 2007;57(3): 328-338.
16. Kara, M., Babadağ, K. Kanıta dayalı hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003;6(3), 96-104.
17. Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010. Sayı: 27515, T.C Resmi Gazete, Ankara. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> (Erişim Tarihi 24.09.2022).

18. Taş Arslan F., Özkan S. Pediatriye Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Ankara; Türkiye Klinikleri, 2019. p.71-6.
19. Erdemir F., Pınar G. Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi uygulamasındaki deneyimlerin çocuk hemşireliğinin çağdaş rol ve işlevlerine uygunluğu, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7(2): 66-75.
20. Baran, G. K., Atasoy, S., Şahin, S. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2020;7(3): 352-359.
21. Mazurek Melnyk, B. The Doctor of Nursing Practice Degree = Evidence-Based Practice Expert. Worldviews on Evidence-Based Nursing, sigma pubs 2016;13(3): 183-184.
22. Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E. (Eds.). Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice (Fourth Ed.). Wolters Kluwer; 2019.
23. Sari, M., Orhan, F. Kanıt piramidi açısından en önemli araştırma yöntemi: meta-analiz. ASEAD, 2019;6(8): 70-88.
24. Alving, B. E., Christensen, J. B., Thrysoe, L. Hospital nurses' information retrieval behaviours in relation to evidence based nursing: a literature review. Health Information and Libraries Journal, 2018; 35(1): 3-23.
25. De Steiger, R. N. Best evidence, but does it really change practice? BMJ Quality & Safety, 2020;29(5): 358-360.
26. Koehn, M. L., Lehman, K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. Journal of advanced nursing, 2008;62(2): 209-215.
27. French, P. The development of evidence-based nursing. Journal of Advanced Nursing, 1999;29(1): 72-78.
28. Durmaz, M., Burucu, R. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerin kanıt düzeyleri. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2019;4(3), 97-104.
29. Yurtsever, S., Altıok, M., Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2006;20(2): 159-166.
30. Yılmaz, M. Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005;9(1): 41-48.
31. Trammer, J.E., Squires, S., Brazil, K., Gerlach, J., Johnson, J., Muisiner, D., Factors that influence evidence-based decision-making. Canadian Health Action: Building on the Legacy, 1998;5(3):3-92.
32. Karagözoğlu Ş. Kanıt düzeyi yüksek araştırmaların hemşirelikte önemi. İçinde: 1. Uluslararası Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara: Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği İktisadi İşletmesi Yayınevi; 2017. p. 24-41.
33. Kerman, K.T., Bahar, Z., Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt çalışmaları. Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics, 2019;5(1):78- 83.
34. Evans, D., Hierarchy of evidence: A framework for ranking evidence evaluating healthcare intervention. Journal of Clinical Nursing, 2003;12(1):77-83.
35. Çakmakkaya, Ö.S. Kanıta dayalı tıp: temel kavramlar, öğrenme teorileri, eğitim yaklaşımları ve ölçme-değerlendirme yöntemleri ile ilgili derleme. Tıp Eğitimi Dünyası, 2021;20(60): 122-136.

36. Seçginli, S. Hemşirelikte Araştırma Kullanımı ve Kanıta Dayalı Uygulamalar. İçinde Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M. N. (Ed.), Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2018. p. 333-358.
37. Uysal, O. A. Kanıta dayalı tıp (KDT). Tıp Fakültesi Klinikleri, 2019;2(3): 83-89.
38. Ayhan, Y., Seren İntepeler, Ş. Yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modeli: kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2015;8(3): 195-202.
39. Pehlivan, Ş., Öztaş, D. Sağlık Personelinin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. 2. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi, 2018: 64-78.
40. Aslan, H., Pekince, H. Determining nursing students' evidencebased practice competencies and the effective factors. Medicine Science 2019;8(4): 957-62.
41. Başdaş, Ö., Özbey, H. Hemşirelik Öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2020;17(Ek Sayı): 32-7.
42. Erişen, M. A., Yeşildal, M., Akman Dömbekci, H. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. Journal of Social and Humanities Sciences Research, 2019;6(44), 3682-3689.
43. Küçük, Ö. E., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M., Kahveci, R. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017;4(2): 1-12.
44. Wentland, B. A., Hinderer, K. A. A. Nursing research and evidence-based practice fellowship program in a magnet®-designated pediatric medical center. Applied Nursing Research, 2020; 55 (151287): 1-8.
45. Yılmaz, D., Düzgün, F., Dikmen, Y. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;10(4): 713-719.
46. Durmuş, M., Gerçek, A., Çiftçi, N. Sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerinin kanıta dayalı tutum algıları üzerindeki etkisi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017;5(53): 648-661.
47. Güneş, Ü. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama sürecinin adımları. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, Spring, 2017;(9): 171- 187.
48. Usta, A. Evreleri İle bilimsel araştırma süreci ve raporlaştırılması. ASSAM Uluslararası Hakemli Dergisi, 2019;6(13): 85-115.
49. Çopur, E.Ö., Kuru, N., Seyman, Ç.C., Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2015;1(2): 51-55.
50. Çavuşoğlu, H. Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2007;27(3): 398-406.
51. Weng Y.H., Chen C, Kuo K.N., et al. Implementation of evidence-based practice in relation to a clinical nursing ladder system: A national survey in Taiwan. Worldviews EvidenceBased Nurs, 2015;12(1): 22-30.
52. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira G de A, Andrade RB, Masso GC. Competences and barriers for the evidence-based practice in nursing: An integrative review. Rev Bras Enferm, 2018;71(4): 2030-2038.

53. Zabaleta-del-Olmo E, Subirana-Casacuberta M, Ara-Pérez A, Escuredo-Rodríguez B, et al. Developing evidence-based practice questionnaire for community health nurses: reliability and validity of a Spanish adaptation. *J Clin Nurs.*, 2016;25(3–4): 505–517.
54. Karnick PM. Evidence-based practice and nursing theory. *Nurs Sci Q*, 2016;29(4): 283–284.
55. Sukkarieh-Haraty O, Hoffart N. Integrating evidence-based practice into a lebanese nursing baccalaureate program: challenges and successes. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 2017;14(1): 1–9.
56. Schaefer JD, Welton JM. Evidence based practice readiness: A concept analysis. *J Nurs Manag*, 2018;26(6): 621–629.
57. Horntvedt M-ET, Nordsteien A, Fermann T, Severinsson E. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Med Educ*; 18: 172, 2018.
58. White-Williams C, Patrician P, Fazeli P, et al. Use, knowledge, and attitudes toward evidence-based practice among nursing staff. *J Contin Educ Nurs*, 2013;44(6): 246–254.
59. Olsen NR, Bradley P, Espehaug B, et al. Impact of a multifaceted and clinically integrated training program in evidence-based practice on knowledge, skills, beliefs and behaviour among clinical instructors in physiotherapy: A non-randomized controlled study. *PLoS One*, 2015;10(4): 1–17.
60. Brooke JM, Mallion J. Implementation of evidence-based practice by nurses working in community settings and their strategies to mentor student nurses to develop evidencebased practice: A qualitative study. *Int J Nurs Pract*, 2016;22(4): 339–347.
61. Oh EG, Yang YL. Evidence-based nursing education for undergraduate students: A preliminary experimental study. *Nurse Educ Pract*, 2019;(38): 45–51.
62. Farokhzadian J, Nayeri N, Borhani F, Zare M. Nurse leaders' attitudes, self-efficacy and training needs for implementing evidence-based practice: Is it time for a change toward safe care? *Br J Med Med Res*, 2015;7(8): 662–671.
63. Friesen MA, Brady JM, Milligan R, Christensen P. Findings from a pilot study: Bringing evidence-based practice to the bedside. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 2017;14(1): 22–34,.
64. Pereira F, Pellaux V, Verloo H. Beliefs and implementation of evidence-based practice among community health nurses: A cross-sectional descriptive study. *J Clin Nurs*, 2018;27(9–10): 2052–2061.
65. Anderson CA. Evidence-based practice. In: Shay AF, editor. *Assistive Technology Service Delivery*. Elsevier; 2019. p. 189–201.
66. Ashktorab T, Pashaeypoor S, Rassouli M, Alavi-Majd H. Nursing students' competencies in evidence-based practice and its related factors. *Nurs Midwifery Stud*, 2015;4(4): 1–5.
67. Bowers B. Evidence-based practice in community nursing. *Br J Community Nurs*, 2018;23(7): 336–337.
68. Green A, Jeffs DA, Boateng BA, Lowe GR, Walden M. Evaluating evidence-based practice knowledge and beliefs through the e-learning EBP academy. *J Contin Educ Nurs*, 2017;48(7): 304–311.
69. Chiwaula, C. H. et al. "Introducing evidence based practice in nursing care delivery, utilizing the Iowa model in intensive care unit at Kamuzu Central Hospital, Malawi." *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2021;(14): 100272.
70. Wakibi S, Ferguson L, Berry L, Leidl D, Belton S. Teaching evidence-based nursing practice: A systematic review and convergent qualitative synthesis. *J Prof Nurs*, 2021;37(1): 135–148.

71. Rojjanasrirat W, Rice J. Evidence-based practice knowledge, attitudes, and practice of online graduate nursing students. *Nurse Educ Today*, 2017;(53): 48–53.
72. Cheng L, Feng S, Hu Y. Evidence-based nursing implementation in Mainland China: A scoping review. *Nurs Outlook*; 2017;65(1): 27–35.
73. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Zellefrow C, et al. The First U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 2018;15(1): 16– 25.
74. Fiset VJ, Graham ID, Davies BL. Evidence-based practice in clinical nursing education: A scoping review. *J Nurs Educ*, 2017;56(9): 534–541.
75. Fineout-Overholt E, Mazurek Melnyk B, Schultz A. Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 2005;21(6):335-344.
76. Brandt JA, Edwards DR, Sullivan, SC, Zehler JK, Grinder S, Scott KJ, Cook JH, Roper D, Dickey A, Maddox KL. An evidence-based business planning process. *Journal of Nursing Administration*, 2009;39(12):511-513.
77. Colyer H, Kamath P. Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 1999;29(1):188-193.
78. Stichler JF. Evaluating the evidence in evidence-based design. *Journal of Nursing Administration*, 2010;40(9):348-351.
79. Fineout-Overholt E., Mazurek Melnyk B, Stillwell SB, Williamson KM. Evidencebased practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. *AJN The American Journal of Nursing*, 2010;110(7) 47-52.
80. Swan BA, Lang NM, McGinley AM. Access to quality care: links between evidence, nursing language, and informatics. *School of Nursing Faculty Papers & Presentations*, 2004;22(6):324-332.
81. Erdoğan, S., Nahcivan, M., Esin, M. N. Hemşirelikte Araştırma; Süreç, Uygulama ve Kritik. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2014. p. 335-358.
82. Warren JI, McLaughlin M, Bardsley J, et al. The strengths and challenges of implementing EBP in healthcare systems. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 2016;13(1): 15–24.
83. Katowa-Mukwato P, Mwiinga-Kalusopa V, Chitundu K, et al. Implementing evidence based practice nursing using the PDSA model: Process, lessons and implications. *Int J Africa Nurs Sci*, 2021;(14): 100261.
84. Alqahtani N, Oh KM, Kitsantas P, Rodan M. Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 2020;29(1–2): 274–283.
85. Öztürk Çopur E, Kuru N, Canbolat Seyman Ç. Overview of evidence based practices in nursing. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2015;2(1): 51–55.
86. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 2016;(56): 128–140.
87. Karki S, Acharya R, Budhwani H, et al. Perceptions and attitudes towards evidence based practice among nurses and nursing students in Nepal. *Kathmandu Univ Med J*, 2017;13(4): 308–315.
88. Duncombe DC. A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *J Clin Nurs*, 2018;27(5–6): 1216–1226.

89. DuGan JE. "Keeping you in the know" the effect of an online nursing journal club on evidence-based knowledge among rural registered nurses. *CIN:Comput Informatics, Nursing*, 2019;37(4): 190-195.
90. Fritz RL, Wilson M. Evidence-Based Practice in Nursing. In: Sue Phelps LH, Wolf JP. (Editors). *The Intersection*. Elsevier: 2018, 1-17.
91. Rye M, Friberg O, Skre I. Attitudes of mental health providers towards adoption of evidence-based interventions: Relationship to workplace, staff roles and social and psychological factors at work. *BMC Health Serv Res*, 2019;19(1): 1-12.
92. Türe Yılmaz, A., Demirsoy, N. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2018;6(66): 108-120.
93. Burns, N., Grove, S.K. *Understanding nursing research*. (3rd ed.) Philadelphia: W.B. Saunders Co, 2003.
94. Pravikoff, D. S., Pierce, S. T., Tanner, A.. Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nursing Outlook*, 2005;53(1): 49-50.
95. Stokke, K., Olsen, NR., Espehaug, B., Nortvedt, M.W. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross sectional study. *BMC Nursing*, 2014;13(1): 1-10.
96. Türkyılmaz, R., Dokuzoğuz, B., Çokça, F., Akdeniz, S. Hastane İnfeksiyonları Tanımlar Hastane İnfeksiyonları El Kitabı. Hastane İnfeksiyonları Derneği Yayını. No:2, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2004.
97. Ayhan, Y., Kocaman, G., Bektaş, M. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği" nin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2015;17(2/3): 21-35.
98. Alperen, A., Oktay Şahin, A. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2022;14(1):149-59.
99. Arslan Yürümezoğlu, H., Kocaman, G. Hemşirelikte Araştırma Kullanımı ve Parih Kavramsal Çerçevesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008;12(3): 36-42.
100. Karaahmetoğlu, G. U., & Softa, H. K. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;21(4): 256-263.
101. Evcimen, H., İşcan Ayyıldız, N. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe İlişkin Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019;10(2): 141-146.
102. Karabulut, N., Gürçayır, D., Yaman Aktaş, Y. Hemşirelik Araştırma Tarihi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019;10(2), 121-128.
103. Cullum, N., Ciliska, D., Marks, S. Haynes, B. An Introduction to Evidence-Based Nursing. 2007;16(24): 1-8.
104. Daştan, B., Hintistan, S. Dahiliye Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Kırsal Bölge Örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2018;1(1): 1-9.
105. Kurt, E., Zaybak, A. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının İncelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2019;16(4), 276-281.

106. Pétré, B., Gillain, N., Jacqmin, N., Adriaenssens, J., Vandenbosch, K., Gillet, P., Stichele, R.V., Thienpont, G., Guillaume, M. Perception of Belgian Nurses About Evidence-Based Clinical Practice Implementation: A Focus Group Study. *Acta Clinica Belgica*, 2018;73(2): 110-118.
107. van der Goot, W. E., Keers, J. C., Kuipers, R., Nieweng, R. M.B., De Groot M. The Effect of a Multifaceted Evidence-Based Practice Programme for Nurses on Knowledge, Skills, Attitudes, and Perceived Barriers: A Cohort Study. *Nurse Education Today*, 2018;(63): 6-11.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı, 8 Mart 2010. Hemşirelik Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik%20y>
109. Simonetti, V., Comparcini, D., Miniscalco, D., Tirabassi, R., Di Giovanni, P., Cicolini, G. Assessing nursing students' knowledge of evidence-based guidelines on the management of peripheral venous catheters: A multicentre cross-sectional study. *Nurse education today*, 2019;(73): 77-82.
110. Arslan, S., Konuk Şener, D., Küçük, Ö. Pediatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2015;3(1): 1-9.
111. Çalışkan, F., Kaya, H. Preferred Information Sources for Clinical Practice by Nurses. *Journal of Human Sciences*, 2016;13(2): 3619-3628.
112. Abu-Baker, N.N., AbuAlrub, S., Obeidat, R.F., Assmaïran, K. Evidence-Based Practice Beliefs and Implementations: A Cross-Sectional Study Among Undergraduate Nursing Students. *BMC Nursing*, 2021;20(13): 1-8.
113. Baltacı, N., Tülek Deniz, H. Öğrencilerin Araştırmaya Yönelik Kaygıları, Bilişim Teknolojilerinden Yararlanma Durumları ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019;4(2): 60-68.
114. Özer Küçük, E., Kapucu, S. Hemşirelerin Disfaji Yönetiminde Kanıta Dayalı Rehber Kullanımına Yönelik Deneyimleri (Nitel Bir Çalışma). *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2021;8(1): 35-42.
115. Rahmayanti, E. I., Kadar, K. S., Saleh, A., Readiness, Barriers and Potential Strenght of Nursing in Implementing Evidence-Based Practice. *International Journal of Caring Sciences*, 2020;13(2): 1203-1211.
116. Jolley, J. Introducing Research & Evidence- Based Practice for Nursing and Healthcare Professionals (Hemşirelik ve Sağlık Bakımı Profesyonelleri İçin Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık; 2013.
117. Şahin Kürşad, M. Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum ve Epistemolojik İnanç Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(2), 217-246, 2015.
118. Dikmen, Y., Filiz, N. Y., Tanrıkulu, F., Yılmaz, D., Kuzgun, H. Attitudes of Intensive Care Nurses towards Evidence-Based Nursing. *International Journal of Health Sciences & Research*, 2018;8(1): 138-143.
119. Boström, A. M., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P., Wallin, L. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study. *BMC health services research*, 2013;13(1): 1-12.
120. Perry, L. Evidence-based nursing interventions warrant rigorous development methods. *Journal of advanced nursing*, 2011;67(3): 459.

121. Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. Key Steps in Implementing EvidenceBased Practice: Asking Compelling, Searchable Questions and Searching for the Best Evidence. *Paediatric Nursing*, 2002;(22): 262-266.
122. Jennings, B., Loan, L. A. Misconceptions among nurses about evidence-based practice. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 2001;33(2): 121–127.
123. Flodgren, G., Rojas-Reyes, M. X., Cole, N., Foxcroft, D. R. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012;(2), CD002212.
124. Shifaza, F., Evans, D., Bradley, H. Nurses perceptions of barriersandfacilitatorstoimplement EBP in theMaldives. *Advances in Nursing*, 2014.
125. Tatar Baykal, Ü., Harmancı Seren, A.K. Yönetim süreci ve hemşirelik hizmetleri örgütlenmesi, (Editör: Tatar Baykal, Ü; Ercan Türkmen E.).*Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, İstanbul: Akademi Basım; 2014.
126. Öztürk, A., Kaya, N., Ayık, S., Uygur, E., Cengiz, A. Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımında Engeller. *İstanbul Üniv Florence Nightingale Hemşire Yo Derg.*, 2010;18(3): 144-155.
127. Bane, J. Beliefs about evidence-based practice among new graduate nurses, *Walden University*; 2021.
128. Mackey, A. Bassendowski, S. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*, 2017;33(1): 51–55.
129. Dagne, A. H., Beshah, M. H. Implementation of evidence-based practice: The experience of nurses and midwives. *PLoS ONE*, 2021;16(8): e0256600.
130. Rye, M., Torres, E. M., Friborg, O., Skre, I., Aarons, G. A. The Evidence-based Practice Attitude Scale-36 (EBPAS-36): a brief and pragmatic measure of attitudes to evidence-based practice validated in US and Norwegian samples. *Implementation Science*, 2017;12(1): 1-11.
131. Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, et al. Iowa model of evidence-based practice: Revisions and validation. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 2017;14(3): 175–182.
132. Li S, Cao M, Zhu X. Evidence-based practice. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. Sep., 2019;98(39):e17209.
133. Yoo JY, Kim JH, Kim JS, Kim HL, Ki JS. Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. *PLoS One*, 2019;14(12): 1–15.
134. Buccheri RK, Sharifi C. Critical appraisal tools and reporting guidelines for evidencebased practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs* 2017;14(6): 463–472.
135. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. Redeveloping the JBI model of evidence based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2018;16(4): 227–241.
136. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *J Adv Nurs*, 2013;69(5): 1197–1209.
137. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Choy K. A Test of the ARCC© model improves implementation of evidence-based practice, healthcare culture, and patient outcomes. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 2017;14(1): 5–9.
138. Palas Karaca P, Şahin N. The use of Iowa Model on development of evidence-based care. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015;12(1): 2–6.

139. Küçükkaya, P. G. Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2010;1(3): 128-132.
140. Şenyuva, E. Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2016;24(1), 59-65.
141. Akarsu, R. H., Tunca, B., Alsaç, S. Y. Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;6(4), 275-279.
142. Güneri, S. E. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;4(3), 482-496.
143. Çelebi, D., Yılmaz, E. Cerrahi Hastalarda Enteral ve Parenteral Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;(7): 714-731.
144. Arslan Yürümezoğlu, H. Kanıta dayalı hemşirelik yönetimi uygulamalarının hemşire iş doyumunu örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi; 2012.
145. Yılmaz, E., et al. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve araştırma kullanımında algıladıkları engeller. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2018;15(4): 235-241.
146. Yinanç, S. B. Fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencileri ve fizyoterapistler arasında kanıta dayalı uygulamaya yönelik bilgi, tutum ve engeller, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi; 2022.
147. Kurucu, N. N. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile periferik venöz katetere bağlı flebiti önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişki, Başkent Üniversitesi; 2021.
148. Karapınar E. Dayanıklı çocuklar ve kanıta dayalı dayanıklı çocuk yetiştirme yöntemleri, İstanbul Üniversitesi; 2021.
149. Bulut M. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi ile ilaç uygulama-takip çizelgesi geliştirilmesi ve kullanımlarının nitel araştırma yöntemi ile değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021.
150. Bulut M. Cerrahi hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe ve tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının belirlenmesi, İstanbul Okan Üniversitesi; 2020.
151. Çevik, E. İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının etkisinin incelenmesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2021.
152. Toksöz, B. Y. Hemşirelerin kateter bakımında kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları, İstanbul Üniversitesi; 2022.
153. Şen, M. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu ile öğrenmeye yönelik inançları arasındaki ilişki, İstanbul Üniversitesi; 2021.
154. Gültop, F. Üniversite öğrencileri ve öğretim elemanlarının sağlık okuryazarlığı ve kanser farkındalığına kanıta dayalı halk sağlığı müdahale programının etkinliğinin değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi; 2021.
155. Kutlu, C. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde asistan hekimlerinin kanıta dayalı tıp farkındalık düzeyleri, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi; 2021.
156. Karacabay, K., Arslan, V. Cerrahi Kliniklerde Venöz Tromboemboliyi Önlemede Kanıta Dayalı Uygulamaların Kullanılma Durumlarının İncelenmesi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2022;13(32): 14622

157. Himmet, S. Cerrahi hemşirelerinin bireysel yenilikçilik ve profesyonellik düzeylerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına etkisi, İstanbul Medipol Üniversitesi; 2021.
158. Kaplan, Z. Kanıta dayalı tıp ile akılcı laboratuvar kullanım yönteminin hastane işlem maliyetleri üzerindeki etkisi: bir üniversite hastanesi uygulama örneği, Düzce Üniversitesi; 2020.
159. Şerment, S. Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi, Bahçeşehir Üniversitesi; 2019.
160. Şadi, E. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi; 2019.
161. Buyukozturk, S., Kilic Cakmak, E., Akgun, O. E., Karadeniz, S., & Demirel, F., Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2016.
162. Bahtiyar, A., & Can, B., An investigation of problem-solving skills of preservice science teachers, Educational Research and Reviews, 2016;11(23), 2108-2115.
163. Ruzafa-Martínez, M., López-Iborra, L., & Madrigal-Torres, M., Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2011;17(4), 664-670.
164. Tavşancıl, E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2002.
165. Habiballah, L. Attitudes of intensive care nurses towards pressure ulcer prevention. Clin Nurs Stud, 2018;6(3): 1.
166. Küçükoğlu, S., Bükecik, T., Aytekin, A., & Çelebi, A., Acil birimlerde çalışan hemşirelerin adli vakayla ilgili yaklaşımları ve kanıta dayalı uygulamaları. Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 2017;14(1): 1-8.
167. Patelarou, A. E., Patelarou, E., Brokalaki, H., Dafermos, V., Thiel, L., Melas, C. D., & Koukia, E., Current evidence on the attitudes, knowledge and perceptions of nurses regarding evidence-based practice implementation in European community settings: a systematic review. Journal of community health nursing, 30(4): 230-244.
168. Yıldırım, M. S., Yıldız, E. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumunun belirlenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 2020;3(2): 24-29.
169. Platin, N. Kanıta dayalı hemşirelik ülkemizde uygulanmaz. Neden? I. Uluslararası ve VIII. Ulusal hemşirelik kongresi kitabı, 2000. p. 23-26
170. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R., Richardson, W. S. Evidence based medicine: What is it and what isn't it? British Medical Journal, 1996;312(7023): 71-72.
171. Fu, L., Su, W., Ye, X., Li, M., Shen, J., Chen, C., ... & He, Y. (2020). Evidence-based practice competency and related factors among nurses working in public hospitals. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 57, 0046958020927876.
172. Orak, O. S., Emirza, E., & Gülırmak, K. (2022). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının meslek ve bilimsel etkinlik deneyimleri açısından incelenmesi. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 25-38.

9. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı 'Çocuk Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları'dır. Bu araştırmanın amacı çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının tespit edilmesidir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 110 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırma süresi boyunca verileriniz araştırmacının kişisel bilgisayarında araştırma sonuna kadar saklı tutulacaktır.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya v adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz. Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama yukarıda belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Yetkili veya yetkili altında bulunanlar için veli veya vasisin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tasdik eden kuruluş görevlisinin/görevlilerinin, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

EK-2. Sosyo Demografik Veri Formu

Sayın Meslekdaşımız;

Bu çalışmanın amacı ‘Çocuk Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları’ konusunda görüşlerini öğrenmektir. (Kanıt dayalı uygulama; bireysel hasta bakımına ilişkin kararlarda, bilimsel yöntemle elde edilen en iyi kanıtların, deneyimlerimiz ve hastalarımızın gereksinimleri ile birleştirilerek hemşirelik bakımında kullanma yaklaşımıdır.) Çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Destğiniz ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

EK I.

SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLER İÇİN VERİ TOPLAMA FORMU

- 1) Yaşınız?
- 2) Cinsiyetiniz?
☐ Kadın ☐ Erkek
- 3) Eğitim durumunuz?
☐ Sağlık meslek lisesi
☐ Ön lisans mezunu
☐ Lisans mezunu
☐ Yüksek lisans mezunu
☐ Doktora mezunu
- 4) Hemşirelik mesleğinde kaçınç yılınız?.....
- 5) Çalıştığınız birim?
☐ Çocuk servisi
☐ Çocuk yoğun bakım ünitesi
☐ Yeni doğan yoğun bakım ünitesi
☐ Çocuk acil servisi
- 6) Çalıştığınız birimde hemşirelik ile ilgili güncel bilgiler hemşirelik bakımına yansıtılıyor mu?
☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Çok az ☐ Hayır
- 7) Hemşirelik ile ilgili herhangi bir dernek üyeliğiniz var mı?
☐ Evet (belirtiniz).....
☐ Hayır

8.) Hemşirelik mesleği ile ilgili herhangi bir bilimsel yayın veya dergi okuyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise belirtiniz.....

9.) Hemşirelik ile ilgili herhangi bir bilimsel toplantı veya kongreye katıldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise belirtiniz.....

10.) Hemşirelik ile ilgili sertifikalı bir kursa katıldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise belirtiniz.....

11.) Hemşirelik ile ilgili doğrudan kendiniz herhangi bir bilimsel araştırma yaptınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise belirtiniz.....

12.) Hemşirelik ile ilgili bir araştırma grubunda çalışmacı olarak yer aldınız mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise belirtiniz.....

13.) Kanıta dayalı hemşirelik uygulaması kavramından ne anlıyorsunuz ?

.....

.....

14.) Kliniğinizde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise hangi uygulamaları kullanıyorsunuz?

.....

15.) Bu uygulamalar için eğitim aldınız mı?

☐ Evet (belirtiniz).....

☐ Hayır

16.) Çalıştığınız alanda bilimsel bir çalışma yapmak ya da çalışma grubuna katılmak ister misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır(Nedeni belirtiniz.)
.....
.....

17.)Alanda çalışan bir hemşire olarak bilimsel bir çalışma yapmamanın/çalışma grubuna katılmamanın size göre nedenleri nelerdir ?

☐ Çalışma koşullarının yoğunluğu

☐ Bilgi ve beceri yetersizliği

☐ Mesleki motivasyon eksikliği (Açıklayınız.)
.....
.....

☐ Yönetimsel olarak teşvik olmaması (Kongre ücreti, ek ödemevb.)

☐ Gerekli görmüyorum.

☐ Diğer
.....
.....

18.)Önerileriniz

.....
.....
.....

EK 3. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

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

NO	Madde	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
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 çalışmalarında 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 özenli 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 yardım eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarına entegre etmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5

EK 4. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği İzin Belgesi

Türkçe'ye uyarladığımız “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” çalışmanızda kullanma isteğinizin bizi çok memnun ettiğini belirterek teşekkür eder, çalışmanızda başarılar dileriz. “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire-EBNAQ) Ruzafa-Martinez, Lopez-Ibaorra ve Madrigal-Torres (2011) tarafından İspanya’da çalışan hemşirelerle geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği ve güvenirliği ise İzmir ilinde üç hastanede (Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi ve Özel Hastane) çalışan hemşirelerle yapılmıştır. Ölçeğe ilişkin makalemizin, yayımlanmış olduğunu ve olası bir değişiklik konusunda sorumluluğun size ait olmak üzere ölçeği kullanabileceğinizi bildirmek isteriz. Ölçeğin Türkçe versiyonuna ait izin yanında, ölçeği geliştiren yazarlardan da izin alınması gerekmektedir. Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2015; İlgi ve desteğinize teşekkür eder, veri tabanınızı göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.	
Araştırmacılar:	
Araştırma başlama tarihi:	Kurum:
Araştırma bitiş tarihi:	Email:
Örneklem Sayısı ve Özellikleri	
Araştırmanın/Projenin Amacı:	
*Bu belgeyi imzalayarak, KDHYTÖ ile ilgili verileri ve örneklem özelliklerini paylaşmayı kabul ediyorum. Bu belgeyi bütün araştırmacıların imzalamaları gerekmektedir.	
Tarih:	
Lütfen, bu belgeyi doldurduktan sonra aşağıdaki mail adresine gönderiniz. Yasemin AYHAN ÖNCÜ Burdur Mehmet Akif ERsoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Merkez/Burdur	

EK 5. Etik Kurul



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 448

06.11.2022

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Evidence-Based Nursing Practices of Nurses Working in Pediatric Clinics.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Dr.Öğr.Üyesi Rabia KEÇİALAN
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Hemşire Veysi KARAKAŞ
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi.

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2022/303	Tarih (Date) 22.11.2022
	Dr.Öğr.Üyesi Rabia KEÇİALAN'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu
Prof. Dr. Mehmet Hayri ERKOL (Başkan)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ (Başkan Yardımcısı)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Akif Hakan KURT (Bildirimlerden Sorumlu Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fak.
Doç. Dr. Hamit YOLDAŞ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Abdulgani KAYMAZ (Üye)	Göz Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Kübra DEĞİRMENÇİ (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi
Doç. Dr. Birgül CERİT (Üye)	Hemşirelik Bölümü	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KOCAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Aysu KIYAN (Üye)	Halk Sağlığı	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Farmakolog/Eczacı	Özel Eczane (BOLU)
Uzm. Dr. Hümeysra ÇELİK (Üye)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)

EK 6. Kurum İzinleri



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi



Sayı : E-68246970-799
Konu : Veysi KARAKAŞ'ın Çalışma İni

Sayın Veysi KARAKAŞ

İlgi : VEYSİ KARATAŞ'ın 03/11/2022 tarihli dilekçesi.

"Çocuk Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları " konulu çalışmanızı etik kurul izni ve Sağlık Müdürlüğü onayı almanız ve bu belgeleri eğitim birimize bildirmeniz durumunda, kurumumuzda yürütmeniz uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Mehmet COŞGUN
Başhekim

42704585



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
A.L.B.Ü. İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
04/11/2022 14:23 - E-33443051-903.99 - 3394



Sayı : E-33443051-903.99
Konu : Tez Çalışma izin
onayı-H134179-Veysi KARAKAŞ

Sayın Veysi KARAKAŞ
(Hemşire)

İlgi : Hemşire-Veysi KARAKAŞ'ın 04/11/2022 tarihli dilekçesi.

İlgi dilekçe ile " Çocuk Kliniğinde çalışan Hemşirelerinin kanıta dayalı Hemşirelik Uygulamaları
" konulu yüksek lisans tez çalışma için izin başvuru talebiniz ;

Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Muhammed Nur ÖGÜN
Başhekim

Ek: 1 Dilekçe ve ekleri -9 sayfa

...ve elektronik imza ile onaylanmıştır.

Yerleşim

EK-7. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgeleri

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	PASHB.EAGB.FR.004.00	
		Yayın Tarihi	8.03.2019	
		Revizyon No	00	
		Revizyon Tarihi	İlk Yayın	
		Sayfa No	1/1	

Araştırma Sahibinin					
Adı Soyadı	:	Dr. Öğretim Üyesi Rabia KEÇİALAN			
Kurum / Üniversite	:	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi			
Araştırma Yapılacak İller	:	Bolu			
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	:	BAİBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzzet Baysal Devlet Hastanesi			
Araştırmanın Konusu	:	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları			
Araştırma Statüsü	Tezsiz Yüksek Lisans Projesi	☐	Doktora Tezi	☐	
	Lisans Bitirme Projesi	☐	Uzmanlık Tezi	☐	
	Yüksek Lisans Tezi	☒	Bireysel Araştırma Projesi	☐	
	Diğer ise, belirtiniz.				
Sağlık Tesisleri Ön İzin Formu	Var	☒	Yok	☐	
Başvuru Belgeleri	Dilekçe	Var	☒	Yok	☐
	Etik Kurul Kararı	Var	☒	Yok	☐
	Üniversite / Kurum Talebi	Var	☒	Yok	☐
	Araştırma Yöntemi Örneği	Var	☒	Yok	☐
	Araştırma Detay Formu	Var	☒	Yok	☐
	Kurumsal Kimlik Belgesi	Var	☐	Yok	☐
	Bütçe Formu	Var	☐	Yok	☐
Veri Toplama Araçları	Sosyo Demografik Veri Formu, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği				
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	10.12.2022-05.01.2023				
Görüş İstenilecek Birimler					
Komisyon Görüşü					
Bilimsel çalışmanızda kullanmanız için gerekli olan bilgi ve verileri kurumun kurallarına uyararak kapsam dışı hiçbir veri toplamamanız, veri toplarken kurumun ve kişilerin mahremiyetinin korunmasına dikkat ederek kullanmanız şeklinde uygun görülmüştür.					
Komisyon Kararı	Oybirliği ile alınmıştır.				
Muhalef Üye(ler)in Adı Soyadı	Gerekçesi				

Tarih: 07 / 12 / 2022



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BOLU ÖZLÜK İŞLERİ
BİRİMİ
12/12/2022 08:41 - E-38244951 - 604.01.01 - 12337
00180353350

Sayı : E-38244951-604.01.01
Konu : Dr.Öğr.Üyesi Rabia KEÇİALAN'ın
Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalında görevli Dr.Öğr. Üyesi Rabia KEÇİALAN sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Hemşire Veysi KARAKAŞ tarafından yürütülmesi planlanan "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları" başlıklı yüksek lisans tezi çalışmanın Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.Araştırma Valilik Oluru ve Bilimsel Araştırma Komisyon Kararı yazımız ekinde sunulmuş olup, kişiye gerekli bilgilendirmenin yapılarak araştırmayı başlatmak üzere sağlık tesisinizin eğitim birimine başvurusunun sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Mehmet BALCI
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- Dr.Öğr.Üyesi Rabia KEÇİALAN'ın Araştırma Valilik İzni
2- Dr. Öğr.Üyesi Rabia KEÇİALAN'ın Araştırma Valilik Oluru

Dağıtım:
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi
Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

EBE





T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BOLU ÖZLÜK İŞLERİ

BİRİM

08/12/2022 14:00 E-38244951 - 604.01.01 - 12301



00180192822

Sayı : E-38244951-604.01.01
Konu : Dr.Öğr.Üyesi Rabia KEÇİALAN'ın
Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalında görevli Dr.Öğr. Üyesi Rabia KEÇİALAN sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Hemşire Veysi KARAKAŞ tarafından yürütülmesi planlanan "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları" başlıklı yüksek lisans tezi çalışmanın Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde bahse konu araştırmanın yapılmasını tensipleriniz arz ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Muhammed Emin DEMİRKOL
İl Sağlık Müdürü

OLUR
Abdullah ŞEN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek: Dr. Öğr.Üyesi Rabia KEÇİALAN'ın Araştırma Valilik Oluru

~~Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.~~
E-Posta: yasemin.komurcu@bolu.edu.tr
81/59 e-