HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Esra Şadi
171502203

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Aralık, 2019

HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Esra Şadi
171502203
Orcid: 0000-0001-8023-9684

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Aralık, 2019



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Esra ŞADİ' nin "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumların Belirlenmesi" başlıklı tezi 15.01.2020 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Seher YURT	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Meftun AKGÜN	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Demet AVCI ALPAR	.....

Prof. Dr. Belma AKŞİT

Enstitü Müdürü V.

maltepe üniversitesi	ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	1/1

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

15/01/2020

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Esra Şadi

Hazırlayan	Kalite Koordinatörü	Kurumsal Yetkili
İlgili Birim	Dr. Öğr. Üyesi Şafak GÜNDÜZ	Prof. Dr. Belma AKŞİT

(Doküman No: FR-178; Yayın Tarihi: 01.03.2018; Revizyon Tarihi: ; Revizyon No:00)

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bana ışık olan, desteğini hiçbir koşulda esirgemeyen tez danışmanım Sayın Dr.Öğr.Üyesi Seher Yurt'a, lisans eğitimim ve çalışma hayatım boyunca meslektaşlık gururunu taşımama vesile olan, azmi, becerisi, bilgi ve karakteriyle örnek aldığım hocam Sayın Doç.Dr.Selma Söyük'e ve Doç.Dr.Arzu Kader Harmancı Seren'e, tez sürecinde tanıştığım, bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren Sayın Dr.Öğr.Görevlisi Nurcan Kolaç'a, lisansüstü eğitim sürecim boyunca bana destek olan sevgili eşim Barış Şen'e, bugün burada olabilmemin asıl sebebi aileme, çalışmama gönülden katılan Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarına ve her konuda yardımını esirgemeyen hemşirelik hizmetleri müdürlüğüne sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra Şadi

Aralık, 2019

ÖZ

HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Esra Şadi
Yüksek Lisans Tezi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr.Öğr.Görevlisi Seher Yurt
Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019

Bu çalışmada, hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlandı. Tanımlayıcı olarak planlanan çalışmanın örneklemini, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan ve gönüllü olan 92 hemşire oluşturdu. Araştırma Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Verilerin toplanmasında 16 soruluk 'Sosyodemografik Bilgi Formu' ve 15 soruluk 'Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği' kullanıldı, her katılımcı için yaklaşık 10 dakika süren anketlerin doldurulmasından sonra araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları dağılımı 18-30 yaş arasıdır ve bu yaş grubu hemşirelerin %81.5'ini oluşturmaktadır. Hemşirelerin %67.4'ünün evli, %21.7'sinin lisans mezunu, %82.6'sının 10 yılın altında görev yaptığı, %71.7'sinin vardiyalı çalıştığı, %91.3'ünün bilimsel dergiye üye olmadığı, %88'inin mesleki derneğe üye olmadığı, %53.3'ünün eğitim hayatında kanıta dayalı uygulama dersi almadığı, %88'inin bilimsel araştırmaya katılmadığı ve %62'sinin çalıştıkları kurumda kanıta dayalı uygulamaya yönelik hizmet içi eğitim almadığı belirlendi. Hemşirelerin 'Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği' toplam puan ortalaması 51.33 ± 5.18 bulundu. Hemşirelerin 'Kanıta Dayalı Hemşirelik İnanç ve Beklentiler' alt boyutu puan ortalaması 30.51 ± 4.36 bulundu. Hemşirelerin 'Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Uygulama Niyeti' puan ortalaması 12.69 ± 2.65 ve 'Kanıta Dayalı Hemşirelikle ilgili Duygular' alt puan ortalaması 8.13 ± 3.70 bulundu. Hemşirelerin evli olması, eğitim durumları, görev süresi, hizmet içi eğitim almamaları, bilimsel araştırmaya katılmaları ve eğitim hayatlarında kanıta dayalı uygulama dersi almış olmaları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi($p<0.05$). Araştırma sonucuna göre; hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları orta düzeyde bulundu.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı uygulama, tutum, hemşire.

ABSTRACT

DETERMINING THE ATTITUDES OF NURSES TOWARDS EVIDENCE-BASED PRACTICES

Esra Şadi
Master Thesis
Department of Surgical Nursing
Surgical Nursing Programme
Thesis Advisor: Asst.Prof.Seher Yurt
Maltepe University Institute of Health Sciences, 2019

This study was aimed to determine the attitudes of nurses towards evidence-based nursing practices. The sample of the study, which was planned as descriptive, consisted of 92 volunteers working at Maltepe University Medical Faculty Hospital. The research was carried out between February-April 2019. Results A 16-item 'Sociodemographic Information Form' and a 15-item 'Evidence Based Nursing Attitude Scale' were used. The distribution of the age groups of the nurses participating in the research is between 18-30 years and this age group constitutes 81.5% of the nurses. 67.4% of the nurses were married, 21.7% were undergraduate graduates, 82.6% were working under 10 years, 71.7% were working shifts, 91.3% were not members of scientific journals, 88% were not members of professional associations. It was determined that 53.3% did not take evidence-based practice courses in education, 88% did not participate in scientific research and 62% did not receive in-service training for evidence-based practice in their institution. The total average scores of nurses' attitudes towards' Evidence Based Nursing' were found 51.33±5.18. The total average scores of nurses' 'Evidence-Based Nursing Beliefs and Expectations' subscale of the nurses was 30.51±4.36. The total average scores of nurses' attitudes towards' Evidence Based Nursing' were found 51.33±5.18. The total average scores of nurses' Emotions about Evidence-Based Nursing were found 8.13±3.70. The total average scores of nurses' Evidence Based Practice Intent to were found 12.69±2.65. There were a significant relationship between the attitudes towards evidence-based nursing and the fact that the nurses were married, their educational status, duty period, not receiving in-service training, participating in scientific research and having taken evidence-based practice courses in their educational lives ($p<0.05$). According to the results of the research; nurses' attitudes towards evidence-based nursing were found to be moderate.

Keywords: Evidence-based Practice, attitude, nurse.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI iv
İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ vii
ABSTRACT viii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ ix
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Problem ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Varsayımlar 4
1.4. Sınırlıklar 4
1.5. Tanımlar 5
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 7
2.1. Kanıt Nedir?. 7
2.2. Kanıta Dayalı Uygulama Nedir? 7
2.3. Kanıta Dayalı Uygulamanın Tarihçesi 8
2.4. Kanıta Dayalı Uygulamanın Adımları 8
2.5. Kanıta Dayalı Tıp Nedir? 10
2.6. Kanıta Dayalı Hemşirelik Nedir? 11
2.7. Niçin Kanıta Dayalı Uygulamaya İhtiyaç Duymalıyız?. 12
2.8. Kanıta Dayalı Uygulamanın Hemşireliğe Yararları Nelerdir?. 14
2.9. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Önündeki Engeller Nelerdir? 15
2.9.1. Örgütsel Engeller 16
2.9.2. Bireysel Engeller 16
2.9.3. Kurumsal Engeller 18
2.10. Türkiye'de Kanıta Dayalı Hemşireliğin Durumu Nedir? 20
2.11. Hemşirelerin Bilime Yönelik Bakış Açısı. 22
2.12. Hemşirelik Eğitiminde Kanıta Dayalı Uygulamanın Yeri…… 23
2.13. En İyi Kanıt Nasıl Elde Edilir? 26
2.13.1. Kanıt Hiyerarşisi 27
2.13.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik ile İlgili Kanıt ve Araştirmalara Nereden .....
Ulaşabiliriz? 29
BÖLÜM 3. YÖNTEM 30
3.1. Araştırma Modeli 30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi 30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 30
3.4. Araştırmanın Süre ve Olanakları 30
3.5. Araştırmanın Etik İlkeleri 30
3.6. Araştırmanın Değişkenleri 31
3.6.1. Bağımlı Değişkenleri 31
3.6.2. Bağımsız Değişkenleri 31

3.7. Veriler ve Toplanması 31
3.7.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği 31
3.7.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutları. 32
3.7.2.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler Alt boyutu 32
3.7.2.2. Kanıta Dayalı Hemşirelikle ilgili Duygular Alt Boyutu 32
3.7.2.3. Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti Alt Boyutu 32
3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 33
3.9. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 33
3.10. Güvenilirlik Analizi 33
BÖLÜM 4. BULGULAR VE TARTIŞMA 34
4.1. Bulgular 34
4.2. Tartışma 40
BÖLÜM 5. SONUÇ VE ÖNERİLER 45
5.1. Sonuç 45
5.2. Öneriler 45
EK'LER 47
EK 1. Etik Kurul İzin Belgesi 47
EK 2. KDHYTÖ Kullanım İzin Belgesi 48
EK 3. Çalışmaya Katılım Onam Formu 50
EK 4. Sosyodemografik Bilgiler İçeren Anket Formu 52
EK 5. Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçeği 53
KAYNAKÇA 55

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Joanna Briggs Enstitüsü Kanıt Düzeyi Sınıflaması 26

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....32

Tablo 3. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....36

Tablo 4. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalaması ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....37

KISALTMALAR

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

ICN (International Council of Nurses): Uluslararası Hemşireler Birliği

IOM (The Institute of Medicine): Tıp Enstitüsü

KDU: Kanıta Dayalı Uygulama

KDT: Kanıta Dayalı Tıp

KDH: Kanıta Dayalı Hemşirelik

KDHY: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik

KDHYTÖ: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

TDK: Türk Dil Kurumu

ÖZGEÇMİŞ

Esra Şadi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Eğitim

Yüksek Ls.	2019	Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Pedagoji	2017	İstanbul Üniversitesi, Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi
Lisans	2011	İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Lise	2005	Fatih Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

2011- 2019	Genel Cerrahi-İstanbul Tıp Fakültesi
2016- 2019	Meslek Öğretmeni-Özel SML
2009- 2010	Ortopedi-Bakırköy Acıbadem Hastanesi
2008- 2009	Göğüs Hastalıkları-İstanbul Tıp Fakültesi

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

26.03.2019	Maltepe Üniversitesi, International Student Congress, Oral Presentation, MUİSC'19 (Lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalar hakkındaki görüşleri)
Üyelikler	Türk Hemşireler Derneği

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı	: Terme, 1987 Cinsiyet: K
Yabancı diller	: İngilice (Orta)-Almanca (Orta)
GSM / e-posta	: sadiesra8755@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1. Problem ve Önemi

Bugün Türk Dil Kurumu tarafından "*İnsan aklının erebileceği olgu, gerçek ve ilkelerin bütünü*" olarak tanımlanan bilgi, geçmişten günümüze gelirken bir çok tarihsel gelişimden geçmiştir (Uçak, 2010). İnsan ürünü olan bilginin süreci sonsuzdur. Her meslek içinde bulunduğu çağa ayak uydurmak, bilim ve bilim ürünü ile tanışmak durumundadır. Hemşirelik, uygulamalara yönelik bilimdir (Aştı, 2002). Belli araştırmalar ve yöntemler sonucunda üretilen ve aksi ispatlanıncaya kadar doğru kabul edilen bilgiye ise bilimsel bilgi denir (Erdem, 2014; Mengüşoğlu, 1988). Hemşirelik ve tıp eğitiminin temelini bilimsel bilgiler oluşturmaktadır (Aştı, 2002). Bilimsel araştırmanın temelinde ise ispat vardır ve kanıtlama ölçülüp gözlenebilir olmalıdır (Erdem, 2014).

Kanıta Dayalı Uygulama (KDU) ; bilimsel araştırma sonuçları ile kanıtlanmış bilginin, klinik deneyim, hastanın gereksinim ve tercihleriyle bütünleştirilip, hastanın en çok yararına olacak şekilde hemşirelik uygulamalarına entegre edilerek, problem çözme becerisidir (Güner Küçükkaya, 2010; Kara ve Babadağ, 2003; Kocaman, 2003; Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford ve Kaplan; 2012; Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg ve Haynes, 2000). Kanıta dayalı uygulama, hemşirelik biliminde hızla artan araştırmaların ve bu araştırma sonuçlarının kliniklerde uygulamaya dönüştürülmesidir (Andrae, Aune ve Braend, 2016).

Kanıta dayalı hemşirelik 1800'lerde Florence Nightingale ile başlayıp, gelişen tıp ile birlikte hemşirelik bakımında da kendini geliştirme disipliniyle devam etmektedir (Mackey ve Bassendowski, 2017). Türkiye'de ilk olarak 2000 yılında Platin tarafından '*Kanıta Dayalı Hemşireliğin Uygulama Engelleri'* ele alınarak gündeme gelmiştir (Kocaman, 2003; N.Ovayolu, Kaplan ve Ö.Ovayolu, 2009). Hemşirelerin araştırma bilgisi arayışında mevcut koşulların seyrini değiştirmek için insiyatif kullanmaları çok önemlidir (Mackey ve Bassendowski, 2017). Bu bağlamda kanıta dayalı uygulama

hemşirelerin otonomi kazanmaları için gerekli yetki arayışlarına yeni bir alternatif olmuştur.

Hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında beklenmedik şekilde ortaya çıkan hataya tıbbi hata denir (Akgün, 2014; Karataş ve Yakıncı, 2010). Hemşirelerin bakımda ihmallerinin olması, yanlış tedavi uygulamaları, bilgi ve beceri eksiklikleri hastaya fiili zarar veren bir durumdur ve tıbbi hata olarak kabul edilir (Tanık, Sarıbay ve Baba; 2018). Hastaya yapılan işlemlerde tıbbi hataların giderek artması ve hastaların hemşirelerden daha çok bilgi istemesi yapılan her türlü işlemde kanıtı zorunlu tutmuştur (French, 2002; Kocaman, 2003; Yurtsever ve Altıok, 2006). Kanıta dayalı kavramı sağlık sisteminde önemli bir konu olmasına rağmen kanıta dayalı terimi hala birçok hemşire ve sağlık çalışanı tarafından bilinmemektedir (Akbulut ve Bayın, 2012; Kara ve Babadağ, 2003; Kocaman, 2003).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2012 yılında Hemşireleri göreve davet etmiş, yapılan her türlü bakımda kanıta dayalı uygulamanın önemini vurgulamış ve yılın temasını "*Boşluğu doldurmak - Kanıttan eyleme*" olarak belirlemiştir (Öztürk Çopur, Kuru ve Canbolat Seyman, 2015). Her ülke kanıta dayalı hemşireliği desteklemek adına farklı yapısal düzenlemeler ve roller üstlenmiştir (Harvey ve diğerleri, 2019).

BARRIERS ölçeğini kullanan 6 tez ve 39 makalenin incelendiği bir araştırmada hemşireler için en belirgin engellerin; araştırmaları okumak ve araştırma yapmak için zamanlarının olmamaları, uygulamaları değiştirmek için yetkilerinin olmaması, uygulama için yeterli olanaklarının olmaması ve araştırma sonuçlarında ki istatistiksel değerleri anlamaması olarak bildirilmiştir (Boström, Kajermo, Nordstrom ve Wallin, 2008). Literatür hemşirelerin araştırma bulgularını anlamadıkları, araştırmalardan haberdar olmadıkları, araştırmalara inanmadıkları, okumadıkları ve kendilerine rol model bulamadıkları yönündedir (Öztürk, Kaya, Ayık, Uygur ve Cengiz, 2010; Yılmaz, 2015).

Hemşirelik mesleğinin lisans seviyesine yükselmesiyle, üniversitelerde de ders olarak kanıta dayalı uygulamalara yer verilmeye başlanmıştır. Lisans öğrencilerine yapılan bir çalışma; öğrencilerin %97.3'ünün literatür taramayı bildiği ve %94.7'sinin kanıta dayalı uygulamalara inandığı yönündedir (Özer Küçük, Çakmak, Kapucu, Koç ve

Kahveci, 2017). Yılmaz ve Gürler (2017) yaptıkları araştırmada, hemşirelerin hasta bakımlarını neye göre yaptıklarını incelemiş ve hemşirelerin %75.5'inin eğitim sırasında aldıkları bilgiyi kullandıkları, %26.1'inin kişisel deneyimlerini ve sadece %4.04'ünün araştırma sonuçlarını kullandığını belirtmişlerdir. Dugan (2019) ise yaptığı araştırmada hemşirelerin uygulamada ki boşlukları belirleme ve delilleri analiz etme yeteneğinin iyi olduğunu belirtmiştir.

İnsanın en temel ihtiyacını oluşturan bütüncül sağlık bakımından görevli hemşirelerin; kanıta dayalı uygulamalar ile bilgi seviyeleri arttırılmalı, becerileri geliştirilmeli, araştırmaları eleştirel olarak değerlendirebilme, geliştirebilme ve uygulamaları bilimsel temellere dayandırabilme kültürünün oluşturulması sağlanmalıdır. Bu nedenle kanıta dayalı uygulamalar, hemşirelik eğitiminde derslere entegre edilmesinin yani sıra, hizmet içi eğitimler ve oryantasyon programlarında da yer almalıdır (Ayhan ve Seren İntepeler, 2015). Hemşire yöneticiler kanıta dayalı uygulamaların öneminin farkında olmalı ve bu önemi vurgulamalıdırlar (Boström, Rudman, Ehrenberg, Gustavsson ve Wallin, 2013). Kanıta dayalı uygulamalar desteklenmeli, teşvik edilmeli ve hemşireler bu beceriler konusunda kendilerine güvenmelidirler (Thiel, Ko ve Turner, 2019). Öğretim stratejilerini birleştiren, klinikle entegre olmuş ve değerlendirmeyi de beraberinde içeren çok yönlü ve stratejik müdahaleler, kanıta dayalı uygulama bilgi, beceri ve tutumlarda olumlu gelişmelere yol açmaktadır (Young, Rohwer, Volmink ve Clarke, 2014). Kanıta dayalı uygulamaların teşvik edildiği bir ortam yaratmak hasta sonuçlarını iyileştirdiği gibi maliyeti düşürür ve beraberinde hemşirelerde iş doyumunu arttırır (Schaefer ve Welton, 2018).

Sağlık bakımında bağımsız rolleri olan hemşireler başta hemşirelik yasası olmak üzere, yönetmelik ve yasalara bağlı olarak sorumluluklarını yerine getirmekle yükümlüdür (Kuğuoğlu, Çövener, Kürtüncü Tanır ve Aktaş, 2009). Resmi gazete 8.3.2010-27515 maddesi ile hemşireler; "*Bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimlerini karşılayabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirleme ve hemşirelik tanılama çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler*." (Resmi Gazete, 2010) kanununa göre, uygulamalarını kanıta dayandırmakla sorumludurlar.

Kanıta dayalı uygulamaların klinik ortamlarda arttırılması için, hemşirelerin KDU konusundaki yeterlilikleri doğru ölçülmelidir (Saunders ve Vehviläinen-Julkunen, 2019). Sadece KDU inanç ve tutumlarının ölçülmesi de bu kapsamda yeterli olmamaktadır. Çünkü tutum ve inançlar, KDU konusunda davranış değişikliklerine yol açan tek faktör değildir (Scurlock-Evans, P.Upton ve D.Upton, 2014). Bu kapsamda kanıta dayalı uygulamalarda hemşire; bakım kalitesini ve sonuçlarını iyileştirmek, sağlık maliyetlerini azaltmak, bakımı standardize etmek, sağlık bakımı için kılavuz oluşturmak, profesyonelliği arttırmak, hemşirelerde iş doyumunu arttırmak, hastaların bilgi taleplerindeki artışa bağlı olarak tüm bu standartları sağlamak ve kendini geliştirecek örgütsel sorumluluğa da sahip olmalıdır (Ayhan ve Seren İntepeler, 2015; Boström ve diğerleri, 2013; Kara ve Babadağ, 2003; Schaefer ve Welton, 2018; Yurtsever ve Altıok, 2006).

Bu araştırma hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesine katkı sağlayarak, benzer konularda araştırma yapanlara kaynak oluşturacaktır. Aynı zamanda tutumlarını etkileyen faktörleri açığa çıkararak girişimsel çalışmalara yol gösterici olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlandı.

1.3. Varsayımlar

Araştırmada kullanılacak olan anketlere, araştırmaya katılan hemşirelerin samimi ve doğru cevap verdikleri varsayıldı. Anket sorularının araştırmanın amacına hizmet ettiği varsayıldı.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı sosyodemografik bilgileri içeren anket formu ve kanıta dayalı tutum ölçeği ile sınırlıdır. Araştırma Maltepe Üniversitesi Tıp

Fakültesi hastanesinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır ve sonuçları çalışmanın yürütüldüğü hastaneye genellenebilir.

1.5. Tanımlar

Kanıt: Araştırma sonuçlarından elde edilen verilerdir.

Kanıta dayalı hemşirelik: Bilimsel araştırmalar sonucunda elde edilen verilerin, klinik uzmanlık ve hastanın kültürel değerleriyle birleştirilerek, hastanın yararına olacak şekilde problem çözme yaklaşımıdır,

Entegre etmek: Bütünleştirmek.

Klinik deneyim: Sağlık çalışanının belli bir sürede veya hayat boyu edindiği bilgilerin tamamı, tecrübe.

Eylem: Bir durumu değiştirme veya daha ileriye götürme yönünde etkide bulunma çabası.

Hizmet içi eğitim: Çalışanlara mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için çalıştıkları süre içinde verilen eğitim, işbaşında eğitim.

Oryantasyon: Yeni işe giren işgörenin işe, çevresine, çalışma koşullarına ve bir bütün olarak işletmeye alıştırılması amacıyla düzenlenen, işletmeye ilişkin temel bilgiler, işletmenin politikaları, örgütsel yapısı, üretim konusu ve süreci, sosyal haklar ve sorumluluklar vb. konuları içeren eğitim.

Eleştiri: İnsanı, eseri, bir konuyu doğru ve yanlış yönlerini bulup göstermek amacıyla inceleme işi.

Bilimsel araştırma: Bilime katkı sağlamak için, planlı ve sistematik olarak, verilerin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesiyle yapılan araştırmalara denir.

BARRIERS ölçeği: Araştırma sonuçlarının kullanımındaki engellerin belirlenmesi için kullanılan bir araçtır.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanıt Nedir?

'Kanıt' Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından 'delil' olarak tanımlanmaktadır. Araştırma bulguları, klinik bilgiler, temel bilimlerden elde edilen bilgiler ve uzman görüşleri 'kanıt' olarak kabul edilir (Youngblut ve Brooten, 2001).

French (2002) kanıt kelimesini meta-analiz sonuçları ve sistematik inceleme sonuçları olarak tanımlamaktadır. Kanıt doğrudur ve ispatlanabilir. Bilimsel araştırmanın temelinde kanıtlama vardır. Ve kanıtlama; ölçülüp gözlenebilir olmalıdır (Erdem, 2014). Güneş (2017) kanıt kelimesini hastalara en iyi bakımın verildiğinden şüphe duymamak için kullanılan bir araç olarak tanımlamıştır.

2.2. Kanıta Dayalı Uygulama Nedir?

Kanıta Dayalı Uygulama (KDU): En iyi araştırma kanıtlarının, klinik uzmanlık ve hastanın kültürel değerleriyle birleştirilerek, hastanın yararına olacak şekilde, klinik karar verme süreci ve problem çözme yaklaşımıdır (Hart ve diğerleri, 2008; Melnyk ve diğerleri, 2012; Sackett ve diğerleri, 2000). KDU, sağlık sektöründe klinisyenlerin, uygulamalarla ilgili son bilimsel kanıtlar ve araştırmalardan haberdar olmalarını sağlamasıyla da, hastalara uygulanan bakım içinde yaygın olarak kabul edilir (P.Upton, Scurlock-Evans, Stephens ve D.Upton, 2012).

Kanıta dayalı uygulama genel bir terim olmakla beraber araştırma bulgularını kapsamaktadır (Estabrooks, 1999). KDU; soru sormak, bilgi aramak, elde edilen bilgileri değerlendirmek, kanıt elde ederek uygulama yapmak ve yapılan uygulamayı değerlendirme sürecidir (Boström ve diğerleri, 2013).

Kanıta dayalı uygulama hastalara bakmanın, diğer sağlık sorunları ve klinik sorunlar hakkında araştırma temelli bilgiye ihtiyaç duyduğu, ömür boyu devam eden, kendi kendine öğrenmeyi kapsayan sistematik yaklaşımdır (Chinnock, Siegfried ve Clarke, 2005; Young ve diğerleri, 2014). Kanıt, araştırma bulgularından fazlasıdır. Araştırma kullanımı özel bir bilgi kullanım şeklidir (Estabrooks, 1999). Araştırma

kullanımı, araştırma sonuçlarının pratikte kullanımıdır. KDU araştırma sonuçlarını kullanmakla kalmaz aynı zamanda ilave kavramlar içerir.

2.3. Kanıta Dayalı Uygulamanın Tarihçesi

Kanıta dayalı terimi ilk kez Kanıta Dayalı Tıp (KDT) olarak İngiliz hekim Archie Cochrane tarafından 1970'li yıllarda hastaya uygulanan her türlü işlemin kanıta dayalı olması gerektiği düşüncesiyle ortaya atılmıştır (Kocaman, 2003). Tıbbi literatürde 'Kanıta dayalı tıp' terimi ilk kez David Eddy tarafından 1990 yılında kullanılmıştır (Eddy, 1990). O günün koşullarıyla kanıta dayalı uygulama hemen kabul görmemiş ve 1992 yılına kadar uygulamaya geçmemiştir. 1992 yılında MmMaster Üniversitesi David Sackett ve Gordon Guyatt tarafından tıp öğrencilerinin eğitiminde daha sonra klinik sorunların çözümünde kullanılmıştır (Kara ve Babadağ, 2003; Kocaman, 2003; Yılmaz ve Çöl, 2014).

Kanıta dayalı uygulama sağlık hizmetinde daha düşük maliyetlerle daha iyi bakım sonuçları elde eden, klinik uzmanlık ve hastanın tercihleriyle en iyi kanıtların birleştirilmesini kapsayan bir problem çözme yaklaşımıdır (Wallis, 2012). Ve en iyi kanıtı bulmak için ABD'de 1990 yılında Agency For Health Research and Quality (AHRQ) ve sonrasında İngiltere'de 1993 yılında Cohrane merkezi kurulmuştur (Kocaman, 2003).

2.4. Kanıta Dayalı Uygulama Adımları

1999 yılında KDU'nın 4 aşamasından bahsedilmektedir.

1. Maliyet ve klinik etkililikle ilgili veri tabanını arttırmak
2. Elde edilen kanıtları uygulayıcılara yaymak
3. Uygulamaları kanıta dayandırarak değiştirmek ve daha yüksek, daha tutarlı bakım standartları elde etmek
4. Sonuçları izlemek (Colye ve Kamath, 1999).

KDU sürekli olarak bilimin gelişmesiyle beraber yeni kanıtların ortaya çıkmasıyla gelişmektedir (Hart ve diğerleri, 2008). KDU süreci de gelişmiş ve aşağıdaki adımlara yayılmıştır.

Günümüzde KDU süreci yedi adımdan oluşmaktadır:

1. Araştırma ruhunu geliştirmek
2. Cevaplanabilir soru oluşturmak
3. Araştırma sonuçlarını arayabilmek
4. Kanıtların derecelerini, geçerlilik düzeylerini ve uygulanabilirliğini değerlendirebilmek
5. Kanıtları hasta değerleri ve klinik deneyimle birleştirebilmek
6. KDU kararını verebilmek, uygulamak ve sonucunu değerlendirebilmek
7. Sonuçları yaymak

(Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell ve Williamson, 2010).

2.5. Kanıta Dayalı Tıp Nedir?

Literatür tabanının teknoloji ile hızla bir şekilde genişlemesi, modern tıbbın karmaşık hal alması ve insan zekasının ve zamanının kısıtlı olması hekimlik uygulamalarında klinik karar verme sürecini zorlaştırmış ve tüm bunlar hekimlerde kanıta dayalı tıbbı zorunlu hale getirmiştir (Yılmaz ve Çöl, 2014).

Hekimler benzer hastalıklar karşısında uyguladıkları farklı tedavi seçeneklerinin ve tedavilerin istenen sonuca ulaşmadıklarını, hızla artan tanı ve tedavi seçeneklerinin istatistiksel analizlere dayandığını farketmeleriyle sezgisel tıp yerine, kanıta dayalı tıp kavramını geliştirmişlerdir (Yılmaz ve Çöl, 2014).

Klinik uygulamalarda KDT kanıtların değerlendirilmesinde baskın bir model olarak gelişmiştir. Hasta bakımını iyileştirmek için var olan en iyi araştırmayı, teşhis ve tedaviyle birleştirmek için KDT uygulanmaktadır (Hung ve diğerleri, 2015).

KDT resmi terimi 1992 yılında Guyatt ve diğerleri dile getirse de, geçmişi antik Yunanistan'a dayanmaktadır (Claridge ve Fabian, 2005; Guyatt ve diğerleri,1992; Hung

ve diğerleri, 2015; Woolf ve George, 2000). KDT'ın resmi anlamda tam tanımı, 1996 yılında Sackett ve arkadaşları tarafından, hastaların bakımı adına karar verirken var olan en iyi kanıtın açık, vicdani ve uygun olarak seçilmesi olarak tanımlanmıştır (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes ve Richardson, 1996).

Sağlık çalışanlarının klinikte yapılan araştırmaları hemen değerlendirmelerini sağlayan KDT, araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya uygulanmasındaki engelleri ele alır. Bu sebeple KDT hastalar için uygun ve güncel bakım sağlamak isteyen sağlık çalışanlarının sorunlarını da ele alan bir araç olmuştur (Wieber, 2000).

Institute of Medicine (IOM), Amerika Birleşik Devletleri'nde 2020 yılına kadar, klinik kararların %90'ının zamanında, doğru ve güncel bilgilerle desteklenmesini ve var olan en iyi kanıtların yansıtılacağı hedefini belirlemiştir (Institute of Medicine, 2008).

2.6. Kanıta Dayalı Hemşirelik Nedir?

Kanıta Dayalı Hemşirelik (KDH), Archie Cochrane ve David Sackett gibi isimlerin liderliğinde KDT hareketinin parçası olarak nitelendirilebilir (Closs ve Cheater, 1999).

KDH süreci araştırma ve kanıtları içermektedir. Hemşirelik mesleğinin kurucu lideri Florence Nightingale Kırım savaşında ölüm oranlarının istatistiklerini tutmuş ve %48'den %2'ye düşürmeyi başarmıştır (Burns ve Grove, 2003).

Hemşirelikte KDU araştırma sonuçlarının kullanımı değil, sistematik çalışmalar sonucu elde edilmiş kanıtların, klinik uzmanlıkla birleştirilmesidir (Cullum, Ciliska, Haynes ve Marks, 2008). Hemşirelikte klinik karar verme, hastanın durumunun gözlenmesi, verilerin değerlendirilmesi, nedenlerinin sorgulayabilme ve hemşirenin oluşturacağı hipotezleri belirlemeyi sağlar (Lauri ve diğerleri, 2001). KDH'lik her hastanın ihtiyacını karşılayan güncel yaklaşımları uygulamaktır (Schafer ve Welton, 2018).

Hastaya en yakın olan klinisyenlerdir ve KDU'nın başlangıç noktası da klinisyenlerdir (Stokke, Olsen, Espehaug ve Nortvedt, 2014). Hemşireler yeni bilgileri

araştırmalardan, kitaplardan ve deneyimleriyle elde ederler. Bu kapsamda hemşirenin doğru klinik kararı verebilmesi için teori ve pratik bilgisinin yeterli düzeyde olması gerekir (Lauri ve diğerleri, 2001). Hemşire klinik problemi tanımalı, literatüre ulaşabilmeli, bu kaynaklara sahip olmalı ve ulaştığı kanıtları eleştirebilmelidir (Stokke ve diğerleri, 2014). KDU hemşirelerin kendi uygulamalarına eleştirel bakış açısı sunar (N.Ovayolu ve diğerleri, 2009).

Hemşirelik bakımı, değişken hasta gruplarından elde edilen araştırma sonuçlarını temsil ettiğinden, oldukça karmaşık ve çok bileşenli konulara yöneliktir (Perry, 2011). Hemşirelik'te KDU'nın yaygınlaşması KDU ile ilgili özel dergilerin çıkmasını, web sitelerinin açılmasını ve KDU merkezlerinin açılmasını sağlamıştır (Upton, 2006). Kanıta dayalı hemşirelikle ilgili ilk bilimsel yayın 1996 yılında Simpson'ın makalesidir (Simpson, 1996).

2.7. Niçin Kanıta Dayalı Hemşireliğe İhtiyaç Duymalıyız?

1980 yılının sonlarına doğru hastanelerde maliyetin sürekli artması, dış güçlerin baskısının artması, tüketici ve yasal baskıların artması kalite iyileştirme programlarının oluşmasına sebep olmuştur (Shapiro ve Driever, 2004). Bu dönemde yaşanan teknolojik gelişmelerin sonucu olarak bilgisayarların aktif olarak hayatımıza girmesi veri setleriyle çalışmaya olanak verdi ve hastaneler sağlık maliyetlerini azaltmanın, en iyi yolunu aramaya başladılar (Shapiro ve Driever, 2004). Yüksek iş gücü ve hemşirelik mesleğinin sorumluluğu en güncel ve en iyi kanıtlara dayanarak yapılan uygulamalara duyulan ihtiyacı güçlendirmiştir (Stokke ve diğerleri, 2014).

Kanıta dayalı uygulamaların ücret kontrolünü sağlaması, insanların bilgi edinme ihtiyaçlarının artması, tedavi ve bakımı seçeneklendiren yönetim anlayışı da KDU'yı mecbur hale getiren koşullardandır (Youngblut ve Brooten, 2001). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA, 2015) hemşirelerin hasta güvenliğini sağlarken, sağlıklı çalışma ortamını teşvik etmeleri gerektiğini, ahlaki ve etik zorunluluklarının olduklarını açıkça belirtmektedir. Kliniklerdeki sağlık bakımı uygulamaları sırasında olabilecek olumsuz durumlardan kaçınmak, bu olayların engellenmesi iyileştirilmesi ve kliniklerde sağlık çalışanlarına yönelik güven kültürünün oluşturulması hasta güvenliği ve kalite kapsamında değerlendirilmektedir (The National Patient Safety Foundation [NPSF],

2011). Sağlık uzmanlarından kanıtlara dayandırılmış hasta bakımı beklenmektedir (Estrada, 2009).

Klinik hizmetlerin sunumunda giderek artan maliyeti azaltmak ve klinikte uygulanan bakımın etkinliği arttırma açısından KDU'ya ihtiyaç vardır (Cullen ve Adams, 2010; Colyer ve Kamath, 1999; Winch, Creedy ve Chaboyer, 2002; Levin , Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes ve Vetter, 2011). Maliyet odaklı sağlık hizmeti döneminde, KDU ile maliyetlerin düştüğünü gösteren araştırmalar klinik ortamlarda KDU'nın benimsenmesinin daha yüksek ihtimal olduğunu belirtmektedir (Melnyk, 2012; Matam ve Merkouri, 2019).

Hemşirelik profesyonel değerlerin üzerine kurulu bir meslektir (Leners, Roehrs ve Piccone, 2006; Türe Yılmaz ve Demirsoy, 2018). Hemşirelik bilimdir, sanattır ve değerlerimiz hemşirelik etiğinde vazgeçilmez bir kavramdır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Türe Yılmaz ve Demirsoy, 2018). Profesyonelliğin ayırt edici özelliği ise özerkliktir. Meslek grubunun sahip olduğu özerklik o mesleğin statüsünü belirlemektedir. Hemşirelik mesleğinde özerklik arttıkça hasta memnuniyeti ve iş doyumu artmaktadır (Karagözoğlu, 2006; Wallis, 2012). Bu sebeple hemşirelik profesyonel bir meslek olmak durumundadır. Bu aynı zamanda hemşirelik uygulamalarının bilimsel verilere dayandırılmasını da zorunlu kılmıştır (Karagözoğlu, 2006).

ANA (1982)'nın getirdiği standartlardan her biri, hemşirelik uygulamalarında bilgi ve bilimin önemini vurgulamıştır. İlk araştırma dergisi '*Nursing Research'* 1952 yılında yayınlanmış ve hemşirelik mesleğinin bilimsel gelişimine katkı sunmuştur (Aştı, 2002). Hemşirelik tarihine bakıldığında, hemşire kuramcıların bilimi önemsediği görülmektedir (Aştı, 2002; Karagözoğlu, 2006). KDU konusunda hemşireleri eğitmek, onları araştırmaya katmak ve desteklemek maliyetli olabilir. Fakat hemşire liderler hemşirelerini KDU konusunda eğitmek ve bu kültürü kolay oluşturmanın yollarını bulmak için araştırma yapmak, etkin ve maliyeti yüksek olmayan stratejiler geliştirmelidir (Hart ve diğerleri, 2008). Sağlık kuruluşları ve politikacılar, örgütsel düzeyde KDH'i teşvik etmek istiyorlarsa, kanıt oluşturmak adına en iyi araştırmaların finanse edilmesini ve yürütülmesini sağlamalıdır (Flodgren, Rojas-Reyes, Cole ve Foxcroft, 2012).

Araştırmacılar, kliniklerdeki uygulamaların kanıta dayalı olup olmamasında önemli durumlardan birinin, hemşirenin tutumları olduğunu söylemiş ve tutumları olumlu olan hemşirelerin klinik ortamda uyguladıkları bakımları kanıta dayandırma olasılığının anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Hart ve diğerleri, 2008; Melnyk ve diğerleri, 2004). Hemşirelerin KDU konusunda ilerleyebilmesi için inancı güçlendirmek gerekmektedir (Melnyk, 2002). Van Hecke ve diğerleri (2011), hastaya yapılacak müdahale ya da uygulamada hastanın katılımının önemini vurgulamıştır. Hastanın deneyimi, hastanın bilgi eksikliği ve sonucunda hastanın bakış açısını etkilemek hemşirenin KDU konusunda başarısını arttıracaktır. Bu durumda KDU ile ilgili bilgisi yüksek olan hemşirenin başarılı olma şansı daha çoktur.

Sağlık sektörü KDU'lara odaklanmış olsada hazır olup olmadıklarını çok az değerlendirmiştir (Thiel ve Ghosh, 2008). Thiel ve Ghosh (2008) yaptıkları araştırmada hemşirelerin bilgiye ihtiyaç duyduklarını fakat bu bilgiyi dergi veya kitap okuyup elde etmektense meslektaşlarına ve arkadaşlarına danıştığını belirtmişlerdir. ANA'nın yaptığı bir betimsel anket çalışmasında hemşirelerin yalnızca %34.5'inin hastaların tedavi ve bakımında devamlı olarak KDU kullandıklarını belirtmişlerdir (Wallis, 2012).

Geleneksel uygulamaları desteklemek yerine en iyi bakım için kanıtlar kullanıldığında, hemşirelik bakımı gelişen teknolojiye ayak uydurur ve yeni bilgilerden yararlanarak gelişir (Youngblut ve Brooten, 2001). Hemşirelik mesleğindeki uygulamaya bağlı belirsizliklerin varlığı, veri toplamada yaşanılan sıkıntılar ve uygulamadaki değişimler KDU'yı ihtiyaç haline getirmektedir (İngersoll, 2000). Destekleyici bir örgüt kültüründe sağlanan bakım, en iyi kalitede olacak ve en iyi hasta sonucunu verecektir (Fineout-Overholt, Williamson, Gallagher-Ford, Melnyk ve Stillwell, 2011).

2.8. Kanıta Dayalı Uygulamanın Hemşireliğe Yararları Nelerdir?

Kanıta dayalı uygulama hemşirelik bakımının kişiselleştirilmesine olanak sağlamaktadır (Youngblut ve Brooten, 2001). KDU bakım kalitesini ve hasta güvenliğini arttırır (Böström ve diğerleri, 2013).

Kanıta dayalı uygulama maliyeti azaltması sebebiyle sağlık yöneticilerinin dikkatini çekmiştir (French, 1999). KDU hemşirelik bakımının daha etkili, daha dinamik ve daha düzenli olmasını sağlamakla beraber, klinik değerlendirmeyi en üst sınıra çıkarmak için hemşirelere fırsat sağlamaktadır (Youngblut ve Brooten, 2001). McSherry, Artley ve Holloran (2006) yaptıkları araştırmada hemşirelerin %90'ının KDU'nın hasta bakımını iyileştirdiğini ezici bir çoğunlukla kabul ettiklerini bildirmiştir. Melnyk ve diğerleri (2004) kanıta dayalı bakım sağlayan hemşirelerin KDU'nın hasta sonuçlarını iyileştirdiğine inanan hemşireler olduğunu vurgulamaktadır.

Hart ve diğerlerinin (2008) yaptığı araştırmada hemşirelerin %55.8'i araştırma dilini anlamada özgüvenli olduklarını, %46.5'inin ise araştırma makalelerindeki istatistikleri anlama konusunda kendilerine güvendiklerini bildirmiştir. Hemşirelerin %93.9'u bilgisayar tabanlı eğitimi desteklemiş ve uygulamalarını kanıta dayandırmaları gerektiğine inanmışlardır. Fakat tutum olumlu bile olsa uygulamaları kanıta dayandırmak için gerekli olan kanıtları değerlendirme ve uygulamaya dahil etmede bilgi ve becerileri eksiktir (Hart ve diğerleri, 2008). Kalite iyileştirme, hastaya uygulanan en iyi bakımı geliştirmeyi ve hasta için en iyi sonuçları elde etmeyi amaçlar. Bunun içinde klinisyenler en iyi kanıtları bulmak, hastanın tercihlerini yansıtan bilgileri toplamak, personelin kaynak ve kısıtlamalarını dikkate alarak neyin uygulanabilir olduğuna dair görüşleri almalıdırlar (Perry, 2011).

Kanıta dayalı uygulamayı teşvik etmek hemşirelerin iş doyumunu arttırır, hasta bakım sonuçlarını iyileştirir ve sağlık bakım maliyetlerini düşürür (Boström ve diğerleri, 2013; Schafer ve Welton, 2018; Wallen ve diğerleri, 2010; Wallis, 2012). Yapılan araştırmalarda hastaya yapılan bakım ve uygulamalarda KDU'nın benimsenmesi, klinisyenlerin kendilerinde iş tatmini hissettiklerini ve rollerinde kendilerini güçlü hissettiklerini göstermiştir (Melnyk ve diğerleri, 2010).

Bilgiyle ilişkili inaçlar KDU'da en büyük etkiye sahiptir (Stokke ve diğerleri, 2014). Hasta sonuçlarının iyileşeceğine inanan hemşireye yeterli kanıtı sağlamak ve KDU yararlarını anlamada onlara yardım etmek değişikliklerin ilk adımıdır. Ama tek başına bilmek davranışta değişikliklere sebep olmamaktadır. Geleneksel yöntemlere karşı iyi geliştirilmiş kanıtlara dayandırılmış, klinik çalışmalardan elde edilmiş bakım senaryoları KDU'nın faydalarının anlaşılmasını sağlayabilir (Melnyk, 2002).

2.9. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Önündeki Engeller Nelerdir?

Kanıta dayalı uygulamanın gerçekleşmesi için üç önemli öğe vardır: Olumlu tutum, güven ve destek (Estabrooks, 1999). Bu üç öğenin öneminin farkında olunmadığı sürece KDU'ya geçmek mümkün olmayacaktır (McSherry, Artley ve Holloran, 2006).

Hemşireler kanıta dayalı uygulamaları önemsemeli ve örgütsel hareket etmelidirler. Ancak örgütsel hareket etmek KDU'nın gelişebilmesine olanak sağlar (Jennings ve Loan, 2001). Kanıta dayalı uygulamada önemli üç engel vardır.

1) Örgütsel engeller
2) Bireysel engeller
3) Kurumsal engeller

2.9.1. Örgütsel Engeller

İrlanda'da engeller üzerine yapılan araştırmada 10 engelin 7 sinin örgütsel engeller olduğu belirtilmiştir (Parahoo, 2000).

Örgütsel altyapılar; klinik bakımın sağlandığı temel çerçeve veya organizasyon temelleri olarak tanımlanır. Örneğin; hemşire geliştirme birimleri, kanıta dayalı hemşireliği geliştiren/uygulayan birim ve kuruluşlar ve örgütsel politikalardır. Sağlık kuruluşları ve politikacılar, örgütsel düzeyde KDH'i teşvik etmek istiyorlarsa, kanıt oluşturmak adına en iyi araştırmaların finanse edilmesini ve yürütülmesini sağlamalıdır (Flodgren ve diğerleri, 2012). Shifaza, Evans ve Bradley'in (2014) araştırmasında örgütsel engellere bakıldığında ise hemşirelerin %70.7'si yeni fikirleri uygulamak için vaktinin olmadığını ve %70.2'si kılavuz ve prosedürleri değiştirecek yetkiye sahip olmadığını belirtmiştir. Kanıta dayalı uygulamayı teşvik etmenin yolunun yalnızca bireysel olarak hemşirelerin bilgi, beceri ve inançlarının güçlendirilmesi değil, örgütsel olarak KDU kültürünün güçlendirilmesi gerekmektedir (McSherry ve diğerleri, 2006; Park ve Jang, 2016). Hart ve diğerleride (2008) hemşirelerde örgütsel eksikliğin varlığına dikkat çekmiş, örgütlerin altyapısının güçlü olmadığına bu sebepten KDU konusunda yeterince araştırma yapma isteğinin bulunmadığını belirtmiştir.

Hemşireler çalıştıkları kliniklerin kültürel ortamlarından etkilenmektedirler. Var olan sağlık sistemi hemşirenin kültürü ile uyumludur (Tatar ve Harmancı, 2014). Hemşireler örgütlerine insanların ortak vizyonunu güçlendirme ve teşvik etme boyutlarında en düşük puanı vermişlerdir (Estrada, 2009). Hemşirelerin algıladıkları örgütsel kültür ve kendilerini hazır hissetme oranları arttıkça, KDU'ya olan inançları, iş doyumları, grup uyumları ve mesleklerinde kalma niyetleri artmıştır (Wallen ve diğerleri, 2010). Hemşire mentörler yol gösterici ve kliniklerdeki kültürel ortamın KDU'ya yönelik destekleyicileri olmalıdır.

2.9.2. Bireysel Engeller

Norveç'te yapılan kesitsel çalışmaya baktığımızda, hemşirelerin yalnızca %12'si KDU'da değişiklik yapmak için kendilerini yeterli görmüştür. %13.5'i ise klinik uygulama sonuçlarını ölçmekte kendilerini yeterli görmekte ve uygulama için kanıtlara erişebileceklerine inanmaktadırlar (Stokke ve diğerleri, 2014). Thompson, Chau, ve Lopez'de (2006) hemşirelerin araştırma sonuçlarından haberdar olduklarını ve araştırma sonuçlarına eleştirel bakış açısıyla yaklaşabildiklerini söylemişlerdir.

İsveç'te Boström, Kajermo, Nordström, ve Wallin'de (2008) araştırmalarında örgütsel özelliklerin ve yapılan araştırmaların sonuçlarının sunum şeklinin belirgin engel olarak belirtmiştir. Hemşirelerin %89'u araştırma sonuçlarını tartışacağı nitelikli hemşire meslektaşlarından kendinin izole edildiğini söylemiş ve %81'i ilgili literatür bilgilerinin derlenmemiş olmasını engel olarak vurgulamıştır. Patiraki ve diğerleri (2004) hemşirelerin %78'inin İngilizce bilmemeyi engel olarak kabul ettiğini belirtmiştir. Oranta, Routasalo ve Hupli'de (2002) Finlandiya'da yaptıkları çalışmada İngilizce yayınlanan makalelerin engel oluşturduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin yabancı dil engeli, eleştirel düşünme konusundaki beceri eksiklikleri, araştırmaya erişimde yaşadığı sıkıntılar, araştırmanın kalitesinin değerlendirememe, değişimi uygulamada kendine yeterince güvenmemesi ve araştırmanın kendine has olan diline alışkın olmaması literatürde belirtilen diğer engellerdir (Boström ve diğerleri, 2008; Melnyk ve diğerleri, 2010; Patiraki ve diğerleri, 2004).

Hemşire araştırmaların sunum şeklini engeller arasında görmektedir. Yayınlanan araştırmaların istatistik sonuçlarının anlaşılmadığını, araştırmalara fiziksel olarak ulaşımın zor olduğunu, makalelerin bir arada derlenmemiş olmasını ve literatür bilgilerinin de birbirinden farklı olduğunu belirtmişlerdir (Boström ve diğerleri, 2008; Marsh, Nolan, ve Hopkins, 2001; Parahoo, 2000; Patiraki ve diğerleri, 2004). Shifaza ve diğerleri (2014)'de hemşirelerin %83.3'ünün araştırmaların istatistiksel sonuçlarını anlamadıklarını, %80.3'ü ilgili literatürün dağınık olduğunu ve %56.6'sı araştırma sonuçlarına inanıp inanmamakta karar veremediklerini belirtmişlerdir. Hemşireler kanıta dayalı uygulama ortamını başlatmak için kendilerini yeterli görmemekte ve yeterli yetkiye sahip olmadıklarını düşünmektedirler (Shifaza ve diğerleri, 2014). Avustralya'da Hutchinson ve Johnston'ın (2004) yaptığı araştırmada aynı engelleri tanımlamıştır.

Sağlık profesyonellerinin etkili ve verimli uygulamaları belirleyebilmesi için mevcut KDU'larla ilgili kaynakları taraması önemlidir. KDU ne kadar fazla olursa uygulayıcının erişmesi ve entegre etmesi kolaylaşacaktır (Anderson, 2019). Araştırma sonuçlarının daha basit anlaşılabilir ve ulaşılabilir olması araştırma ve uygulama arasında ki boşluğun kapatılmasında etkili olacaktır.

Literatürde bildirilen bireysel engellere bakıldığında araştırma yöntemlerine karşı bilginin eksikliği, araştırma sonuçları konusunda yetersiz bilinçlenme ve araştırmaya karşı kişinin tutumu olarak belirtilmiştir (Boström ve diğerleri, 2008; Demir ve diğerleri, 2012; Shifaza ve diğerleri, 2014). Hemşirelerde araştırma bilincinin eksikliği, teknik beceri eksikliği ve bu bilgileri nereden elde edeceğini bilememesi de KDU engellerinin başındadır (Gerrish ve Clayton, 2004; Hart ve diğerleri, 2008; Mott ve diğerleri, 2005; Olade, 2003). KDU ile ilgili geliştirilmesi gereken ilk şey bilgi ve beceriyi geliştirecek soruların sorulmasını öğretmektir (Melnyk, 2002).

KDU'da zaman ve bilgi eksikliği en çok vurgulanan engel olmuştur (Koehn ve Lehman, 2008; McSherry ve diğerleri, 2006). Wallis'de (2012) KDU engeli olarak zaman eksikliğini tabir eder. Bireysel engeller üzerinde yapılan Shifaza ve diğerlerinin (2014) araştırmasında da, hemşirelerin %65.2'si araştırma sonuçlarını okuyacak zamanın olmadığını, %67.7'sinin araştırmanın hangi kalitede olduğunu değerlendirecek yeteneğe sahip olmadığını, %60.6'sının yeni fikirleri denemek istemediğini ve alıştığı

gibi devam etmek istediğini, %52.5'i ise araştırma sonuçlarını tartışacağı meslektaşlarının çevresinde olmadığını söylemişlerdir ve bu kapsamda sonuçlar benzerdir.

Literatürü incelediğimizde araştırma sonuçlarından elde edilen kanıtları okumak, değerlendirmek, analiz etmek, yaymak ve uygulamak için zaman eksikliği bir çok ülkede hemşireler için engel oluşturmuştur (Shifaza ve diğerleri, 2014; Demir ve diğerleri, 2012).

2.9.3. Kurumsal Engeller

Servis hemşireleri, hemşire liderlerinden ve yöneticilerinden büyük bir direnç görmektedirler. 20 yıl öncesinde eğitim görmüş kişiler bugün KDU yaklaşımlarını öğrenmemişlerdir (Melnyk ve diğerleri, 2012).

Wallis (2012) KDU engelini kurumsal kültür eksikliği ve çalışanların geleneksel yaklaşımları olarak tabir eder. Shifaza ve diğerlerinin (2014) yaptığı araştırmada hemşirelerin %69.2'si yöneticilerin KDU'ları uygulamak için izin vermeyeceğini ve %68.7'si KDU için hekimlerin işbirliği içinde olmayacağını söylemiştir. KDU üzerindeki yanlış anlaşılmaların açıklığa kavuşturulmada tutumlarda değişikliğe sebep olabilme açısından önemsenmelidir (Melnyk, 2002).

Thiel ve Ghosh (2008) hemşirelerin teknolojik kaynaklara erişebildiklerini, bilgi toplama yeteneklerine sahip olduklarını fakat üst düzey kanıt toplamada yetersiz olduklarını belirtmişlerdir. Fakat yüksek kaliteli kanıta ulaşmış olsak bile hasta veya hasta yakınları bu tedavi yaklaşımını benimsemeyebilir (Young ve diğerleri, 2014). Sahaya özgü temel değerlendirmeler yapılmalı ve KDU girişimleri planlanmalıdır (Thiel ve Ghosh, 2008).

McSherry ve diğerleri (2006) araştırmasında hemşirelerin KDU'lar konusunda başarılı olmalarını istiyorlarsa; zaman, akran ve yönetici desteğine ve yeterli kaynağa ihtiyaçları olduklarını önemle belirtmişlerdir. Melnyk ve diğerleri (2012) hemşirelere uygulanacak iki üç günlük kongre ya da çalıştayın davranış değişikliği yaratmayacağını ve hemşire liderlerin bunun farkında olmaları gerektiğini vurgulamışlar, eğer davranış

değişikliği oluşmasını istiyorlarsa önce hemşire liderler bu kültürü kendilerinde oluşturmalı ve sonra mentörlük yapmaları gerektiğini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin mesleki anlamdaki memnuniyetsizliklerinin yaygın nedeni, hasta bakımı ve işyerlerinde ki iyileşme önerilerini talep edememeleri veya taleplerinin tanınmamasıdır (Hockenberry, Wilson ve Barrera, 2006). Var olan prosedürleri değiştirmede yetersiz yetki, zaman kısıtlaması, malzeme eksiklikleri ve örgütsel faktörler engeller olarak bildirilmiştir (Thompson, Chau, ve Lopez, 2006).

Olade (2004) hemşirelerin idari birimlerde finansal destek bulamadıklarını söylemiş ve bunun KDU yönelik bir engel olduğunu belirtmiştir. Yöneticilerin desteği, yeterli insan gücünün kullanımı ve uygun planlama KDU'ya yönelik negatif algıları yok edecektir (Stokke ve diğerleri, 2014).

2.10. Türkiye'de Kanıta Dayalı Hemşireliğin Durumu Nedir?

Türkiye'de 2000 yılında ilk Platin tarafından '*Kanıta Dayalı Hemşireliğin Uygulama Engelleri'* adıyla gündeme gelen KDU kavramı, ikinci olarak Kara ve Babadağ (2003) tarafından KDH konulu yayınlanan makale ile temel kavramlarıyla ele alınmıştır (Kara ve Babadağ, 2003; Kocaman, 2003; N.Ovayolu ve diğerleri, 2009).

Platin (2000) o zamanki koşullarda KDU'ların neden uygulanamayacağına vurgu yapmıştır. Platin e göre hemşirelerin bilgi seviyesindeki yetersizlik, geleneksel yaklaşımlarla çalışma ve bağımsız görevlerin azlığı gibi sebepler hemşirelerin KDU'ları yapmasına engel olmuştur. Estabrooks (1998) hemşirelerin çoğunun uygulamalarını araştırmaya dayalı olmaktan ziyade geleneksel olarak uyguladıklarını belirtmiştir. Platin hemşirelerin bağımsız uygulamalarını yerine getirmemelerinin sebebi olarak hekimlerin isteminde hemşirelerin sıkıştıklarını belirterek böyle bir ortamda geleneksel uygulamaların yapılmasını normal bulmuştur.

Hemşireler KDU konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, yoğun çalışma koşullarının araştırma yapmalarına engel olduğunu, bilimsel yayınları okumak için

zaman ayıramadıklarını, hemşirelikte yönetimsel desteğin eksik olduğuna ve bir kısım hemşirenin ise yapılan araştırmaları uygulamakta zorluk çektiklerinin belirtmişlerdir (Güvenç, 2004). Yava ve diğerlerinin (2007) araştırmalarındaki engellerine baktığımızda hemşirelerin %63.6'sı kendini prosedürleri değiştirecek güce sahip görmemekte, %54'ü okumak için yeterli zamanlarının olmadıklarını ve %52.8'i uygulamalar için yeterli imkanlarının olmadıklarını belirtmişlerdir. Demir ve diğerlerinin (2012) KDU'ya yönelik engellerinin incelendiği araştırmada ise hemşirelerin %69.6'sı kendilerini uygulamaları değiştirecek güçte görmemekte, %64.6'sı servislerde yeterli imkanın olmadığını, %63.4'ü hekimlerin hemşirelerle işbirliği içinde olmadığını ve %62.2'si yeterli zamanlarının olmadıklarını söylemişlerdir.

Yine başka bir araştırmada, hemşirelerin %45.4'ü yeni fikirleri uygulamak için zamanının olmadığını, %32.4'ü prosedür için yetkisini yeterli görmediğini ve %30.3'ü ise araştırma okumak için zamanının olmadığını söylemektedir (Tan, Akgün Şahin ve Kardas Özdemir, 2012).

Yılmaz ve diğerleri (2017) hemşirelerin algıladıkları engellere baktıklarında, %75.3'ü klinikte araştırma okumak için zaman olmadığını, %62.4'ü hemşirelik uygulamaları için kliniklerde yeterli imkân olmadığını ve %59.7'sinin literatürün dağınık olmasını engel olarak görmektedir.

Aradan geçen zaman göz önüne alındığında KDH'liğe yönelik engellerin Türkiye şartlarında pekte değişmediği görülmektedir.

KDU'nın tanımları arasında yer alan hastanın tercihlerini göz önünde bulundurma durumu incelendiğinde ise Güvenç (2004) hastaya seçenek sunma kriterlerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Seçenek sunmama durumunu ise hastane prosedürlerini yerine getirme ve hekimin istemine uygun hareket etme olarak belirtmiştir (Güvenç, 2004). Hemşirelik iş gücü, yalnızca beceri gelişimi odaklı olmak yerine bilgi temelli bir meslek olmalıdır (Ayhan ve Seren İntepeler, 2015). KDU'da kültür geliştirmek için sistematik plan geliştirmek ve bu planların değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Koehn ve Lehman, 2008). Uygun örgütsel çevrenin ve uygulama ortamının kliniklerde KDU'yı arttırdığı literatürde mevcuttur. Bazı yazarlar

yönetici ve hemşire yöneticilerinin, hemşirelerin çalışmalarından memnuniyetinin arttıran ortam yaratmalarını, hemşirelerinin duygusal yorgunluktan kaçınmalarını ve aynı zamanda araştırma odaklı hemşirelik kararlarının kullanıldığı bir ortam oluşturmayı teşvik etmelidir (De Pedro Gomez ve diğerleri, 2011).

Türkiye kliniklerinde KDU'da kullanılan kanıtlara bakıldığında, klinik deneyim, mesleki kitaplar ve uzman tercihleri gibi kanıt seviyesi yüksek olmayan kanıtlar kullanılırken, kanıt seviyesi yüksek olan literatür inceleme ve bilimsel araştırma sonuçlarının kullanılmadığını görülmektedir (Güvenç, 2004). Yılmaz ve diğerlerinin (2017) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin bilgi kaynaklarını nasıl elde ettiklerini sorduklarında, hemşirelerin %74.2'sinin deneyimli hemşirelere sorarak, %78'inin hemşirelik eğitimleri sırasında edindiği bilgilerle ve %86'sının hizmet içi eğitim programlarından edindiğini tespit etmişlerdir. Hemşirelerin en sık kullandıkları kaynakların ilk üç sıralamasının araştırmaya dayanmayan kaynaklar oluşturmaktadır. Araştırmaya dayanan kaynakların kullanım sırası 4. sıradan itibaren başlamaktadır. Hemşirelerin %78.5'i uygulamaların kanıtlara dayanması gerektiğine ve %75.9'u elde edilen kanıtların araştırmalardan elde edilmesi gerektiğine ve %80.7'si KDU'nın yararına inanmaktadır. Fakat hemşireler KDU'ya inandıklarını ama davranışlarına yansıtmadıklarını ifade etmişlerdir (Özsoy ve Ardahan, 2008).

Melnyk ve diğerleri (2012) davranış değişikliğinin zorluğundan bahsetmişler ve kilit noktanın KDU'ya yönelik bir bağlam ve destek sisteminde olduğunu belirtmişlerdir. Hemşire sayısının azlığı, hasta bakımına ayrılan sürenin azlığı gibi sebepler hemşirelerin KDU mentörlüğü yapmak istememe sebepleri arasındadır ve KDU açısından engel teşkil etmektedir (Ayhan ve Seren İntepeler, 2015).

Kanıta dayalı uygulama için gereken organizasyonel tamamlanamamıştır. Öyle ki uzun zamandır kurumsal liderler öğrenen örgütlerin değerinin farkındadır (Estrada, 2009). Doğan Merih ve Arslan (2012) araştırmalarında hemşirelerde mesleki bilinç ve örgütlenme bilincinin istenilen düzeyde olmadığını belirtmektedirler. Hemşirelerin çalışma koşullarının zorluğu ve maddi anlamda tatminsizlik gibi sebepler, mesleğe bağlılık ve örgütlenmelerini olumsuz şekilde etkilemektedir (Doğan Merih ve Arslan, 2012). KDU'yı geliştirmek adına klinikte çalışan uzman ve eğitimci hemşirelerin, hemşirelik ünitelerinde kullanılması, KDU komitelerinin kurulması ve geliştirilmesi,

araştırma faaliyetlerinde hemşirelere danışmak, yerinde ve deneyimli araştırmacılar bulundurmak yer almalıdır (Hart ve diğerleri, 2008; Melnyk ve diğerleri, 2004)

Literatür KDU'ya yönelik bir diğer engel olarak ise İngilizceyi yeterli düzeyde bilmemeyi vurgulamıştır. Yılmaz ve diğerleri (2017) hemşirelerin İngilizce bilme oranını %52.7 ve dil seviyelerini %61.9 oranında basit düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Tan, Akgün Şahin ve Kardas Özdemir (2012) ise araştırmasında hemşirelerin %63.8'inin İngilizce konuştuğunu belirtmiştir.

2.11.Hemşirelerin Bilime Yönelik Bakış Açısı

Yava ve diğerleri (2007) araştırmalarında hemşirelerin %95.7'sinin bilimsel faaliyetlerden haberlerinin olmadığını ve %90.8'inin mesleki bir dergiyi takip etmediğini belirtmişlerdir. Yine Yava ve diğerlerinin (2008) yaptıkları araştırmada hemşirelerin yalnızca %10.3'ünün araştırma süreçlerine katıldıklarını ve hemşirelerin %70'inin bilimsel toplantıya katılmadığını belirtmiştir. Tan ve diğerlerinin (2012) Türkiye'de yaptığı araştırmada hemşirelerin %58'i bilimsel araştırmaya katılmamış, %72.9'u bilimsel kongre ve sempozyuma katılmamış, %84.4'ü katılımcı olarak bilimsel faaliyetlerde bulunmuş, %84.4'ü kongreye katılmak için finansal herhangi bir destek almamış ve %62.4'ü bilimsel faaliyetlerden habersiz olduğunu söylemiştir. Yılmaz, Düzgün ve Dikmen'in (2018) hemşirelerin KDU konusunda tutumlarını inceledikleri araştırmalarında; hemşirelerin %75'inin mesleki bilimsel toplantıya katılmadıklarını, %60'ının mesleki herhangi bir dergiye üye olmadıklarını ve %81.5'inin mesleki yayınları/araştırma sonuçlarını takip etmediklerinin belirtmişlerdir.

Klinik karar verme sürecine baktığımızda, hemşirelerin klinik deneyim yılı ve yaşları arttıkça, eleştirel düşünme eğilimi ve karar verme yetileri artmaktadır (Wangensteen, Johansson, Björkström ve Nordström, 2010). Türkiye'de Eşer, Khorshid ve Demir'in (2007) cerrahi ve dahili yoğun bakım birimlerindeki hemşireler de yaptıkları çalışmada hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimi puan ortalamasının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Gürol Arslan, Demir, Eşer ve Khorshid'in (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmada da sonuçlar benzerdir.

2.12. Hemşirelik Eğitiminde Kanıta Dayalı Uygulamanın Yeri

Kanıta dayalı uygulamaya dayanan ve geliştirilmiş mevcut örnekleri içeren eğitim programları hemşirelere en iyi uygulamayı anlama, sentez etme ve faydalanma imkanı verir (Hart ve diğerleri, 2008). Geleceğin sağlık bakımı uygulayıcılarının KDU'yı yaşam boyunca benimsemesi ve hasta bakımıyla birleştirebilmeyi öğrenmeleri amacıyla KDU, eğitimleri sürecince öğrenmenin bölünmez parçası olmalıdır (Dawes ve diğerleri, 2005; Olsen ve diğerleri, 2015). Fakülte ve yükseköğretim mezunu olanlarla, önlisans ve lise eğitimi alanların KDU tutumları arasında anlamlı farklılık mevcuttur (Koehn ve Lehman, 2008). Lisansüstü sağlık çalışanlarına verilen KDU eğitimininde uygulanacak pratiğe yönelik uygulamaları, kanıtların kalitesi etkilemektedir (Flores-Mateo ve Argimon, 2007). Doktora programları ise bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırmakta ve kanıta dayalı uygulamalara daha fazla önem vermektedir (Melnyk ve diğerleri, 2010).

Hemşirelik eğitiminde KDU dersi verilirken anlatılan içeriklerle ilgili kanıtların yeterliliği derslerde belirtilmelidir. Eğer konuyla ilgili yeterli kanıtın olmadığı düşünülüyorsa bu durumda açıkça ifade edilmelidir (Nahcivan, 2001). Yani eğitim bilimleride kanıta dayalı olmalıdır (Efendioğlu ve Yanpar Yelken, 2009). Hemşirelik lisans eğitimi süresince KDU'nın önemi vurgulanmalı ve öğrencilerde KDU bilinci geliştirilmelidir. Araştırma bilincinin geliştirilmesi gelecekte bu mesleği devam ettirecek olan hemşire eğitimcilerinin ve klinisyen hemşirelerin bilinçlerinin gelişmesi demektir (Herdman, 2010).

Daha eğitimli öğrenciler, kanıtları gelecekte daha çok kullanacak ve araştırmaya devam edecektir. Bazı yazarlar KDU öğretiminin akademik eğitim döneminde uygulanmasını önermektedir. Bu süreçte öğrenci, bibliyografik arama yapmayı, araştırma makalelerini eleştirel okumayı ve bu konuda bilgi beceri kazanmayı öğrenmelidir. Her öğrenci kliniklerde uygulamaya çıktığında klinik sorunların çözümünde KDU'yı kullanmak zorunda kalacaktır. Bu şekilde KDU ile ilgili teorik ve pratik bilgisini, akademide öğretilenlerin uygulanabileceğini görerek ve ikna olarak gerçekle bağdaştırabileceklerdir (Ruzafa Martinez, Mena Tudela, Lopez Iborra ve Orts Cortes, 2015).

Kanıta dayalı uygulama, öğrencilerin eğitiminde değişikliklere neden, olmuş daha fazla uygulama, araştırma ve klinisyenler ile araştırmacıların daha yakından çalışmalarını sağlamıştır (Youngblut ve Brooten, 2001). Tez çalışması için pilot bir projeye katılımları sağlanan öğrencilere çalışma bittikten sonra anket doldurtulmuştur. Anket sonuçlarına bakıldığında öğrencilerin bu projede yer almaktan dolayı çok memnun oldukları, KDU ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük oldukları fakat projenin etkisiyle KDU'ya yönelik tutumlarının projenin etkisiyle olumlu yönde değiştiği bildirilmiştir. Çalışmaya katılan öğrenciler KDU'nın klinik alanda daha çok sahiplenme duygusu hissettirdiğini söylemişlerdir (Andrae ve diğerleri, 2016).

Hemşirelerin kanıtları hayata geçirmeleri, bu kanıtların kullanımının devamlılığının sağlanmasına, bu kültürün klinik ortamlarda oluşmasına ve sonuçlarının eleştirel olarak değerlendirilmesi becerisinin geliştirilmesine bağlıdır (Şenyuva, 2016). Eleştirel düşünmenin tanımına baktığımızda; bilgiyi aramak, değerlendirmek, analiz ve sentezini yapabilmek ve tüm bunların sonucunda yaratıcılığımızı da katarak kullanabilme yeteneğidir (Yıldırım, 2011; Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Erkuş ve Bahçecik'in (2015) araştırmasına göre hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyleri düşük düzeyde çıkmıştır. Ve literatür bu sonuçları desteklemektedir.

Hemşirelikte eleştirel düşünce çok yönlü bir süreçtir. Bilgilerimizle araştırma sonuçlarını birleştirebildiğimiz, olayları sorgulayabildiğimiz ve hastalar için en iyi olan klinik kararı verme fırsatı sunan sorgulama biçimidir. Öğrenci hemşirelerde mutlaka eleştirel düşünme becerisi geliştirilmelidir. Bu yalnızca bireysel yarar sağlamayacak, mesleğin gelişimi ve sağlık bakım kalitesini arttıracaktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hemşirelik eğitiminde eleştirel düşünmenin müfredatta olması zorunludur (Oermann, Truesdell ve Ziolkowski, 2000; Simpson ve Courtney, 2002; Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Uluslararası Hemşireler Birliği (2012) hemşirelerin bu kanıtları kullanmayı öğrenmeleri gerektiğini belirtmektedir. Bu sebeple Ege Üniversitesi, 19 Mayıs Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi gibi birçok üniversitede KDU derslerine lisans ve lisansüstü eğitimlerinde yer verilmektedir. Öğrenim hayatında verilen bu dersler hemşirelerin kanıtları belirlemesine, kanıtları nasıl değerlendireceğini ve yeni projeler geliştirmelerine olanak sağlayacak şekilde olmalı ve bu derslere donanımlı hemşire

akademisyenler vermelidir. Üniversiteler hastanelerle işbirliği içinde olmalı ve mümkünse KDU merkezleri açılmalıdır (Şenyuva, 2016).

Wallis (2012) araştırmasın da hemşirelerin %76.2'sinin KDU ile ilgili daha fazla beceri ve eğitime sahip olmaları gerektiğine inanmakta olduğunu belirtmiştir. KDU konusunda bilgisine ve becerisine güvenen, KDU konusunda inancı yüksek olan hemşirelerin bunu diğer hemşirelere öğretme oranları da yüksektir (Melnyk ve diğerleri, 2004; Melnyk, Fineout-Overholt, Feinstein, Sadler, Green-Hernandez, 2008a; Wallen ve diğerleri, 2010).

Hastalarla en çok zaman geçiren hemşirelerdir. Hasta bilgilerini toplayan, bilgisayar ortamında kaydını yapan, ihtiyaçlarını belirleyen ve elindeki kanıtlar doğrultusunda eleştirel düşünülmesi beklenen ve sonucunda karar verip, hastaya direkt bakım veren hemşirelerdir. Bu kapsamda yetişen hemşirelerin bilgisayar kullanımında aktif olması, eleştirel düşünebilmesi, bilgi ve beceri yeteneğine sahip olması gerekir (Akcan, Keser, Sucu ve Saka, 2007; Kaçan Softa, Akduran ve Akyazı, 2014; Park, Cho ve Byeunn, 2007).

Kaçan Softa, Akduran ve Akyazı'nın (2014) araştırması hemşirelerin yalnızca %26.9'unun okulda bilgisayar eğitimi aldığını ve %52.5'inin kendi çabalarıyla bilgisayar kullanımını öğrendiği belirtilmiştir. Kardaş Özdemir ve Karakaya'nın (2017) araştırması ise bize göstermektedir ki; hemşirelik eğitimi sırasında hemşirelerin %62.6'sı bilgisayar kullanımı dersi almış fakat %58.9'u aldıkları bu dersleri yetersiz görmüşlerdir. Bilgisayar kullanımı, hemşirelik eğitiminde araştırma yapabilmek ve kanıtlara ulaşabilmek için oldukça önemlidir. Ve güncel bilgilere ulaşabilmenin en kolay yoludur. Hemşirelik eğitiminde bilgisayar kullanımı ve eğitimi desteklenmelidir (Kaçan Softa ve diğerleri, 2014). Eğitimciler öğrencilere daha fazla vakit ayırarak kanıtları pratikte nasıl kullanacaklarını önemle öğretmeleri gerekmektedir (Melnyk ve diğerleri, 2012). KDU hemşirelik eğitiminde lisans ve lisansüstü eğitim alanında temeldir. Hemşirelik mesleğinin açığı olan uygulama teorisini minimuma indirmenin yoludur (Mackey ve Bassendowski, 2017).

Araştırma yapabilmek için eğitim almış olmak ile temel bilgiye sahip olmak ve araştırma sürecinin anlaşılması arasında anlamlı pozitif korelasyon vardır (McSherry ve

diğerleri, 2006). Dönüşümsel öğrenmenin önemli hususu, ezbere dayalı öğrenmeden ziyade bilgiyi arayabilme, analiz edebilme, değerlendirebilme ve sentezleyebilme yönlerinin geliştirilebilmesi olmalıdır (Frenk ve diğerleri, 2010; Young ve diğerleri, 2014).

2.13. En İyi Kanıt Nasıl Elde Edilir?

Klinisyenin en iyi kanıta ulaşması öncelikle en iyi dergiyi sonra en iyi yayını bulmasıyla başlar (Güneş, 2017). Bunun yanında birçok alanda, aynı uygulamaları destekleyen araştırma sonuçları olduğu gibi reddeden araştırma sonuçları da mevcuttur. Tek bir araştırmanın sonucuna bakılarak klinik karar vermek doğru değildir. Sonuçlar titizlikle değerlendirilip sonrasında hasta için uygun olan klinik karar verilmelidir (Kocaman, 2003; Youngblut ve Brooten, 2001). En güçlü kanıt, yüksek kaliteli araştırmalardır. Kanıt düzeyleri yüksek makaleler ve kanıt düzeyleri düşük makaleler karşılaştırıldığında kanıt düzeyleri düşük makaleler sayısal olarak daha fazladır. Kanıt düzeyleri yüksek olan makalelerin sayılarının arttırılması için daha fazla finansal, teknik ve insan gücüne ihtiyaç vardır (Hung ve diğerleri, 2015). Kanada, ABD ve İngiltere gibi ülkeler KDU ile ilgili çeşitli forumlar, enstitüler ve merkezler kurarak kanıtların sağlık kararlarına çevrilmesini teşvik etmektedir. Cochrane, Joanna Bringgs Institute gibi işbirlikçi yapımlarla klinik kanıtlar derlenmiş, analiz edilmiş, sentezlenmiş ve raporlanmıştır (Thiel ve Ghosh, 2008).

En iyi kanıt sorusuna verilen yanıt günümüzde hala “Altın standart” olarak kabul gören randomize kontrollü çalışmalarla yapılmış sistematik derlemeler ve meta-analizlerdir (Colyer ve Kamath, 1999; Kocaman, 2003). Sistematik derlemeler, herhangi bir konuda yapılmış bütün araştırmaların örnekleme alınarak sistematik olarak değerlendirilmesi sonucu ortaya çıkan araştırma sonuçlarıdır. Araştırıcı yanlılığı en aza inmiştir (Kocaman, 2003; Stevens, 2001). Meta-analiz araştırmaları ilk olarak 1990’lı yıllarda ortaya çıkmış ve ortaya çıkmasıyla kanıt kalitesinde yeni bir ölçüt oluşturmuş ve birçok üstünlük sunmuştur (Hung ve diğerleri, 2015). Cochrane 1993 yılında faaliyet göstermeye başlayan bir kurumdur. Joanna Briggs Enstitüsü ise 1996 yılında kurulmuştur. Joanna Briggs Enstitüsü ve Cochrane merkezi nitelikli ve geçerli olan

yayınların özetlerini bir arada toplayan kuruluşlardandır (Kocaman, 2003; Yılmaz ve Çöl, 2014).

Son yıllarda tüm yayın türlerinde sayısal anlamda artış mevcuttur. Kanıta dayalı uygulamaların gelişimi için yalnızca belirli yayın türlerinin değil hepsinin büyümesi önemli ve gereklidir. KDU'lar adım adım gelişir. Düşük kalitede ki araştırmalardan elde edilmiş veriler yüksek kalitede kanıt sunan araştırmalar için veri noktaları oluşturmaktadır (Hung ve diğerleri, 2015).

2.13.1. Kanıt Hiyerarşisi

Kanıt I düzeyinde ki çalışmalar en güvenilir çalışmalardır. Sistematik derlemeler, belli bir konu üzerinde yapılan araştırmaların belli yöntemlerle incelendiği bilimsel inceleme türüdür (Stevens, 2001). Kanıt IV düzeyinde ki çalışmalar ise güvenilir olmayan ve yan tutmanın yüksek olduğu çalışmalardır (Guyatt ve diğerleri, 2008).

Hemşirelikte kanıtların düzeylerinin belirlenmesi için Joanna Briggs Enstitüsü tarafından kabul görmüş Tablo 1'deki kanıt düzeyi sınıflandırılması kullanılmaktadır.

Tablo 1: Joanna Briggs Enstitüsü Kanıt Düzeyi Sınıflaması (Joanna Briggs, 2003)

Kanıt Düzeyi	**Kanıt Tipi**
I	Randomize Kontrollü çalışmalar (RKÇ) ile elde edilen meta-analizler ve sistematik derlemeler
II	En az bir iyi tasarlanan RKÇ'ler ile elde edilmiş kanıt
III.I	Randomize olmayan, iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıt

III.II	Birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış, iyi tasarlanmış kohort ya da vaka-kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt
III.III	Girişimli ya da girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıt. Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçları
IV	Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoritelerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporları

***Kocaman, 2003; Güneş, 2017**

2.13.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik ile İlgili Kanıt ve Araştırmalara Nereden Ulaşabiliriz?

Hemşirelerin kanıt ararken kullanabileceği veri kaynaklarının bazıları aşağıda sıralanmıştır.

1. CINAHL - https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases
2. Cochrane Library- https://www.cochranelibrary.com/
3. Oncology Nursing Society- https://www.ons.org/
4. Rochester University Evidence-Based Resource Guide- https://www.urmc.rochester.edu/search.aspx?q=Evidence%20based
5. Ulakbim - http://ulakbim.tubitak.gov.tr/
6. PubMed- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
7. Ovid - https://www.ovid.com/site/index.jsp
8. ScienceDirect- https://www.sciencedirect.com/
9. BMJ Evidence-Based Medicine - https://ebm.bmj.com/
10. HEMAR-G - http://hemarge.org.tr/
11. Opengrey- http://opengrey.eu
12. NIHR- https://www.nihr.ac.uk/
13. Sigma Global Nursing- https://www.sigmanursing.org
14. Wiley Online Library https://onlinelibrary.wiley.com/
15. APA-PsycINFO- https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/

16. Proquest Nursing & Allied Health- https://www.proquest.com/products-services/pq_nursingahs_shtml.html
17. Joanna Briggs Institute- http://joannabriggs.org
18. EBSCQ- https://www.ebsco.com
19. Campbell Collaboration - https://www.campbellcollaboration.org/
20. York Univesity of Evidence-Based Nursing Center- https://www.york.ac.uk/healthsciences
21. Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)- https://www.ahrq.gov/

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Bu araştırma Maltepe Üniversitesi Tıp fakültesi hastanesinde Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Tıp fakültesi hastanesinde çalışan 92 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem yapılmayıp, tüm evren örnekleme alındı. Evreni, belirlenen tarihlerde ulaşılabilen ve araştırmayı kabul eden tüm hemşireler oluşturdu. Araştırma tek merkezde yürütüldü ve tüm servislerde çalışan hemşirelere uygulandı.

3.4. Araştırmanın Süre ve Olanakları

Araştırma 2019 yılı içinde planlandı. 17 Ocak 2019 tarihinde etik kurula sunuldu ve tez önerisi kabul edildi. Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında veriler toplandı ve araştırmanın bulguları değerlendirildi.

3.5. Araştırmanın Etik ilkeleri

Araştırma için T.C. Maltepe Üniversitesi'nden [Ek.1] 2019/01-01 karar nolu ve 17/01/2019 tarihli etik kurul izni alındı. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelik hizmetleri biriminden izin alındı.

Araştırma için Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayan, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan Yasemin Ayhan'dan [Ek.2] izin alındı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişken: Kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutum ölçeği puanı.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, görev süresi, çalışma şekli, çalıştığı birim, daha önce KDH terimini duyması, bilimsel dergilere üye olmak, mesleki derneğe üye olmak, mesleki yayınları takip etmek, mesleki toplantılara katılmak,öğrenim sürecinin devam etmesi, hizmet içi eğitimlerde KDU konusunda eğitim alması, eğitim hayatında KDU dersi alması ve daha önce KDU ile ilgili bilimsel araştırmaya katılmış olması, KDUYT'ları etkileyebileceği düşünülen değişkenleri içermektedir.

3.7. Veriler ve Toplanması

Araştırma verileri, çalışmaya katılım onam [Ek.3] formu, hemşirelerin tanıtıcı bilgilerini içeren 16 soruluk "Sosyodemografik form" [Ek.4] ve 15 sorudan oluşan "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği" [Ek.5] ile toplandı. Hemşirelik tanıtım formunda, hemşirenin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, görev süresi, çalışma şekli, çalıştığı birim, daha önce KDH terimini duyması, bilimsel dergilere üye olmak, mesleki derneğe üye olmak, mesleki yayınları takip etmek, mesleki toplantılara katılmak, öğrenim sürecinin devam etmesi, hizmet içi eğitimlerde KDU konusunda eğitim alması, eğitim hayatında KDU dersi alması ve daha önce KDU ile ilgili bilimsel araştırmaya katılmış olması bilgileri mevcuttur.

3.7.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği:

Bu ölçek 2011 yılında İspanya'da Ruzafa-Martinez, Lopez-Ibaorra ve Madrigal-Torres tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması Ayhan, Kocaman ve Bektaş (2015) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada Türkçe formu kullanılmıştır.

Ölçek 15 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. 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 lipert 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. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Özgün ölçegin güvenilirlik katsayısı α =.86 dır. Alt boyut güvenilirlilik katsayıları: İnanç Alt Boyutu için α =.86, Uygulama Niyeti Alt Boyutu için α =.63, Duygular Alt Boyutu için= .70 tir (Ruzafa-Martinez ve diğerlerinden aktaran Ayhan, Kocaman ve Bektaş, 2015, s.26).

3.7.2.Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutları

3.7.2.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler Alt boyutu; Hemşirelerin klinik çalışmalarda kanıta dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve beklentilerine ilişkin maddeleri içermektedir (1,2,7,9,11,13 ve 14. Maddeler).

3.7.2.2. Kanıta Dayalı Hemşirelikle ilgili Duygular Alt Boyutu; Kanıta dayalı hemşireliğe verilen önem boyutunu, klinik uygulamalarda ki kullanım yararlarını ve hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelikle ilgili duygularına yönelik maddeleri içerir (4,8,10,15.maddeler)

3.7.2.3. Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti Alt Boyutu; Kanıta dayalı uygulamaları yapma davranışları veya niyetleri, algılanan engelleri, iş yükü ve eğitim için ayrılan sürenin kanıta dayalı hemşirelik için kullanılmasına ilişkin maddeleri içerir (3,5,6,12.maddeler) (Ruzafa-Martinez ve diğerlerinden aktaran Ayhan ve diğerleri; 2015, s.26).

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada araştırmacının geliştirdiği sosyodemografik bilgi formu ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği kullanıldı. Anket formu tüm hemşirelere ulaştırıldı. Anket ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 10 dk. sürdü. Veriler öz bildirime dayalı olarak toplandı.

3.9. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırmaya yönelik veriler analiz edilirken SPSS (Statistical Package For Social Sience) 24.0 paket programı kullanıldı. Verilerin analiz edilmeden önceki ilk aşamasında parametrik veya nonparametrik hangi testlerin kullanılacağını belirlemek amacıyla Jarque-Bera testi yapıldı ve verilerin normal dağılmadığı sonucuna ulaşıldı.

Anket verilerinin güvenirliğinin araştırılması için duygular, inanç ve beklentiler ve uygulama niyet alt boyutu için ayrı ayrı güvenilirlik analizleri yapıldı. Bu hususta Cronbach alfa katsayısı hesaplandı ve bu katsayının .70 ve üzerinde olması beklendi. Verilerin analiz kısmında ise Kruskall Wallis testi ve Spearman Sıra korelasyon katsayısı kullanıldı.

3.10. Güvenilirlik Analizi

Anket kapsamındaki maddelere güvenilirlik analizi yapıldığında anketin genel olarak güvenilir olduğu literatürde yapılan analizlerce desteklenmiştir.

KDHYTÖ'nün toplam güvenirlik katsayısı .89, alt boyut güvenirlik katsayıları, İnanç Alt Boyutu için α=.84 Uygulama Niyeti Alt Boyutu için .68, Duygular Alt Boyutu için .71'dir,

BÖLÜM 4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Aşağıdaki Tablo 2'de farklı bölümlerde çalışan 92 hemşire ile yapılan sosyodemografik anket sonuçlarına ait bilgiler verilmiştir.

Tablo 2: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	*n:92*	*%*
Cinsiyet		
Kadın	76	82.6
Erkek	16	17.4
Yaş		
18-30 arası	75	81.5
31-61 arası	17	17.5
Medeni durum		
Evli	62	67.4
Bekar	27	29.3
Eşinden ayrı/Ölmüş	3	3.3
Eğitim durumu		
Lise	40	43.5
Önlisans	33	35.9
Lisans	20	21.7
Yüksek Lisans	7	7.6
Doktora	1	1.1
Görev süresi		
0-12 ay	23	25.0
2-5 yıl	33	35.9
6-10 yıl	20	21.7
11-15 yıl	16	17.4
Çalışma şekli		
Gündüz	2	2.2
Gece	24	26.1
Vardiyalı	66	71.7
Çalıştığı birim		
Dahiliye servisi	18	20

Cerrahi servisi	21	23
Kardiyoloji servisi	4	4.5
Kadın doğum servisi	6	6.5
Ameliyathane	8	9
Acil servis	18	20
Psikiyatri servisi	4	4.5
Diyaliz	1	1.2
İnfertilite	1	1.2
Pediatri servisi	2	2.2
Endoskopi	3	3.4
Yönetim	4	4.5
Daha önce KDU terimini duyma durumu		
Evet	55	60
Hayır	37	40
Bilimsel dergilere üyelik		
Evet	8	8.7
Hayır	84	91.3
Mesleki derneğe üyelik		
Evet	11	12
Hayır	81	88
Mesleki yayınları takip etme durumu		
Evet	11	12
Hayır	8	88
Mesleki toplantıya katılım		
Evet	75	81.5
Hayır	17	18.5
Şu an devam eden mesleki eğitim süreci		
Hayır	60	65.2
Önlisans	10	10.9
Lisans	14	15.2
Yükseklisans	6	6.5
Doktora	2	2.2
Kurumda KDU konusunda hizmet içi eğitim almak		
Evet	35	38
Hayır	57	62
Eğitim hayatında KDU dersi almak		
Evet	43	46.7
Hayır	49	53.3
Daha önce KDU' ya yönelik bilimsel araştırmaya katılmak		

Evet	11	12
Hayır	81	88

Tablo 2'ye bakıldığında farklı bölümlerde çalışan 92 hemşire ile yapılan anket sonuçlarına ait bilgiler verilmiştir. Ankete katılan hemşirelerden 76 tanesi kadın ve örneklem kümesinin %82.6'sını, 16 erkek hemşire ise örneklemin %17.4'ünü oluşturmaktadır.

Hemşirelerin yaş grubuna bakıldığında genel dağılım 18-45 yaş aralığındadır ve 18-30 yaş arası hemşireler örneklemin %81.5'ini, 31-45 yaş aralığındaki hemşireler ise örneklemin %17.5'ini oluşturmaktadır.

Hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında ise %67.4'ünün evli, %29.3'ünün bekar ve geriye kalan %3.3'ünün ise boşanmış olduğu söylenebilmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları ise son mezun olunan okul olarak dikkate alınmış olup, genel seyir lise ve önlisans mezunlarının ağırlıkta olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında anket sonuçlarına göre; çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %43.5'i lise, %35.9'u önlisans, %21.7'si lisans, %7.6'sı yüksek lisans ve %1.1'i ise doktora programlarında eğitimini tamamladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Analiz kapsamındaki hemşirelerden 2 yılın altında görev yapan hemşireler örneklem grubunun %25'ini, 2 ile 5 yıl arasında görev yapanlar %35.9'unu, 6 ila 10 yıl arasında görev yapanlar %21.7'sini ve 11 ile 15 yılın üzerinde görev yapanlar ise %17.4'ünü oluşturmaktadır.

Hemşirelerin %71.7'si vardiyalı, %26.1'i gece ve %2.2'si ise gündüz görev yapmaktadır.

Ankete katılan hemşirelerin büyük bir çoğunluğuna kanıta dayalı hemşirelik kavramı hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda %60'ı bilgi sahibi olduklarını ve bu kavramı okulda veya mesleki toplantılarda öğrendikleri cevabı alınmıştır.

Bilimsel dergilere üyeliği olan hemşireler örneklemin %8.7'sini oluştururken, üyeliği olmayanlar ise % 91.3'ünü oluşturmaktadır. Benzer şekilde mesleki derneğe üyeliği olan hemşirelerin anket içindeki payı %12, üyeliği olmayanlar ise %88'ini oluşturmaktadır. Mesleki toplantıya katılanların oranı %81.5 iken mesleki toplantıya katılmayanların oranı %18.5'tir. Mesleki yayınları takip edenlerin oranı %12 iken etmeyenlerin oranı ise %88 olarak bulunmuştur.

Ankete katılan hemşirelerin %2.2'si doktora, %6.5'i yüksek lisans, %10.9'u önlisans eğitim programına devam etmekte ve geri kalan %80.4'lük kısmı ise hiçbir eğitim programa devam etmemektedir.

Ankete katılan hemşirelerden hizmet içi eğitim alan hemşireler örneklemin % 38'ini ve hizmet içi eğitim almayan hemşireler örneklem grubunun %62'sini oluşturmaktadır. Benzer şekilde ankete katılan hemşirelerden 43 tanesi daha önce kanıta dayalı uygulama dersi almış ve ve örneklem kümesinin %46.7'sini, 49 hemşire ise daha önce kanıta dayalı uygulama dersi almamış ve örneklemin %53.3'ünü oluşturmaktadır.

Ankete katılan hemşirelerden 11 tanesi daha önce bilimsel araştırmaya katılmış ve örneklem kümesinin %12'sini, 81 hemşire ise daha önce bilimsel araştırmaya katılmamış ve örneklemin %82'sini oluşturmaktadır.

Tablo 3'te araştırmaya katılan hemşirelerin KDHYTÖ ve alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 3: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alt ve üst değerler	Ölçekten alınan alt ve üst değer	Her bir ölçek İçin ortalama puanlar(SD±ort)
KDHY İnanç ve Beklentiler	7-35	17-33	30.51±4.36

KDU Niyeti	4-20	7-19	12.69±2.65
KDH ile İlgili Duygular	4-20	5-14	8.13±3.70
KDHYTÖ Toplam Puan	15-75	28-62	51.33±5.18

Tablo 3'e bakıldığında Hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması 51.33± 5.18'dir. "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler" alt boyutu puan ortalaması 30.51±4.36'dır. "Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti" alt boyutu puan ortalaması 12.69±2.65'dir."Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular" alt boyutu puan ortalaması 8.13±3.70'tir.

Tablo 4: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutum Ölçek(KDHYT Puan Ortalaması ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri	**KDHYT Ölçek Puanı**	**İstatistiksel Analiz (Z/KW)**	
KDHYTÖ	51.33 ±5.1	Z=-0.0987	p=0,135
Cinsiyet			
Kadın	51.95±5.61	Z=-0.0558	p=0.052
Erkek	51.12±5.48	Z=-0.2580	p=0.336
Yaş			
18-30 arası	51.55±5.28	Z=-0.654	p=0.321
30-61 arası	51.06±5.21	Z=-1.329	p=0.623
Medeni durum			
Evli	52.26±5.21	KW=6.124	**p=0.013***
Bekar	51.89±3.62	KW=3.225	p=0.321
Diğer	51.09±2.76	KW=1.672	p=0.628
Eğitim durumu			
Lise	49.91±4.12	KW=5.536	**p=0.027***

Önlisans	49.01±3.75	KW=1.862	**p=0.010***
Lisans	51.08±4.08	KW=2.468	p=0.63
Yüksek Lisans	52.35±4.26	KW=7.841	**p=0.231**
Doktora	52.88±4.28	KW=1.117	**p=0.650**
Görev süresi			
0-12 ay	51.89±4.91	KW=7.001	p=0.569
2-5 yıl	51.07±4.21	KW=6.329	p=0.035
6-10 yıl	51.12±4.86	KW=7.841	p=0.231
11-15 yıl	50.31±4.97	KW=8.876	**p=0.068***
Çalışma şekli			
Gündüz	51.12±4.69	KW= 3.165	p=0.86
Gece	51.48±4.29	KW= 0.891	p=0.394
Vardiyalı	51.08±4.81	KW= 0.631	p= 0.517
Bilimsel dergilere üyelik			
Evet	51.57±5.08	Z=-0.218	p=0.932
Hayır	51.01± 4.98	Z=-0.569	p=0.421
Mesleki derneğe üyelik			
Evet	51.06±5.11	Z=-2.584	p=0.059
Hayır	51.01±5.02	Z=-1.67	p= 0.813
Mesleki toplantıya katılım			
Evet	51.18±4.48	Z=-2.78	p=0.085
Hayır	51.01±4.27	Z=-0.135	p=0.123
Şuan devam eden mesleki eğitim süreci			
Hayır	49.56±4.19	KW= 3.676	**p=0.183***
Önlisans	51.02±4.03	KW= 7.583	p=0.031
Lisans	51.17±5.05	KW= 7.006	p=0.028
Yükseklisans	52.09±4.91	KW= 8.316	**p=0.012***
Doktora	52.26±5.09	KW= 6.291	**p=0.045***
Hizmet içi eğitim almak			
Evet	51.51±5.13	Z=-1.237	p=0.0653
Hayır	50.89±5.028	Z=-0.155	**p=0.085***
Eğitim hayatında KDU dersi almak			
Evet	52.04±5.09	Z=-3.167	**p=0.049***
Hayır	51.01±5.12	Z=-2.115	p=0.159
Daha önce KDU'ya yönelik bilimsel araştırmaya katılmak			
Evet	52.01±5.008	Z=-2.698	**p=0.001***
Hayır	50.94 ±5.16	Z=-1.064	p=0.642

(*: İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05, KW: Kruskall Wallis testi, Z: Spearman Sıra korelasyon)

Yukarıdaki tabloya bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş, çalışma şekli, bilimsel dergiye üye olma, mesleki derneğe üye olma, mesleki yayınları takip etme, mesleki toplantılara katılma ve hizmet içi eğitim alması arasında anlamlı bir fark yoktur sonucuna ulaşılmıştır.

Diğer yandan araştırmaya katılan hemşirelerin evli olma durumu, görev süresi, eğitim durumu, mesleki eğitime devam etme, eğitim hayatında KDU dersi alma ve daha önce bilimsel araştırmaya katılma arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2. Tartışma

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde önemli gelişmelerden biri KDU'nın kullanımı ve geliştirilmesidir (Andrae ve diğerleri, 2016; Schafer ve Welton, 2018). Yapılan bu araştırmada hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamasının 51.33±5.18 olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınan min. puan 15 ve max. puan 75'tir. Bu açıdan bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin KDHYTÖ orta düzeyde olduğu söylenebilir. Literatürü incelediğimizde Daştan ve Hintistan'ın (2018) dahiliye servislerinde yaptığı araştırmada hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalamasının 57.35±9.45 olduğunu saptamışlar ve tutumların orta düzeyde olduğu belirlenmişdir. Yine Durmuş, Gerçek ve Çiftci'nin (2017) araştımasında hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması 53.75±9.39 ile orta düzeyde bulunmuştur. Küçükoğlu, Bükecik, Aytekin ve Çelebi'nin (2015) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalaması 57.03±9.06 olarak saptanmıştır. Yılmaz ve diğerlerinin (2017) araştırmasında hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması 57.14±8.27'dir. Tüm bu araştırma sonuçlarını karşılaştırdığımızda araştırma sonucu literatüre göre düşük çıkmıştır. Bu farklılığın araştırmanın tek bir birimde değil tüm servislerde çalışan hemşirelere uygulanmasından, araştırmaya katılan hemşirelerin %79.4'ünün eğitim düzeyinin lise ve önlisans seviyesinde olmasından ve farklı bir hastaneye uygulanmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Eğitim düzeyi, inanç, klinik deneyim, KDU'ya duyulan güven, örgütsel durum, liderlik vasfı ve var olan kaynaklara ulaşım gibi bireysel faktörler KDU ile ilişkili kavramlardır (Boström ve diğerleri, 2013). Araştırmada KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutu ortalaması 30.51±4.36 olarak bulunmuştur. Yılmaz ve diğerlerinin (2017) araştırmasında ise KDHYTÖ alt boyutları incelendiğinde en yüksek puanı "Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler" alt boyutu (27.08±4.43) ve en düşük puanı ise "Kanıta dayalı uygulama niyeti" alt boyutundan (14.85±2.49) aldıkları görülmektedir. Melnyk ve diğerlerine (2004) göre hemşirelerin KDU'ya yönelik inançlarının ortalama puanlarının yüksek olması kliniklerde KDU'nın daha fazla uygulandığını gösterir. Araştırma sonucumuzda KDU inanç alt boyutu (30.51±4.36) yüksek olmasına rağmen KDU niyeti alt boyutu (12.69±2.65) puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. Scurlock-Evans, P.Upton ve D.Upton, (2014) ise bu durumda yalnızca KDU'ya yönelik inanç ve tutumları değerlendirmenin KDU'ya yönelik davranışlarda değişikliğe yol açamayacağını söylemişlerdir.

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine baktığımızda evli olan hemşirelerin KDHYTÖ puanı anlamlı şekilde yüksektir. Yılmaz ve diğerlerinin (2018) araştırmasında ise medeni durum puan ortalaması KDHYTÖ'ni etkilememektedir.

Araştırma sonucunda görev süresi 11-15 yılın üzerinde olan hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması (50.31±4.97) düşük bulunmuştur. Yılmaz ve diğerlerinin (2018) araştırmasında ise kırk yaş ve üstü hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının daha az pozitif olduğu ve görev süresi 10 yılın altında olan hemşirelerin ise KDHYTÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Breimaier, Halfens ve Lohrmann'ın (2011) çalışmasında mezuniyeti altı yılı geçmeyen hemşirelerin KDU yönelik tutumlarının altı yılı geçenlere göre daha olumlu olduğu ve aradaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir. Literatür araştırma sonucunu desteklemektedir. Bu durum yeni mezun olan hemşirelerin KDU konusunda daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir. KDU'ya yönelik hizmet içi eğitim programlarının verilmesi ve mentörlük sisteminin geliştirilmesi bu engeli ortadan kaldırabilir. Araştırma sonucunda çalıştığı birim ile hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin eğitim durumları ve KDHYTÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yüksek lisans (52.35±4.26) ve doktora (52.88±4.28) yapmış hemşirelerin puan ortalaması yüksektir. Yurt, Kolaç ve Şadi'nin (2019) lisansüstü eğitim alan ve kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırmada, hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda herhangi bir uygulama görmediklerini belirlemişlerdir. Yine Yılmaz ve diğerleri (2018) hemşirelerin KDUYTÖ puan ortalamalarını 46.3±3.95 olarak saptamıştır. Çalışma sonucunda bilimsel toplantılara katılan ve eğitim seviyesi yüksek hemşirelerin duygular alt boyutu puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir. İnanç ve beklentiler alt boyutu puan ortalaması lisansüstü eğitim almış hemşirelerde anlamlı oranda yüksektir. Mulenga ve Naidoo (2017) yaptığı araştırmada hemşirelerin KDU ile ilgili ortalama bilgiye sahip olduğunu fakat tutumların olumlu bile olsa uygulamaların çok düşük olduğu sonucuna varmıştır. Araştırma sonucumuz literatür ile benzerdir. Bu sonuç olumlu tutumların davranışa dönüştürmede itici kuvvet olarak kullanılabileceğini ve klinik alanlarda uygulama ile ilgili rehberlere ve mentörlere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin eğitim hayatında KDU dersi almış olması ve KDHYTÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Eğitim hayatında KDU dersi alan hemşirelerin puan ortalaması (52.04±5.09) yüksektir. Karataş Baran, Atasoy ve Şahin (2019) hemşirelerin eğitim hayatlarında KDU dersi almış olmalarının kanıta dayalı tutumlarını etkilediklerini belirtmişlerdir. Şenyuva (2016) araştırmasında iş ve eğitim hayatını birleştirecek okul-hemşire işbirliği sağlanması gerektiğini ve akademisyen hemşireler ve hemşirelerin bu işbirliğinde aktif görev almalarını önermiştir. Eğitim hayatından başlayan süreçte KDU dersi almak veya KDU konusunun anlatımı hemşirelerin klinik alanlarda KDU'lara yönelik bakış açısını etkilemektedir. KDU ile ilgili görev yalnızca klinik alanlarda çalışan hemşirelerin değildir. Eğitim süreci boyunca öğrenci hemşirelere KDU'nın önemi kavratılmalıdır. Hemşire akademisyenler günümüz teknolojisine ve öğretim materyallerine ayak uydurabilmelidirler. Ayrıca hemşire akademisyenlerde eğitimlerini kanıta dayandırmalıdırlar.

Araştırma sonucunda mesleki eğitim süreci devam eden hemşireler ve KDHYTÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yüksek lisans

(52.09±4.91) ve doktora (52.26±5.09) yapan hemşirelerin puan ortalaması yüksektir. Performansı izleme ve yönetme ile sorgulama ve uygulama arasında bir dengeye ihtiyaç vardır. Bu ise yöneticinin hem iyi bir yönetici artı kolaylaştırıcı bir lider vasıflarıyla harmanlanmasıyla mümkündür (Harvey ve diğerleri, 2019). Araştırma sonucunda hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması (50.89±5.028) düşük bulunmuştur. Kanıt arayışında ve değerlendirilmesinde sağlanan rehberlik ve yönlendirme, yönetici desteği, işbirliği ve kaynakların geliştirilmesi önemlidir (Polit ve Beck, 2007). Meslek hayatına yeni başlayan her hemşireye oryantasyon sürecinde ve sonrasında hizmet içi eğitim programlarında KDU konusu anlatılmalıdır.

Araştırma sonucuna göre, bilimsel dergilere üyeliği olan hemşireler örneklemin %8.7'sini oluştururken, üyeliği olmayanlar ise % 91.3'sini oluşturmaktadır. McSherry ve diğerleri (2006) KDU'lara yönelik tutumların, pozisyon veya mesleki yayın takip edip etmediğiyle ilişkisinin olmadığını söylemiş ve %69'unun mesleki dergi okuduğunu, %44'ünün ayda 1-4 kez internetten veri tabanlarına girerek bilgi sahibi olmaya çalıştıklarını bildirmiştir. Daştan ve Hindistan'ın (2017) araştırmasına baktıgımızda ise hemşirelerin %56.3'ü mesleki yayınları takip etmekte ve %62.5'i bilimsel toplantılara katılmaktadır. Araştırma sonucuna göre bilimsel dergi ve mesleki dergiye üyeliği olanların oranı %12 iken mesleki toplantıya katılanların oranı %81.5'tur. Bu açıdan bakıldığında bilimsel dergi ve mesleki dergilere üyeliği olmayan hemşirelerin, mesleki toplantıya katılım oranlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir. Fakat bilimsel dergilere üye olmak, mesleki dergilere üye olmak ve mesleki toplantılara katılma durumları ile KDHYTÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Mesleki derneğe üye olmanın KDU'ları hayata geçrmede etkili olmadığı düşünülebilir. Ancak mesleki örgütlerin KDU konusunda teşvik edici politikaların oluşturulmasında önemli rolleri vardır. Bunun hayata geçirilmesi için hemşirelik örgütlerinin ortak bir çalışma yürütmesi yararlı olabilir.

Bilimsel araştırma; sistemli bir bilgi üretim etkinliği olarak tanımlanabilir (Çelik, Önder, Durmaz, Yurdusever ve Uysal, 2014; Erdoğan, 2014; Karasar, 2005). Hemşirelerin yalnızca %12'si bilimsel araştırmalara katılmıştır ve araştırma sonucuna göre daha önce KDU'ya yönelik bilimsel araştırmaya katılmış olmak anlamlı düzeyde KDHYTÖ ortalamasını yükseltmektedir. Yılmaz ve diğerleri (2017) araştırmalarında

hemşire grubunun %39.8'inin bilimsel toplantılara katıldığını ve yalnızca %.32.8'inin mezuniyet sonrası hemşirelik ile ilgili bilimsel araştırma yaptığını belirtmiştir. LP.Wang, Jiang, L.Wang, GR.Wang ve Bai (2013) araştırmalarında hemşirelerin %83.1'inin araştırma deneyimlerinin olmadığını ve %60.7'sinin KDU konusunda hiçbir fikrinin olmadığı sonucuna varmışlardır. Demir ve diğerlerinin (2012) yaptıkları araştırmada ise hemşirelerin %54.9'unun bilimsel bir etkinliğe katılmadığı ve hemşirelerin %62.2'si ise bilimsel araştırmalardan hiç haberlerinin dahi olmadığını belirtmiştir. Hemşirelik mesleğinin ve hemşirelik bakımlarının ilerlemesi açısından hemşirelik araştırmalarının önemi vurgulanmalıdır (Herdman, 2010). Ayrıca hemşirelik eğitimi veya meslek yaşamı boyunca herhangi bir araştırma yapmış olmanın KDHYTÖ'nin ortalamasını yükseltmesi beklenen bir durumdur.

Araştırma sonucunda hemşirelerin %60'ı KDU hakkında bilgi sahibidir. Hemşirelere KDU terimini nereden duydukları sorulduğunda ise hemşireler bu terimi okulda veya mesleki toplantılarda duyduklarını söylemişlerdir. Yapılan bir araştırmada hemşirelerin %55'i kanıda dayalı terimini bilmediklerini ya da çok az bildiklerini, %45'i bildiklerini ve ılımlı yaklaştıklarını belirtmişlerdir (Shifaza ve diğerleri, 2014). Yılmaz ve diğerlerinin (2017) araştırmasında hemşirelerin %59.7'si kanıta dayalı uygulamaları kullanmadığını ve hemşirelerin %55.9'u ilgili kanıtlara ulaşabileceği kaynakları bilmediğini belirtmiştir. Yılmaz ve diğerleri (2018) hemşirelerin %59.7'sinin uygulamalarda kanıta dayalı uygulamaları kullanmadığını ve %55.9'unun kanıtlara ulaşabileceği kaynakları bilmediğini belirtmiştir. Yine Yılmaz ve Gürler'in (2017) araştırması hemşirelerin %97.8'inin verdikleri bakımın temelinin kanıtlara dayandırılması gerektiğine inandıklarını göstermiştir. Hemşirelerin KDU'ya olan inançlarını, KDU'yı ne kadar uyguladıkları, iş tatmini, grup uyumu ve örgütsel kültürle anlamlı şekilde koreledir (Melnyk ve diğerleri, 2010).

BÖLÜM 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuç

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesine yönelik yaptığımız çalışmamızda, hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutu ortalama puanının yüksek bulunması, hemşirelerin uygulamalarda kanıt temelli uygulamalara inandıklarını göstermektedir. KDHYTÖ uygulama niyeti alt boyutunun orta düzeyde bulunması ise KDU' lara inanmanın davraniş değişikliğine sebep olmadığını göstermiştir. Hemşirelere ait sosyodemografik anket ve KDHYTÖ puan ortalamasına baktığımızda ise; hemşirelerin evli olma durumu, görev süresinin az olması, eğitim durumunun yüksek olması, mesleki eğitime devam ediyor olması, eğitim hayatında KDU dersi almış olması ve daha önce bilimsel araştırmaya katılmış olması ile KDHYTÖ puan ortalamasını arasında pozitif yönde anlamlı bir fark vardır.

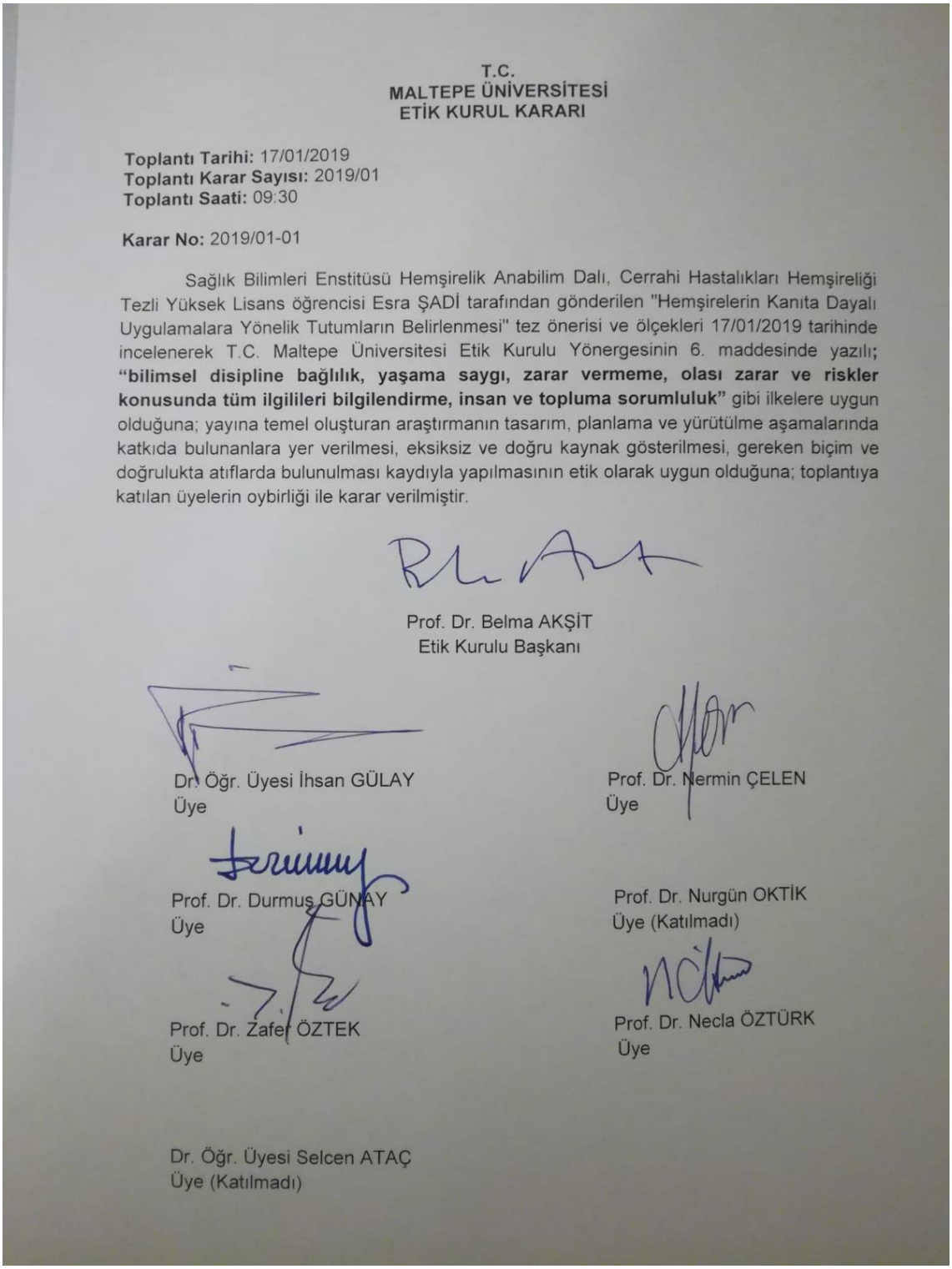
5.2.Öneriler

Araştırma süreci ve sonuçları göz önüne alındığında, hemşirelik eğitim sürecine KDU dersleri eklenmeli ve yapılan diğer derslerin içeriği kanıt düzeyleri vurgulanarak genişletilmeli, öğrencilikten başlayarak kanıt düzeyi sorgulama davranışı geliştirerek devam eden mesleki hayatta hemşirelerin devamlı eğitim süreçleri içinde yer alması kurumlarca desteklenmelidir. Hemşire yöneticiler meslek hayatına yeni başlayan hemşirelere oryantasyon eğitimi verirken, devam eden süreçte hizmet içi eğitim programlarında KDU' lara yer vermelidirler. Hemşirelere zaman yaratılarak ve maddi destek sağlanarak hemşirelerin bilimsel araştırmalara katılmaları desteklenmelidir. Hala KDU terimini duymayan hemşireler mevcuttur. Yapılan uygulamaların gerekçesi ve kanıt düzeyini hemşire gözlem ve bakım planlarının içerisinde de belirterek, KDU'dan haberi olmayan hemşirenin bu konuda gereksinim hissetmesi sağlanabilir. Her hastanede KDU birimi açılmalı ve mentör hemşireler yetiştirilmelidir.

Hemşireler; dergileri takip etme, kongrelere-sempozyumlara katılma, bilimsel yayınları okuma yönünden desteklenmeli veya hemşirelerin yeni bilgiye kolay ulaşabileceği bir alan yaratılmalıdır. Yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin KDUYTÖ puan ortalamasının anlamlı ölçüde yüksek olmasına bakılırsa hemşirelik mesleği devamlı öğrenim ve eğitim gerektiren bir meslektir. Hemşireler çalıştıkları kliniklerde sürekli eğitimleri için desteklenmeli ve aylık veya haftalık KDU'lara yönelik vaka sunumlarıyla birbirlerine katkı sağlamalıdırlar. Hemşirelerin eğitim düzeyi en az lisans seviyesinde olmalı ve eğitim programları KDU'lara yönelik düzenlenmelidir. Hemşireler arası iletişim güçlendirilmeli ve örgütsel birliktelik sağlanmalıdır. Yönetici hemşireler, kliniklerde çalışan hemşirelerle beraber protokolleri oluşturmalı ve KDU komiteleri kurmalıdırlar.

EK'LER

Ek.1: Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 17/01/2019
Toplantı Karar Sayısı: 2019/01
Toplantı Saati: 09:30

Karar No: 2019/01-01

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Esra ŞADİ tarafından gönderilen "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumların Belirlenmesi" tez önerisi ve ölçekleri 17/01/2019 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; **"bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk"** gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurulu Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi İhsan GÜLAY
Üye

Prof. Dr. Nermin ÇELEN
Üye

Prof. Dr. Durmuş GÜNAY
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye (Katılmadı)

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK
Üye

Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Selcen ATAÇ
Üye (Katılmadı)

Ek.2: KDHYTÖ Kullanım İzin Belgesi

KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ **(KDHYTÖ)**
Türkçe'ye uyarladığımız **"Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğini"** 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; 17(2-3): 21-35. http://hemarge.org.tr/dergi/sayi/39** 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.
Araştırmacı: Esra ŞADİ
Araştırma başlama tarihi:15Şubat — Kurum:Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Araştırma bitiş tarihi:15 Nisan	Email: sadiesra8755@gmail.com
Örneklem Sayısı ve Özellikleri : Ankete katılım gösteren hemşirelerin hepsi örneklemi oluşturacaktır.	
Araştırmanın/Projenin Amacı: Bu çalışma hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarının belirlenmesini amaçlamıştır.	
*Bu belgeyi imzalayarak, KDHYTÖ ile ilgili verileri ve örneklem özelliklerini paylaşmayı kabul ediyorum. Bu belgeyi bütün araştırmacıların imzalamaları gerekmektedir.	
Tarih:03.01.2019	
Lütfen, bu belgeyi doldurduktan sonra aşağıdaki mail adresine gönderiniz. Yasemin AYHAN Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 35340 İncialtı/İZMİR ya.ayhan@gmail.com yasemin.ayhan@deu.edu.tr	

Ek.3: Çalışmaya Katılım Onam Formu

HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Anket No :..... **Tarih: ...../...../2019**

ARAŞTIRMA ANKETİ

Değerli katılımcı,

Kanıta Dayalı Hemşirelik;Bilimsel araştırma sonuçları ile kanıtlanmış bilginin ,klinik deneyim, hastanın gereksinim ve tercihleriyle bütünleştirilip,hastanın en çok yararına olacak şekilde hemşirelik uygulamalarına entegre edilmesidir.Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarını belirlemek ve ortaya çıkarmaktır.

Araştırmada gizliliğe uyulacak ve elde edilen bilgiler Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Anabilim Dalı yüksek lisans tez çalışması amacıyla kullanılacaktır.Anket yaklaşık 5 dk.sürecektir. Aşağıdaki her bir kutucuk puanlaması 1=hiç katılmıyorum,2=katılmıyorum,3=biraz katılıyorum,4= katılıyorum,5=tamamen katılıyorum şeklindedir Araştırmaya verdiğiniz destek ve katılımınız için teşekkür eder, mesleki hayatınızda başarılar dileriz.

Lüften soruları cevaplamadan önce yukarıda verilen bilgileri okuyunuz.

Tez Danışmanı: Dr.Öğretim Üyesi Seher YURT

Yüksek Lisans Öğrencisi.: Esra ŞADİ e-mail:sadiesra8755@gmail.com Tel:0542-615-04-22

Çalışmaya Katılım Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

İmzası:

Ek.4: Sosyodemografik Bilgiler İçeren Anket Formu

Sorular	Cevaplar
1.Cinsiyet	**1.( )** Kadın **2.( )** Erkek
2.Yaş	**1.( )**18-30 **2.( )**30-45 **3.( )**45-60 **4.( )**60 ve üstü
3.Medeni Durum	**1.( )**Bekar **2.( )**Evli **3.( )**Eşinden ayrılmış/ölmüş **4.( )**Diğer
4.Eğitim durumu	**1.( )**Lise **2.( )**Önlisans **3.( )**Lisans **4.()**Yükseklisans **5.( )** Doktora
5.Görev Süresi	**1.( )**0-12 ay **2.( )**2-5 yıl **3.( )**6-10 yıl **4.( )**11-15 yıl **5.( )**16 yıl ve üstü
6.Çalışma Şekli	**1.( )**Sadece gece **2.( )**Sadece gündüz **3.( )**Vardiyalı
7.Çalıştığı Birim	.....
8.Daha önce kanıta dayalı hemşirelik terimini duydunuz mu? Cevabınız evet ise nereden duydunuz?	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır .....
9. Herhangi bir bilimsel dergiye üye misiniz?	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır
10. Herhangi bir mesleki derneğe üye misiniz?	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır
11. Mesleki yayınları takip ediyor musunuz?	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır
12. Kurumunuzda ki mesleki toplantılara katılır mısınız?	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır
13. Şu an devam eden mesleki öğrenim süreciniz var mı?	**1.( )**Hayır **2.( )**Önlisans **3.( )**Lisans **4.( )**Yükseklisans **5.( )** Doktora
14. Kurumunuzda ki hizmet içi eğitimlerinizde kanıta dayalı uygulama konusunda eğitim verildi mi?	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır
15. Eğitim hayatınızda kanıta dayalı uygulama dersi aldınız mı?	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır
16. Daha önce kanıta	**1.( )**Evet **2.( )**Hayır

dayalı uygulamalara yönelik bir bilimsel araştırmaya katıldınız mı?	

Ek.5:

KANITA DAYALI UYGULAMALARA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

ANKET SORULARI	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Kanıta dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum	( )	( )	( )	( )	( )
2. Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Kanıta dayalı bakım vermek,günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler	( )	( )	( )	( )	( )
4. Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	( )	( )	( )	( )	( )
5. İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	( )	( )	( )	( )	( )

7. Kanıta dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir	( )	( )	( )	( )	( )
8. Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyorum/isterdim.	( )	( )	( )	( )	( )
10. Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir	( )	( )	( )	( )	( )
11. Klinik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	( )	( )	( )	( )	( )
15. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarıma entegre etmekten hoşlanmam.	( )	( )	( )	( )	( )

KAYNAKÇA

1) Akbulut, Y. ve Bayın, G. (2012). Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. C: 1(2), ss: 115-132.

2) Akcan, A., Keser, İ., Sucu, G. ve Saka, O. (2007). *Hemşirelik dersi alan öğrencilerin hemşirelik bilişimine ilişkin görüşleri.* Sağlıkta yeni teknolojiler ve mobilite. 4.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi. Antalya. 2007, ss: 78-82

3) Akgün, S. (2014). Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* C:1(2), ss: 75-82.

4) American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Washington, DC. Erişim adresi: http://nursing.rutgers.edu/civility/ANA-Code-of-Ethics-for-Nurses.pdf

5) Anderson, CA. (2019). *Evidence-based practice, A practical guide for disability and employment professionals*. Edited by: Anthony F. Shay, Assistive Technology Service Delivery, P: 189-201. Academic Press.

6) Andræ, B., Aune, AG. ve Brænd, JA. (2016). Embedding evidence-based practice among nursing undergraduates: Results from a pilot study. *Nurse Education in Practice*. V: 18, p: 30-5. doi: 10.1016/j.nepr.2016.03.004

7) Arslan, GG., Demir, Y., Eşer, İ. ve Khorshid, L. (2009). Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. C: 12(1) ss: 72-80.

8) Aştı, N. (2002). Bilgi, bilim ve hemşirelik üzerine dünden bugüne görüşler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* C: 12 (48), ss: 1–8.

9) Ayhan, Y., Kocaman, G. ve Bektaş, M. (2015). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. ss: 21-35 .

10) Ayhan,Y. ve Seren İntepeler, Ş. (2015). Yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modeli: Kanıta dayalı düşme önleme stratejilerinin kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. C: 8(3), ss: 195-202.

11) Boström, AM., Kajermo, KN., Nordström, G. ve Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers?. *Implementation Science*. V: 3(1) article 24. http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-3-24

12) Boström, AM., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, PJ. ve Wallin, L. (2013). Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: A national cross-sectional study. *BMC Health Services Research,* Article number: 165. Doi:10.1186/1472-6963-13-165, 13, 1

13) Breimaier, HE., Halfens, RJG. ve Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*. Vol: 20(11-12), ss: 1744-56. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03491.x

14) Burkhardt, MA. ve Nathaniel, AK. (2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*, İstanbul Tıp Kitabevi. (Çev: Şule Ecevit Alpar; Nefise Bahçecik; Ükke Karabacak), İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi.

15) Burns, N. ve Grove, SK. (2003). Understanding nursing research. (3rd ed.) Philadelphia: W.B. Saunders Co.

16) Chinnock, P., Siegfried, N. ve Clarke, M. (2005). Is evidence-based medicine relevant to the developing world?. PLoS Med 2: e107.

17) Claridge, JA, Fabian, TC. (2005). History and development of evidence-based medicine. *World J Surg*. Vol: 29, p: 547–553.

18) Closs, SJ. ve Cheater, FM. (1999). Evidence for nursing practice: A clarification of the issues, *Journal of Advanced Nursing*, v: 30 (1), p: 10-17 https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01043.x

19) Colyer, H. ve Kamath, P. (1999). Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: Some matters for consideration by professional practitioners. V: 29(1), p: 188-93. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00878.x

20) Cullen, L. ve Adams, S. (2010). What is evidence-based practice?. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol: 25(3), pp: 171-173.

21) Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, RB. ve Marks, S.(Ed.) (2008). Evidence-based nursing: An introduction. 1st ed., Wiley-Blackwell Company, Oxford.

22) Çelik, S., Önder, G., Durmaz, K., Yurdusever, Y. ve Uysal, N. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı ve tutumlarının belirlenmesi. *HSP*. C: 1(2), ss: 23-31.

23) Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., et al. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ. Jan 5; 5(1): 1. DOI:10.1186/1472-6920-5-1

24) De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, JM., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G., Perelló-Campaner, C. ve Gómez-Picard, P. (2011). Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff, *Journal of Advanced Nursing*, V: 68(2), p: 452-459.

25) Demir, Y., Ak, B., Bilgin NÇ., Efe, H., Albayrak, E., Çelikpençe, Z. ve Güneri, N. (2012). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi*. C: 2(2), ss: 94-101.

26) Doğan Merih, Y. ve Arslan, H. (2012). Hemşire ve ebelerin mesleki bilinç - örgütlenmeye yönelik görüşlerinin ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. C: 9(3), ss: 40-46. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2009.00161.x

27) Dugan, JE.(2019). Keeping you in the know": The effect of an online nursing journal club on evidence-based knowledge among rural registered nurses. *CIN*. Apr; 37(4): 190-195. DOI:10.1097/CIN.0000000000000507

28) Durmuş, M., Gerçek, A. ve Çiftci, N. (2017). Sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerinin kanıta dayalı tutum algıları üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 5(52): 648-661.

29) Eddy, DM. (1990). Practice policies: where do they come from? *JAMA*. 263(9): 1265-72.

30) Efendioğlu, A. ve Yanpar Yelken, T. (2009). Eğitimde yeni yaklaşımlar: Kanıt temelli öğretim. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*. Cilt: 9 (2) .

31) Erdem, AR. (2014). Atatürk'ün bilime verdiği önem: Bilimi ve bilimsel düşünceyi hayatta rehber edinmesi, *Belgi Dergisi, 8(2), 1033-1043.*

32) Erdoğan, S. (2014). *Araştırmaya giriş ve araştırma süreci.* İçinden: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, (Ed.), Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. ss. 3-4. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

33) Erkuş, B. ve Bahçecik, N. (2015). Özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerileri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. C: 1(1), ss: 1-9.

34) Estabrooks, CA. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? . *The Canadian Journal of Nursing Research* . V: 30(1), p: 15-36.

35) Estrada, N. (2009). Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. *Worldviews on Evidence Based Nursing*. V: 6(4), p: 200-9 .

36) Eşer, İ., Khorshid, L. ve Demir, Y. (2007). Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* Sayı: 11(3), ss: 13-22.

37) Fineout-Overholt, E., Williamson, KM., Gallagher-Ford, L., Melnyk, BM. ve Stillwell, SB., (2011). Evidence-based practice, step by step: Following the evidence: Planning for sustainable change. *The American Journal of Nursing*. V: 111(1), p: 54-60 doi: 10.1097/01.NAJ.0000393062.83761.c0

38) Flodgren, G., Rojas-Reyes, MX., Cole, N. ve Foxcroft, DR. (2012). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol: 15; (2). doi: 10.1002/14651858.CD002212.pub2

39) French, P. (1999). The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing*.V: 29(1), p: 72-78.

40) French, P. (2002). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing*. V: 37(3), p: 250-257.

41) Frenk, J., Chen, L., Bhutta, ZA., Cohen, J., Crisp, N., et al. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Vol: 376(9756), ss: 1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

42) Gerrish, K. ve Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: An organizational approach. *Journal of Nursing Management*. V: 12, p: 114–123.

43) Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., et al. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. V: 268(17), p: 2420-5.

44) Guyatt, GH., Oxman, AD., Kunz, R., Vist, G.E., Falck-Ytter, Y. ve Schunemann, HJ. (2008). Grade working group. What is quality of evidence and why is it important to clinicians?. *BMJ. V:* 336, p: 995-8.

45) Güneş, Ü. (2017). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama sürecinin adımları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. S: 171-187.

46) Güvenç, G. (2004). *Doğum eylemi sürecinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının tanımlanması ve değerlendirilmesi*.(Yüksek Lisans Tezi,Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara). Erişim adresi: https://www.ulusaltezmerkezi.net/dogum-eylemi-surecinde-kanita-dayali-hemsirelik-uygulamalarinin-tanimlanmasi-ve-degerlendirilmesi/2/

47) Hart, P., Eaton, L., Buckner, M., Morrow, NB., Barrett, TD., Fraser, DD., Hooks, D. ve Sharrer, LR. (2008). Effectiveness of a computer-based educational program

on nurses' knowledge, attitude and skill level related to evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. V:5(2), p: 75–84

48) Harvey, G., Gifford, W., Cummings,G., Kelly,J., Kislov,J., Kitson,A., Pettersom,L., Wallin,L., Wilson,P. ve Ehrenberg, A. (2019). Mobilising evidence to improve nursing practice: A qualitative study of leadership roles and processes in four countries, *International Journal of Nursing Studies*. V:90, p:21-30 https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.017

49) Herdman, EA. (2010). Hemşirelik araştırmalarının önemi. Özlem Yazıcı Korkmaz(Çev.).*Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* C: 7(1), ss: 3-4.

50) Hockenberry, M., Wilson, D. ve Barrera, P. (2006). Implementing evidence-based nursing practice in a pediatric hospital. *Pediatr Nurs*. V: 32, p: 371–7. Erişim adresi: https://search.proquest.com/openview/a41185cd52a5779936825d0f0098e884/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47659

51) Hung, BT., Long, NP., Hung ,LP., Luan, NT., Anh, NH., Nghi,TD., Hieu, MV., Trang, NT., Rafidinarivo, HF., Anh, NK., Hawkes, D., Huy, NT. ve Hirayama K. (2015). Research trends in evidence-based medicine: A joinpoint regression analysis of more than 50 years of publication data. *PLoS One.* Apr.7. V:10(4) doi: 10.1371/journal.pone.0121054

52) Hutchinson, AM. ve Johnston, L. (2004). Bridging the divide: A survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*. V:13(3), pp. 304–315.

53) International Council of Nurses. *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses Revised 2012, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland Erişim adresi: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

54) IOM (Institute of Medicine). (2008). *Roundtable on evidence-based medicine. Learning healthcare system concepts.* Washington, DC: The National Academies Press. v.2008; 1-72.

55) İngersoll, GL. (2000). Evidence –based nursing : What it is and what it isnt . *Nursing Outlook*. V: 84(4), p: 151-152

56) Jennings, BM. ve Loan,LA. (2001). Misconceptions among nurses about evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*. V: 33(2), p: 121-127.

57) Kaçan Softa, H., Akduran, F. ve Akyazı, E. (2014). Hemşirelerin bilgisayar kullanımlarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. C: 3(3), ss: 845-857.

58) Kara, M. ve Babadağ, K. (2003). Kanıta dayalı hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. C: 6(3), s: 96-104.

59) Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. C: 13(2), ss: 64-71.

60) Karasar, N. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi.* 15. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

61) Karataş Baran, G., Atasoy, S. ve Şahin, S. (2019). *Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarına yönelik farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi.* 2.Uluslararası hemşirelik ve inovasyon kongresi. İstanbul. Erişim adresi: http://www.hemsirelikveinovasyonkongresi.org/bildiriayrinti/hemsirelerin-kanita-dayali-hemsirelik-uygulamalarina-yonelik-farkindalik-ve-tutumlarinin-degerlendirilmesi_43

62) Karataş, M. ve Yakıncı, C. (2010). Tibbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* C: 17(3), ss: 233-236.

63) Kardaş Özdemir, F. ve Karakaya, G. (2017). Hemşirelerin bilgisayar ve bilişim teknolojisini kullanma durumları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi.C:*27(2), ss:126-130. Doi:10.5222/terh.2017.126

64) Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, C: 2, ss: 61-69.

65) Koehn , ML. ve Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing.* V: 62(2), p: 209-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x

66) Kuğuoğlu, S., Çövener, Ç., Kürtüncü Tanır, M. ve Aktaş, E. (2009). İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* C: 2(2), ss: 86-93.

67) Küçükkaya, P.G. (2010). Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, C: 1(3), ss: 128-132.

68) Küçükoğlu, S., Bükecik, T., Aytekin, A. ve Çelebi, A. (2017). Acil birimlerde çalışan hemşirelerin adli vakayla ilgili yaklaşımları ve kanıta dayalı uygulamaları. *Turkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med*. C: 14(1), ss: 1-8. doi**:** 10.5336/forensic.2017-56938

69) Lauri , S., Salanterä, S., Chalmers, K., et al. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of Nursing Scholarship*. V: 33(1), p:83-90.

70) Leners, DW., Roehrs, C. ve Piccone, AV. (2006). Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*. V: 45(12), p: 504-511.

71) Levin, RF., Fineout-Overholt, E., Melnyk, BM., Barnes, M. ve Vetter, MJ. (2011). Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: A pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. *Nursing Administration Quartely.* V: 35, p: 21–33.

72) Lınton, MJ., Prasun, AM. (2012). Evidence-based practice: Collaboration between education and nursing management. *Journal of Nursing Management*, V: 21(1), p: 5-16.

73) Mackey, A. ve Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing.* Vol: 33(1), p: 51-55. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009

74) Marsh, GW., Nolan, M.ve Hopkins, S. (2001). "Testing the revised barriers to research utilization scale for use in the UK,". *Clinical Effectiveness in Nursing.* Vol: 5(2), p: 66–72.

75) Matam, M. ve Merkouri, CM. (2019). *Impact of evidence-based nursing implementation on the conservation of cost in the health system*. Evidence-Based Practices in Nursing, International Student Congress, 26-27 March, p: 106-7

76) Mateo, GF. ve Argimon, JM. (2007). Evidence based practice in postgraduate healthcare education: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 119 https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-119

77) McSherry, R., Artley, A. ve Holloran, J. (2006). Research awareness: An important factor for evidence-based practice?. *Worldviews on Evidence-Based Nursing,*. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00059.x

78) Melnyk , BM., Fineout-Overholt, E., Feinstein, NF., Li, H., Wilcox, L. ve Kraus, R. (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: Implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. V: 1, p: 185-193. https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2004.04024.x

79) Melnyk , BM., Fineout-Overholt, E., Feinstein, NF., Sadler, LS., Green-Hernandez, C. (2008a). Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs, and teaching strategies regarding evidence-based practice: Implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *Journal of Professional Nursing.* V: 24(1), p: 7–13.

80) Melnyk, BM. (2002). Strategies for overcoming barriers in implementing evidence-based practice. *Pediatric Nursing*. V: 28(2), p: 159-61.

81) Melnyk, BM. (2012). Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice. *Nursing Administration Quartely.* V: 36(2), p: 127-135.

82) Melnyk, BM., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. ve Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educato. *The Journal of Nursing Administration.* V: 42(9), p: 410–417 doi: 10.1097/NNA.0b013e3182664e0a

83) Melnyk, BM., Fineout-Overholt, E., Stillwell, SB. ve Williamson, KM. (2010). Evidence-based practice: Step by step the seven steps of evidence-based practice. *The American Journal of Nursing. V:*110(1), p.51-3. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2.

84) Mengüşoğlu, T. (1988). İnsan felsefesi. İstanbul: Remzi Kitabevi.

85) Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego,C., de Miguel AG, González-María, E. ve Clarke, SP. (2011). Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: A comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *Journal of Clinical Nursing*. V: 20(13-14), pp: 1936–1947. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03656.x

86) Mott, B., Nolan, J., Zarb, N., Arnison, V., Chan, R., Codner, T., Casey, T., Jenkins, B., Ulrych, G., Blackburn, C., Glanfield, L., Halcomb, E. ve Davidson, PM. (2005). Clinical nurses' knowledge of evidence-based practice. *Contemporary Nursing.* V: 19(1–2), p: 96–104.

87) Mulenga, C., Naidoo, RJ. (2017). Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding evidence-based practice in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Malawi. *Curationis*. Apr 12; 40(1): e1-e8. Doi: https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1656

88) Nahcivan, N. (2001). *Hemşirelik araştırmalarının uygulamada kullanımında adımlar ve stratejiler. I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi*, s: 47-54. Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul.

89) Oermann, M., Truesdell, S. ve Ziolkowski, L. (2000). Strategy to assess, develop, and evaluate critical thinking. *The Journal of Continuinng Education in Nursin.* V: 31(4), p: 155-161.

90) Olade, RA. (2003). Attitudes and factors affecting research utilization. *Nursing Forum,* V: 38(4), p: 5–15.

91) Olade, RA. (2004). Strategic collaborative modelfor evidence-based nursing practice. *Worldviews onEvidence-Based Nursing*. V: 1, p: 60-68.

92) Olsen, NR., Bradley, P., Espehaug, B., Nortvedt, MW., Lygren, H., Frisk, B., et al. (2015). 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.* .http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0124332

93) Oranta, O., Routasalo, P. ve Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among finnish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing.* V:11, p: 205-213.

94) Ovayolu, N., Kaplan, Ö. ve Ovayolu, Ö. (2009). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. Cilt: 6, Sayı: 1-2, Sayfa: 11-16.

95) Özer Küçük, E., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M. ve Kahveci, R. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. V: 4(2), p: 1-12.

96) Özsoy, SA. ve Ardahan, M. (2008). Research on knowledge sources used in nursing practices, *Nurse Education Today*, V:28(5), p:602-609. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.013

97) Öztürk Çopur, E., Kuru, N. ve Canbolat Seyman, Ç. (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. C: 1, ss: 51-55.

98) Öztürk, A., Kaya, N., Ayık, S., Uygur, E. ve Cengiz, A. (2010). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* C: 18(3), ss: 1304-4869.

99) Parahoo, K. (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*. V: 31(1), p: 89–98.

100) Park, Y. ve Jang, KL. (2016). Structural model of evidence-based practice implementation among clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, V: 46(5), p:697. https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.5.697

101) ParkH, A., Cho,I. ve Byeunn,N. (2007). Modeling a terminology-based electronic nursing record system: An object oriented approach. *Journal Of Medical Informatics*. V: 76, p: 735-746.

102) Patiraki, E., Karlou, C., Papadopoulou, D., Ageliki Spyridou, A., Chrysoula Kouloukoura, C., Bare, E. ve Merkouris, A. (2004). Barriers in implementing research findings in cancer care: The Greek registered nurses perceptions," *European Journal of Oncology Nursing*. Vol:8, no:3, pp:245–256, DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2003.12.002

103) Perry, L. (2011). Evidence-based nursing interventions warrant rigorous development methods. *Journal of Advanced Nursing.* V:67(3), p:459

104) Platin, N. (2000). *Kanıta dayalı uygulamalar Türkiye'de uygulanamaz neden?,* 1.Uluslarası ve VIII.Ulusal Hemşirelik Kongresi 29 Ekim-2 Kasım, Kongre Kitabı, Antalya

105) Polit, DF., Beck, CT. (2007). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

106) Ruzafa Martinez, M., Mena Tudela,D., Lopez Iborra, L. ve Orts Cortes, MI. (2015). Practica basada en la evidencia en el contexto educativo, Practica basada en la evidencia. Doi:10.1016/B978-84-9022-448-9.00008-9, (155-176),

107) Sackett, DL., Rosenberg, WM., Gray, JA., Haynes, RB. ve Richardson, WS. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *The BMJ*. V:312, p:71–72.

108) Sackett, DL., Straus, SE., Richardson, WS., Rosenberg, W. ve Haynes, RB. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM.* 2nd ed. Edinburgh: Churchill Li-vingstone; 2.

109) Saunders, H. ve Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Key considerations for selecting instruments when evaluating healthcare professionals' evidence-based practice competencies: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, V:74(10), 2301-2311.

110) Schaefer, JD., Welton, JM. (2018). Evidence based practice readiness: A concept analysis. *Journal of Nursing Management. V:*26(6), p:621-629. doi: 10.1111/jonm.12599

111) Scurlock-Evans, L., Upton, P. ve Upton, D. (2014). Evidence-based practice in physiotherapy: A systematic review of barriers, enablers and interventions. *Journal Article*. V:100, p: 208–219. pmid:24780633 Doi: 10.1016/j.physio.2014.03.001

112) Shapiro,SE. ve Driever, MJ. (2004). Clinical decision rules as toolsfor evidence-based nursing. *Western Journal of Nursing Research*. V:26(8), p:930-937.

113) Shifaza, F., Evans, D. ve Bradley, H.(2014). Nurses' perceptions of barriers and facilitators to implement EBP in the Maldives. *Advances in Nursing*. Doi:http://dx.doi.org/10.1155/2014/698604

114) Simpson, B. (1996). *Evidence-based practice*. Canadian Nurses Association.V: 92 (10), p: 22-25.

115) Simpson, E., Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education: Literature Review. *International Journal of Nursing Practice*. V:8, p:89-98. Doi: 10.1046/j.1440-172x.2002.00340.x

116) Stevens, KR. (2001). Systematic Reviews: The Heart of Evidence-based Practice. *American Association of Colleges of Nursing*. V:12(4), p:529-538.

117) Stokke, K., Olsen, NR., Espehaug, B. ve Nortvedt, MW. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing.* V:13(8). doi: 10.1186/1472-6955-13-8

118) Şenyuva, E. (2016). Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* C:24(1), s:59-65.

119) Tan, M., Akgün Şahin, Z. ve Kardas Özdemir, F. (2012). Barriers of research utilization from the perspective ofnurses in Eastern Turkey. *Nursing Outlook,V:60 (1), pp:* 44-50

120) Tanık, M., Sarıbay, E. ve Baba, D. (2018). Hemşirelerin ilaç uygulama adımlarına uyumu ve sağlık kalitesindeki yeri, *International Journal of Social* And *Humanities Sciences Research, Sayı:17, ss.* 230-240. Doi Number :http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.336

121) Tatar Baykal, Ü. ve Harmancı Seren, A.K. (2014). *Yönetim süreci ve hemşirelik hizmetleri örgütlenmesi,* (Editör: Tatar Baykal, Ü; Ercan Türkmen E.).Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Akademi Basım, İstanbul

122) The National Patient Safety Foundation (NPSF) .(2000). *Agenda for Research and Development in Patient Safety*. Erişim adresi: www.npsf.org/pdf/r/researchagenda.pdf

123) Thiel, L. ve Ghosh,Y. (2008). Determining registered nurses' readiness for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. V: **5**(4), p: 182-192. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00137.x

124) Thiel, L., Ko, A. ve Turner, J. (2019). Home healthcare nurses' attitudes, confidence, and engagement in evidence-based practice. *Home Healthcare Now*. V:37(2), p:79–87. DOI:10.1097/NHH.0000000000000723

125) Thompson, DR., Chau, JPC. ve Lopez,V.(2006). "Barriers to, and facilitators of, research utilisation: a survey of Hong Kong registered nurses,". *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, vol. 4(2), pp. 77–82.

126) Türe Yılmaz, A. ve Demirsoy, N. (2018). Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. C:6(66), ss:108-120.

127) Türk Dil Kurumu. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ccdd7573d4673.54658297 Erişim tarihi (04.05.2019)

128) Türkiye Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, (2010.8. Mart). *T.C.Resmi Gazete*, Sayı:27515. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm/

129) Uçak, N. Ö. (2010) . *Bilgi: Çok yüzlü bir kavram*. Türk Kütüphaneciliği C:24(4), ss:705-722.

130) Upton, D. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*. V:53(4), p:454-8 https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x

131) Upton, P., Scurlock-Evans, L., Stephens, D. ve Upton, D. (2012). The adoption and implementation of evidence-based practice (EBP) among allied health professions. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. V:**19**(9), p:497 https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.9.497

132) Van Hecke, A. , Verhaeghe, S. , Grypdonck, M. , Beele, H., Un, M. ve Defloor, T. (2011). Systematic development and validation of a nursing intervention: The case of lifestyle adherence promotion in patients with leg ulcers. *Journal of Advanced Nursing*, V:67, p: 662 - 676 https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05539.x

133) Wallen, GR., Mitchell, SA., Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, C., Yates, J., et al.(2010). Implementing evidence-based practice: Effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing*. V: 66, p:2761–2771.

134) Wallis, L. (2012). Barriers to implementing evidence-based practice remain high for US nurses. *The American Journal of Nursing*. V:112 p:15

135) Wang, LP., Jiang, XL., Wang, L., Wang, GR. ve Bai, YJ. (2013). *Barriers to and facilitators of research utilization: A survey of registered nurses in China*. V:8(11), p: 1-9. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081908

136) Wangensteen, S., Johansson, IS., Björkström, ME. ve Nordström, G. (2010). Critical Thinking Dispositions Among Newly Graduated Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. V:66(10), p:2170-81.

137) Wieber, S. (2000). The principles of evidence based medicine. *Cephalalgia*. Vol:20,10-13. DOI: https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2000.0200s2010.x

138) Winch, S., Creedy, D. ve Chaboyer, AW.(2002). Governing nursingconduct: the rise of evidence-based practice. *Nursing Inquiry.* Vol:9(3), p:156-161.

139) Woolf, SH. ve George, JN. (2000). Evidence-based medicine. Interpreting studies and setting policy. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. V:14(4), p:761–784. https://doi.org/10.1016/S0889-8588(05)70310-5

140) Yava, A., Çiçek, H., Tosun, N., Yanmıs,N., Koyuncu, A., Güler, A. ve Akbayrak, N. (2008). Kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hemşirelerinin araştırma sonuçlarını kullanmalarını etkileyen faktörler. *Anatolian Journal Clinical Investigation*. V :2, p:160-6.

141) Yava, A., Tosun, N., Çiçek, H., Yavan, T., Terakye, G. ve Hatipoğlu, S. (2007). Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında engeller ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliliği. *Gülhane Tıp Dergisi*. C:49, ss: 72-80.

142) Yıldırım, B. ve Özkahraman, Ş. (2011). Hemşirelikte eleştirel düşünme ve eğitimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. Cilt:4(1), ss:155-160.

143) Yıldırım, ÖB. (2011). *Sağlık profesyonellerinde eleştirel düşünme*. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler.(ss: 106-115). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

144) Yılmaz, D., Düzgün,F. ve Dikmen,Y. (2018). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi, *ACU Sağlık Bilimleri Derg*isi. https://doi.org/10.31067/0.2018.91

145) Yılmaz, E. ve Çöl, M.(2014). Kanıta dayalı tıp. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 5(6):537-42. DOI: 10.4328/JCAM.1847

146) Yılmaz, M. (2005). Hemşirelik bakım kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. C:9(1), ss:41-48.

147) Yılmaz, M. ve Gürler, H. (2017). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin Görüşleri, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. C:25(1), ss:1-12.

148) Yılmaz,E.,Çeçen,D.,Aslan,A.,Kara,H.,Kızıl Toğaç,H. ve Mutlu,S. (2017). Attitudes towards evidence-based nursing and perceptions of obstacles in using research of nurses working in surgical clinics. *Hemşirelikte Eğitim ve araştırma Dergisi.* 15 (4): 235-241. Doi:10.5222/HEAD.2018.235

149) Young, T., Rohwer, A., Volmink, J. ve Clarke M. (2014). What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS One*. V:9(1). doi: 10.1371/journal.pone.0086706

150) Youngblut, JM. ve Brooten, D. (2001). Evidence-based nursing practice: Why is it important. *American Association of Colleges of Nursing*. V:12(4), p:468-476. DOI:10.1097/00044067-200111000-00003

151) Yurt, S., Kolaç, N. ve Şadi, E. (2019). *Postgraduate nursing students';opinions on evidence-based practices: Qualitative study,* Evidence-Based Practices in Nursing, International Student Congress, 26-27 March, p:70-1.

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