



**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PERİOPERATİF BAKIMDA KANITA
DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Büşra DİŞBUDAK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2023

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Büşra DİŞBUDAK

27/07/2023

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PERİOPERATİF BAKIMDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN

BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Büşra DİŞBUDAK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2023

ÖZET

Araştırma; hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde eğitim gören 3. ve 4. sınıf 476 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen ‘Öğrenci Hemşire Tanılama Formu’ ve ‘Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu’ ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız t testi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Perioperatif Dönemde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu toplam puan ortalamaları $24,18 \pm 3,07$ olarak bulunmuştur. Anket maddelerinin yarısından fazlasını (18 soru) doğru yanıtlayan öğrenciler, toplam öğrencilerin %99,8’ini, aritmetik ortalamanın üzerinde doğru yanıt veren öğrenciler ise toplam öğrencilerin %44,8’ini oluşturmaktadır. Başarılı sayılabilmek için konulan %70 ve üzeri doğru yanıtlama şartına uyan öğrenciler, tüm öğrencilerin %34,1’i olduğu saptanmıştır. Perioperatif Dönemde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu toplam puanları üzerinde cinsiyetin, sınıfın ve genel akademik not ortalamasının anlamlı derecede etkisi olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). En çok doğru yanıt verilen maddeler alt boyutlar için sırasıyla “Perioperatif dönemde hasta değerlendirilmesi”, “İntraoperatif hasta izlemi” ve “Postoperatif beslenme” konulu, en az doğru yanıt verilen maddeler ise “Cerrahi bölgede tüy temizliği”, “Anestezi Protokolü” ve “Postoperatif ağrı yönetimi ve kan şekeri yönetimi” konulu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda; hemşirelik öğrencilerinde Kanıta Dayalı Hemşirelik (KDH) uygulamalarına yönelik bilgilerin kalıcılığının artırılması için farklı öğretim yöntemlerine başvurularak müfredatın zenginleştirilmesi ve öğrenci düzeyinde KDH uygulamaları ile ilgili daha fazla çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.1
Anahtar Kelimeler : Hemşirelik öğrencileri, Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, Perioperatif bakım
Sayfa Adedi : 64
Danışman : Prof. Dr. Hülya BULUT

DETERMINING THE KNOWLEDGE LEVELS OF NURSING STUDENTS ON
EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE IN PERIOPERATIVE CARE

(M. Sc. Thesis)

Büşra DİŞBUDAK

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

July 2023

ABSTRACT

This research was conducted as a descriptive study to determine the knowledge level of nursing students about evidence-based nursing practices in perioperative care. The sample of the study consisted of 476 nursing students in the 3rd and 4th grade studying at Gazi University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing. Data were collected with the 'Student Nurse Identification Form' and 'Evidence-Based Nursing Practices Information Form in Perioperative Care' developed by the researchers. Descriptive statistics, independent t-test and multiple linear regression analysis were used to evaluate the data. The total mean score of the students on the Evidence-Based Nursing Practices Information Form in the Perioperative Period was found to be 24.18 ± 3.07 . Students who answered more than half of the survey items (18 questions) correctly constitute 99.8% of the total students, and students who answered correctly above the arithmetic average constitute 44.8% of the total students. It was determined that the students who met the 70% or more correct answer requirement set in order to be considered successful were 34.1% of all students. It was determined that gender, class and general academic grade average had a significant effect on the total scores of the Evidence-Based Nursing Practice Information Form in the Perioperative Period ($p < 0.05$). The items with the most correct answers were "Patient evaluation in the perioperative period", "Intraoperative patient follow-up" and "Post-operative nutrition" for the sub-dimensions, and the least correct answers were "Hair cleaning in the surgical area", "Anesthesia Protocol" and "Postoperatively". pain management and blood sugar management". In line with the information obtained from the research; in order to increase the permanence of knowledge on Evidence-Based Practice in Nursing (EBPN) practices in nursing students, it is recommended to enrich the curriculum by applying different teaching methods and to carry out more studies on EBPN applications at the student level.

Science Code : 1032.1

Key Words : Evidence based nursing practice, Nursing students, Perioperative care

Page Number : 64

Supervisor : Prof. Dr. Hülya BULUT

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bana yardımcı olan, bilgisini ve tecrübesini aktararak yolumu aydınlatan, değerli danışman hocam, Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT’a,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencilerine,

Beni yetiştiren, hayatım boyunca her konuda destekleyen, bugünlere gelmemi sağlayan değerli annem Kezban ÇETİNKAYA ve değerli babam Fahri ÇETİNKAYA’ya, motivasyon ve neşe kaynağım olan sevgili kardeşim Serra ÇETİNKAYA’ya

Ufkumu genişleten, akademik başarılarımın mimarı, sevgisi ve desteğiyle her daim yanımda olan sevgili eşim Canberk DİŞBUDAK’a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Kanıt ve Kanıta Dayalı Hemşirelik.....	7
2.1.1. Kanıt	7
2.1.2. Kanıt düzeyleri.....	7
2.1.3. Kanıta dayalı hemşirelik	7
2.2. Perioperatif Dönem ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları	8
2.2.1. Preoperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları	10
2.2.2. İntraoperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları	11
2.2.3. Postoperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları	14
2.2.4. Kanıta dayalı hemşirelik eğitiminin önemi.....	16
3. YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.4.1. Veri toplama araçları	22
3.4.2. Araştırmanın uygulaması.....	24

	Sayfa
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
6.1 Sonuç	39
6.2. Öneriler	40
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	51
EK-1. Öğrenci Hemşire Tanılama Formu.....	52
EK-2. Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu.....	53
EK-3. Etik Kurul İzin Belgesi (İlk).....	55
EK-4. Etik Kurul İzin Belgesi (Son).....	57
EK-5. Kurum İzni	59
EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	61
EK-7. Öğrencilerin Perioperatif Dönemde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi Puanlarının Diğer Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı.....	63
ÖZGEÇMİŞ	64

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	27
Çizelge 4.2. Öğrencilerin araştırma yaparken kullandıkları kaynakların ve veri tabanlarının dağılımı	28
Çizelge 4.3. Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin maddelere verdikleri doğru yanıt oranlarının dağılımı	29
Çizelge 4.4. Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının ve başarı durumlarının dağılımı	31
Çizelge 4.5. Öğrencilerin sosyodemografik verilere göre perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımı	32
Çizelge 4.6. Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi Formu toplam puanlarını etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi	33

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu)
AMP	Antimikrobiyal Profilaksi
AORN	Association of Peri Operative Registered Nurses (Ameliyathane Hemşireler Derneği)
CAE	Cerrahi Alan Enfeksiyonu
CINAHL	The Cumulative Cumulative Index to Nursing Nursing and Allied Health Literature Literature (Hemşirelik Hemşireliği ve Yardımcı Sağlık Literatürünün Kümülatif Kümülatif Dizini)
DMAH	Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DVT	Derin Ven Trombozu
EBPH	Evidence Based Practice in Nursing
ERAS	Enhanced Recovery Enhanced Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü)
GANO	Genel Akademik Not Ortalaması
GCKL	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
HEPDAK	Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
ICN	International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Birliği)
KDU	Kanıt Dayalı Uygulama
KDH	Kanıt Dayalı Hemşirelik
MI	Miyokard Enfarktüsü
NRS	Nütrisyonel Risk Skoru
PABÜ	Postanestezi Bakım Ünitesi
PE	Pulmoner Emboli
PPFM	Perioperative Patient Focused Model (Hasta Odaklı Perioperatif Model)

Kısaltmalar**Açıklamalar****RKÇ**

Randomize Kontrollü Çalışma

SGD

Subjektif Global Değerlendirme

SPSSStatistical Packag for the Social Sciences
(Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

1. GİRİŞ

Problem tanımı

Teknolojik ve tıbbi gelişmelerin artışı ile ortalama yaşam süresinin uzaması yanı sıra yaş, obezite, hareketsiz yaşam, sigara ve alkol kullanımı gibi etkenlere bağlı olarak cerrahi gerektiren hastalıkların artması beraberinde cerrahi girişimlerin giderek artmasına neden olmaktadır (İncirkuş ve Nahçıvan, 2011; Yurtsever, 2000). Dobson'un 2020 yılında yaptığı çalışmaya göre günümüzde, dünya çapında her yıl yaklaşık 310 milyondan fazla majör cerrahi gerçekleştirildiği ve bu ameliyatlara yaklaşık 40 ile 50 milyonunun Amerika Birleşik Devletleri'nde ve yaklaşık 20 milyonunun ise Avrupa'da yapıldığı belirtilmiştir (Dobson, 2020). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ise 2021 yılında Türkiye'de 4.704.094 ameliyat yapıldığı bilinmektedir ve bu rakamın yıllar içinde Türkiye'de ve dünyada artacağı düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Cerrahi gerektiren hastalıklar, sakatlık ve ölümlerin yanı sıra, sağlık hizmetleri maliyetlerinde de ciddi bir artışa sebep olmaktadır (Kılavuz, 2010). Cerrahi kaynaklı sakatlık ve ölümlerin görülmesinin nedenleri arasında komplikasyonlar ve bakım hataları örnek verilebilir (Demir-Zencirci, 2010; Özcan, 2018; Turaç, 2022). Hasta güvenliğini sağlayarak; cerrahilere bağlı gelişebilecek tehlikeleri ortadan kaldırmak, komplikasyonları önlemek ve tıbbi hata oranlarını azaltmak kanıta dayalı uygulamaları (KDU) kullanarak ve kaliteli bakım vererek mümkündür (Akalın, 2005; Öztürk, Ekinci ve Taş, 2022; Solak ve Topçu, 2022). Hemşirelik; hasta, hasta yakını, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık sistemi için kaliteli, güvenli ve uygun maliyetli sonuçlar veren, KDU'lar temelinde şekillenen bir bakım sistemidir (Dirksen ve Bucher, 2014; Hinkle ve Cheever, 2018). Hastalarla en çok zaman geçiren ve perioperatif dönemin her anında etkin görev alan meslek grubu olan hemşireler için özellikle perioperatif dönemde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve bakımın KDU çerçevesinde verilmesi, tıbbi hatalarının ve komplikasyonların görülme sıklığını azaltacak temel adımdır (Atman, 2011; Karaca ve Arslan, 2014; Turaç, 2022; Yazıcı ve Erişti, 2022). Bakımın kalitesinin artırılması, maliyetlerin düşürülmesi, hastaların hızlı taburcu olması ve bakımda bir standardın geliştirilmesi için evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi (Öztop, Şener ve Güven 2008), tele sağlık sistemi ve görüntülü muayene (Ay, 2008; Keskin ve Özhelvacı, 2022), hizmet içi eğitimler (Köstekli, Çelik ve Karahan, 2020), hasta bakımı için özelleştirilmiş eğitimler ile bakım verilmesinin sağlanması (Yılmaz, 2015),

raporlama sistemlerinin geliştirilmesi (Bayyigit, Ecemiş ve Aydoğan, 2020) gibi çeşitli yöntemler denenmiş ancak en etkili ve sürdürülebilir yöntemin hasta güvenliği kültürünün temelini oluşturan, hastaların daha hızlı iyileşmesini (Kim, Ecoff, Brown, Gallo, Stichler, ve Davidson, 2017), gelişebilecek komplikasyonların azalmasını yada hiç görülmemesini (Kim ve diğerleri, 2017), morbidite ve mortalite oranlarının azalmasını, sağlık bakım maliyetlerinin düşmesini sağlayan (Melnik, Gallagher-Ford, Long ve Fineout-Overholt, 2014) KDU'lar olduğu fark edilmiştir (Al Doweri, Al Raoush, Alkhatib ve Batiha 2015; Bayın ve Akbulut, 2012; Yılmaz, 2005). Ülkemizde 2010 yılında Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre; "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." ifadesi ile hemşirelik bakımında KDU'ların önemi belirtilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

Kanıta dayalı uygulamalar, birçok hasta üzerinde randomize kontrollü şekilde denenmiş ve olumlu etkisi kanıtlanmış uygulamalardır (Pape, 2003; Thyer, 2004). KDU'lar öncelikle kanıta dayalı tıp kavramı ile ortaya çıkmış sonrasında kanıta dayalı hemşirelik (KDH), kanıta dayalı eğitim gibi kavramları da beraberinde getirmiştir (Yılmaz ve Çöl, 2014). KDUların sağlık hizmetlerinde fark yarattığı dört temel fayda; sağlık hizmeti kalitesini artırmak, sağlık çalışanlarını desteklemek ve güçlendirmek, maliyetleri düşürmek ve hasta memnuniyetini artırmaktır (Beyea, 2000; Polit ve Beck, 2010:31). Her alanın kendine özgü KDUları vardır (Aksoy ve Vefikulucay Yılmaz, 2018; Çelik, Kazankaya ve Bozkurt, 2022; Hergün ve van Giersbergen, 2016). Cerrahiye özgü KDU doğrultusunda geliştirilen standart protokollere Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GKCL), Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri (ERAS) ve çeşitli bakım paketleri örnek gösterilebilir. Bu araçlar perioperatif dönemde hasta güvenliğini sağlamak ve bakımın kalitesini artırmak için kullanılan temel araçlardır (Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019; Çilingir ve Candaş, 2017; Totur Dikmen ve Dal Yılmaz, 2022). Perioperatif dönemin her evresinde KDH uygulamalarının kullanılması; yanlış hastaya yanlış uygulama yapmayı, yanlış cerrahi alan kesilerini, cerrahi alan enfeksiyonlarını, hatalı uygulamaları ve malpraktislere bağlı yaralanma ve ölüm oranlarını azaltırken hastada ameliyat sırası ve sonrası gelişebilecek komplikasyonların da önlenmesine yardımcı olur (Çilingir ve Candaş, 2017; Dencker, Bonde, Troelsen, Varadarajan ve Sillesen, 2021; Kapritsou ve Plastiras, 2022; Yılmaz, 2005). Hastaneye yatıştan başlayarak taburcu olana kadar geçen sürede hastalarla en fazla zaman geçiren;

fiziksel, ruhsal, sosyokültürel açıdan bakım veren hemşireler için yol gösterici birçok kanıt bulunmaktadır (Çelebi ve Yılmaz, 2019; Karanci ve Dirik, 2003; Torgersen ve Balters, 2015). Bu kanıtlar, belirli bir hasta grubuna, hastalığı ya da cerrahiye özel olabildiği gibi tüm hastalar için de uygulanabilecek KDU'ları da içermektedir (Aksoy ve Vefikulucay Yılmaz, 2018; Kemer ve İşler, 2020; Tuna ve Kurşun, 2018). Perioperatif dönemde kanıtların kullanımı planlanan cerrahinin gidişatına yön vermekte, hastayı komorbiditelere karşı korumaktadır (Solca, 2006).

Kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları, gelenekselci sağlık bakım uygulamalarından kaçınarak verilen bakımın optimal düzeye ulaşmasına yardımcı olur (Çopur, Kuru ve Seyman, 2015; Pape, 2003). Özellikle randomize kontrollü çalışmalar ile toplanan veriler, elde edilen kanıtların düzeyini belirlerken hangi hasta grubunda ne kadar etkili olduğu hakkında bilgi verir. Kanıt derecesi güçlü ve öneri düzeyi yüksek olan uygulamalar güvenlidir, en iyi bakımı vermeyi sağlar ve maliyetleri düşürür (Evans, 2003; Glasofer ve Townsend, 2019; Karagözoğlu, 2017; Kim, Mallory ve Valerio, 2020). KDH uygulamalarının sağladığı yararlar yapılan çalışmalar ile desteklenmesine, hemşirelik mesleğinde literatür tarama, araştırma yapma faaliyetleri son yıllarda yükselişte olmasına rağmen, hemşirelerin KDU'lara yönelik ilgi düzeyinin yüksek ancak bilgi düzeylerinin az olduğu görülmüştür (Alperen ve Oksay Şahin, 2022; Güzel ve Yava, 2019; Özsoy ve Ardahan, 2006; Akdemir, Karadağ ve Akansel, 2020). Özellikle cerrahi hemşireleri, hastaların en savunmasız olduğu ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hasta ile bire bir etkileşimdedir (Goodman ve Spry, 2014). Bu süreçteki tüm hemşirelik uygulamalarının, KDU'lar olması; bakımın kalitesini yükseltirken perioperatif dönem boyunca görülebilecek komplikasyonları önlediği gözlemlenmektedir. (İşeri ve Sarıtaş, 2023; Köstekli ve diğerleri, 2020; Melnyk ve diğerleri, 2014; Akdemir ve diğerleri, 2020; Yılmaz, Çeçen, Aslan, Kara, Kızıl Toğaç ve Mutlu 2018). Literatürde lisans eğitimi içerisinde ya da hizmet içi eğitimler ile KDU eğitimi alan hemşirelerin farkındalık ve tutum düzeylerinin orta ve yüksek olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2018; Akdemir ve diğerleri, 2020; Şen ve Yurt, 2021; Turaç, 2022). Hemşirelik lisans eğitiminde KDU'lar hakkında bilgi sahibi olarak mezun olan hemşirelik öğrencilerinin, meslek hayatında bilgi düzeyinde artış ile fark yaratacağı ve uygulamaları pratiğe dönüştürme yeteneğinin gelişerek bakım kalitesini artıracacağı düşünülmektedir (Theofanidis, 2015). Ülkemizde, Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (HEPDAK)'ne göre KDH uygulamaları eğitimi alan öğrencilerin "hemşirelik bakımını, kanıt dayalı olarak hemşirelik süreci doğrultusunda

uygulamaları”, “eğitim programlarının kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına temellendirilmeleri” ile ilgili standartlara sahip olmaları gerektiği vurgulanmıştır (Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği [HEPDAK], 2021).

Literatürde ‘Hemşirelik Öğrencileri’ ve ‘Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları’ konu başlıkları incelendiğinde, öğrencilerin KDU’lara yönelik yeterlilik, tutum ve farkındaklarını ölçen birçok çalışmaya (Akutay, Kahraman ve Ceyhan, 2022; Çelik ve diğerleri, 2022; Erol ve diğerleri, 2022; Evcimen ve Ayyıldız, 2019; Gonzalez, Fonseca ve Bermeo, 2021; Kalkım ve Midilli, 2020; Karaahmetoğlu ve Softa, 2018; Kömeağaç, 2017; Kurt ve Zaybak, 2019; Küçük, Çakmak, Kapucu, Koç ve Kahveci, 2017; Labrague, McEnroe-Petitte, D'Souza, Cecily, Edet, Ibebuike, ve Venkatesan, 2020; Laske ve Kurz, 2019; Rojjanasrirat ve Rice, 2017; Ünver, Özkan, Avcıbaşı, ve Dığın, 2016; Yıldız, Kanığ, Uğur, ve Karabacak, 2019) rastlanmaktadır. Bu araştırmalar sonucunda hemşirelik öğrencilerinin KDH uygulamalarına yönelik tutum düzeylerinin yüksek olduğu (Karaahmetoğlu ve Softa, 2018; Laske ve Kurz, 2019), KDU’ları öğrenmeye istekli olduğu (Küçük ve diğerleri, 2017), kanıt dayalı uygulama eğitimi alan öğrencilerin eleştirel düşünme yeteneklerinin daha gelişmiş olduğu (Cui, Li, Geng, Zhang ve Jin, 2018), mezun olduktan sonra hemşirelikle ilgili araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını pratiğe dönüştürme isteklerinin yüksek olduğu saptanmıştır (; Evcimen ve Ayyıldız, 2019; Küçük ve diğerleri, 2017).

Literatüre cerrahi özelinde ‘Cerrahide Kanıta Dayalı Uygulamalar’ ve ‘Hemşirelik Öğrencileri’ konu başlıkları üzerinden bakıldığında ise; cerrahi uygulamalarda hemşirelik bakımına yönelik, hemşirelik öğrencilerinin bilgilerini sorgulayan az araştırmaya rastlanmaktadır ve bu araştırmalar postoperatif dren takibi (Bulut, Afşar ve Vatansever, 2019), ateş yönetimi (Kömeağaç, 2017), cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalar (Kavak, Mankan ve Dalmış, 2014), postoperatif ağrı yönetimi (Ünver ve diğerleri, 2016) gibi spesifik bir cerrahi veya belli bir komplikasyona yönelik kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları bilgisini sorgulamaktadır. Cerrahide KDU’lar esas alınarak geliştirilen ERAS protokollerine uyumum değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinden akademik ortalaması yüksek ve nitelikli liselerden mezun olanların diğer öğrencilere göre anket sorularını daha yüksek oranda doğru yanıtladığı ve ERAS protokollerine yönelik bilgi düzeyi ve yaklaşımlarının orta düzeyin üzerinde olduğu gözlemlenmiştir (Hoxha, 2022). Ancak hemşirelik öğrencilerinin perioperatif dönemin

tamamında kullanılan KDH uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Tüm bu bilgiler göstermektedir ki, hemşirelik öğrencilerinin KDH uygulamalara yönelik tutum ve farkındalıklarının artırılmasının yanı sıra bilgi düzeyinde artış ve bilginin kalıcılığının sağlanması da kapsamlı bir KDH eğitimi ile ilişkilidir. KDH eğitimi alan öğrenci hemşire, bakımı geliştirmek ve iyileştirmek için kanıtları belirler, yorumlar ve kullanır. Bu çalışma; cerrahi dersini başarı ile tamamlamış hemşirelik öğrencilerinin perioperatif döneme ait KDH uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinin değerlendirildiği ilk çalışma olma özelliğini taşıması nedeniyle; çalışma sonuçlarının öğrencilerde KDH uygulamalarına yönelik bilgilerin kalıcılığının sağlanması için eğitim yöntemlerinin değerlendirilip, müfredatın zenginleştirilmesine katkısı olacağı öngörülmektedir.

Araştırmanın amacı

Araştırma; hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma soruları

1. Hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyleri nedir?

Araştırmanın önemi

Kanıta dayalı uygulamalar günümüzde birçok disiplinde sıklıkla dile getirilerek özellikle sağlık ve eğitime entegre edilmeye çalışılan en önemli kavramlardan biridir (Keçeci ve Demiray, 2017). Son yıllarda yapılan çalışmalar, KDU'ların kullanımının hasta bakım kalitesini artırdığı, sağlık bakım maliyetlerinin düştüğü, sağlık hizmetlerine bir standart getirdiğini ortaya koymuştur (Atman, 2011; Karaca ve Arslan, 2014; Turaç, 2022; Yazıcı ve Erişti, 2022). Özellikle perioperatif dönemde KDU'ların kullanımı hasta memnuniyetini artırırken, cerrahiye bağlı gelişen komplikasyonların görülme sıklığını azaltarak hasta güvenliğinde önemli rol oynamakta ve bakımın standartizasyonunu sağlamaktadır (Karaca ve Arslan, 2014; Yazıcı ve Erişti, 2022). Lisans eğitimi sırasında KDH eğitimi almanın öğrencilerde KDU'lara yönelik bilgi düzeyi, farkındalık ve tutumun olumlu yönde etkilediği

görülmektedir (Şen ve Yurt, 2021; Turaç, 2022; Akdemir ve diğerleri, 2020; Yılmaz ve diğerleri, 2018). Literatürde, hemşirelik öğrencileride perioperatif dönemde KDH uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamış olup, bu araştırma öğrencilerin perioperatif dönemin tüm basamaklarında KDH uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyini ölçen ilk çalışmadır. Bu çalışmanın hemşirelik lisans eğitiminde KDH'e yönelik bilgi kalıcılığının sağlanmasına ve müfredatın zenginleştirilmesine öncü olacağı düşünülmektedir.

Tanımlar

Perioperatif Dönem: Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasını kapsayan tüm sürece verilen isimdir (Dirksen ve Bucher, 2014:317).

Preoperatif Dönem: Hastaların ameliyata alınmadan önce fiziksel, ruhsal ve psikososyal olarak optimal sağlık düzeyine getirilerek ameliyata hazırlandığı döneme verilen isimdir (Dirksen ve Bucher, 2014:317).

İntraoperatif Dönem: Hastaların ameliyathanede geçirdiği, çoğunlukla bilincinin kapalı olduğu döneme verilen isimdir (Dirksen ve Bucher, 2014:317).

Postoperatif Dönem: Ameliyatın bitişi ile başlayıp taburculuktan sonra 30 gün boyunca devam eden, hastaların özenle bakımını gerektiren döneme verilen isimdir (Dirksen ve Bucher, 2014:317).

Kanıtı Dayalı Uygulamalar: Sağlık bakım hizmetlerinde kaliteli bakımın sağlanması için en etkili uygulamaların kullanılması sürecidir (Çopur ve diğerleri, 2015).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanıt ve Kanıta Dayalı Hemşirelik

2.1.1. Kanıt

Türk Dil Kurumu'na göre 'Bir şeyin doğruluğu, gerçekliği konusunda kanaat verici belge, delil, iz, argüman.' olarak tanımlanan kanıt kavramı (Türk Dil Kurumu [TDK] Sözlük, 2023) Epidemiyoloji alanında çalışmalar yapan İskoç doktor Archie Cochrane tarafından 1972 yılında gündeme getirilen ve tıp, hemşirelik, psikoloji, fizyoterapi gibi birçok mesleki disiplinde yer alan kapsamlı bir kavramdır (Thyer, 2004; Shah ve Chung, 2009). Kanıta dayalı tıbbın temellerinin atılmasını ile başlayan bu devrim, ilerleyen zamanlarda KDH uygulamalarının da yolunu açmıştır (Karabulut, Gürçayır ve Aktaş, 2019; Yılmaz ve Çöl, 2014).

2.1.2. Kanıt düzeyleri

Yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtların geçerliliği üç aşamada incelenir. Bunlardan ilki yapılan girişimin hastanın rahatsızlığına ya da semptomlarına olan etkililiği, ikincisi yapılan girişimin hastanın rahatsızlığı, semptomları, psikososyal yapısı vb. etkenlere uygunluğu ve son olarak girişimin yeterli kaynak ve personel ile uygulanabilirliğidir (Evans, 2003). Bu üç özelliği karşılayan çalışmalardan elde edilen kanıtların kanıt dereceleri ve öneri düzeylerini belirlemek amacıyla bir hiyerarşiye ihtiyaç duyulmuştur ve araştırma sonuçlarını değerlendirerek klinikte en güçlü kanıtların kullanılmasına yol gösterecek rehberler geliştirilmiştir (Evans, 2003; Glasofer ve Townsend, 2019). Bu rehberlerden en sık kullanılan kanıt piramididir (Karagözoğlu, 2017).

Kanıt piramidinin geçerlilik ve güvenilirlik derecelendirmesinde kanıtlar mükemmel, iyi, orta ve zayıf olarak tanımlanabilir. Mükemmel düzeydeki kanıtlar klinik uygulamada en etkili yolu ve iyi düzeydeki kanıtlarda yine klinik uygulamada etkili olan yolları gösterirken, orta düzeydeki kanıtlar hata riski taşır ve güvenilirliği az olduğu için klinik uygulamadan önce sorgulanması gereken kanıtları barındırır ve son olarak zayıf düzeydeki kanıtlar uygulama açısından önerilmeyen kanıtlar olarak kabul edilir (Glasofer ve Townsend, 2019; Karabulut ve diğerleri, 2019; Yılmaz ve Çöl, 2014). Araştırma yapabilen, eleştirel düşünce yeteneği gelişmiş ve kanıt piramidini okumayı bilen her sağlık profesyonelinin 'güçlü'

kanıtlara ulaşabileceği bilinmektedir (Glasofer ve Townsend, 2019). 1993 yılında kurulan ve yine adını KDU'ların isim mucidinden alan 'Cochrane Collaboration' veri tabanı, yapılan çalışmalardan elde edilen, hastalara olumlu etkisi kanıtlanmış uygulamaları ve hemşirelik araştırmalarını da içeren çalışmaları bir arada bulma imkanı vermektedir (Karabulut ve diğerleri, 2019; Polit ve Beck, 2003:18; Shah ve Chung, 2009).

Hemşirelik özelinde de farklı yıllarda, farklı araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve yaygın olarak kullanılan birçok kanıt hiyerarşisi bulunmaktadır (Karabulut ve diğerleri, 2019; Karagözoğlu, 2017). Bunlardan bazılarını Stetler ve arkadaşlarının Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) kanıt standartlarına göre hazırlandığı hiyerarşi, Avustralya'da üniversite ve hastane işbirliği ile kurulan Joanna Briggs Enstitüsüne bağlı Kanıta Dayalı Hemşirelik ve Ebelik Merkezi'nin geliştirdiği hiyerarşi, Johns Hopkins Üniversite Hastanesi tarafından geliştirilen bir başka hiyerarşi ve Melnyk & Fineout-Overhol tarafından oluşturulan ve yıllar içinde kendileri ve farklı kişiler tarafından çeşitli güncellemeler yapılan yedi aşamalı hiyerarşisi örnek gösterilebilir (Karagözoğlu, 2017).

2.1.3. Kanıta dayalı hemşirelik

Hemşirelik; hasta, hasta yakınları, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık sistemi için kaliteli, güvenli ve uygun maliyetli sonuçlar veren bir KDU sistemi olarak tanımlanabilmektedir (Bodenheimer ve Sinsky, 2014; Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Hemşirelik alanında araştırmaların yapılması ve çıktıların mesleki uygulamaya yansıtılması hemşirelik mesleği için oldukça önemlidir (Babadağ ve Kara, 2014). Hasta bakımı sağlanırken hemşirelerin kendi alanlarında bilgi üretmesi ve bu üretilen bilimsel ve etkinliği kanıtlanmış bilginin klinik uygulamaya yansıtılması, hasta ve hemşire açısından bakım kalitesinin artırır, bakım kalitesinin standardizasyonunu sağlar, mesleki profesyonelleşmenin önünü açarken; mesleki motivasyonu da artırır (Babadağ ve Kara, 2014; Karagözoğlu, 2017; İşeri ve Sarıtaş, 2023).

Hemşirelikte araştırma deneyimi, hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale ile çok eski tarihlere dayanmaktadır (Karabulut ve diğerleri, 2019; McDonald, 2001). Florence Nightingale ileri görüşlü düşünceleri ile KDU'ların hemşirelik pratiğinde gelişmesinin adımlarını atan ilk isim olmuştur (Babadağ ve Kara, 2004; Karabulut ve diğerleri, 2019; Mackey ve Bassendowski, 2017). Hastaların uygun hijyen koşulları altında

tedavi edilmesi gerekliliğini savunan Nightingale, hasta güvenliğini sağlamak ve bütüncül bakım vermek gibi KDH'in şu an ki amaçlarından birçoğunu yıllar önce yerine getirmiş ve o zaman ki adı KDU olarak geçmese bile Nightingale, hemşirelikte KDU disiplini kurmuştur (Karabulut ve diğerleri, 2019; Mackey ve Bassendowski, 2017). KDH uygulamaları, hemşirelik sürecinin bir sonucudur (Youngblut ve Brooten, 2001).

Hemşirelik mesleğinin bilimselleşmesine ve profesyonelleşmesine önemli katkı sağlayan KDU'ların kliniklerde kullanılması için, bu konuda geliştirilmiş lisans düzeyinde kapsamlı bir KDU eğitimi verilmesi, klinik hemşireleri için eğitim programlarının düzenlenmesi, klinik uygulamalarda kullanılabilecek araştırmaların yapılması ve sonuçların hemşirelerle paylaşılması gerektiği ifade edilmiştir (Alperen ve Oksay Şahin, 2022; Özsoy ve Ardahan, 2006; Yılmaz, 2005). Özellikle öğrenci hemşirelerin mesleğe atılmadan KDH'e yönelik farkındalık kazanmasının, hemşirelerin klinikte KDU'ları kullanma alışkanlıklarının artmasına, araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerilerinin gelişmesine ve güncel değişiklikleri izleme oranlarının önemli ölçüde artmasına yardımcı olacağına inanılmaktadır (Alperen ve Oksay Şahin, 2022; Yılmaz, ve diğerleri, 2018).

Dünyada ABD, Kanada, İngiltere ve Hollanda gibi birçok ülkede kanıta dayalı eğitim merkezleri açılmış ve hemşirelik eğitiminin bilimsel kanıt çerçevesinde gelişmesinin önemi belirtilmiştir (Keçeci ve Demiray, 2017; Şenyuva, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında gerçekleştirmiş olduğu toplantıda ebellek ve hemşirelik hizmetlerinin kanıt temelli olması gerektiği ve konuyla ilgili altyapının sağlanmasının önemini bildirmiştir. Uluslararası Hemşirelik Birliği'nin (International Council of Nursing=ICN) tüm hemşirelere uygulamalarının kanıt temelli olması konusunda yapmış olduğu vurgu, konunun önemini ortaya koymaktadır (Fineout-Overholt, Melnyk ve Schultz, 2005; Stevens, 2013). Ülkemizde, hemşirelik lisans ve lisansüstü programlarda KDH dersleri verildiği ancak bir standart haline gelmediği görülmektedir. Bazı üniversitelerde "kanıta dayalı hemşirelik" adı altında seçmeli dersler yürütülürken, bazı üniversitelerde ise bu konularda bilgi "hemşirelikte araştırma" dersi içeriğinde verilmektedir. Ayrıca hemşirelik kongrelerinin birçok oturumunda KDH uygulamaları ele alınarak farkındalık artırılmaya çalışılmaktadır (Keçeci ve Demiray, 2017).

Sağlık profesyonelleri tarafından klinik karar verme ve problem çözmede kullanılan, yüksek kanıt düzeyi ile etkililiği, uygunluğu ve uygulanabilirliği bir arada olan kanıtların klinikte

kullanımının hasta bakımının kalitesini ve hasta memnuniyetini artırırken; hastanede kalış süresini, bakımın maliyetini ve komplikasyonların görülme sıklığını azalttığı gözlemlenmiştir (Atman, 2011; Babadaş ve Kara, 2004; Bayın ve Akbulut, 2012; Fineout-Overholt ve diğerleri, 2005; Şenyuva, 2016; Thyer, 2004; Yılmaz ve Çöl, 2014). Hasta üzerinde yararlı etkisi tespit edilmiş kanıtları uygulamaya dahil etmek ve davranış geliştirmek; hızlı problem çözme, hemşirelik bakımının bütüncül, bireysel ve etkili olmasını sağlar ve yalnızca hemşireler değil tüm sağlık profesyonellerini araştırmaya yönlendirerek eleştirel düşünme yeteneklerini artırır (Dearholt ve Dang, 2007:12; Karagözoğlu, 2017).

2.2. Perioperatif Dönem ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Cerrahi, konjenital ya da sonradan gelişen hastalıkları, yaralanmaları ve deformiteleri tedavi ederken, vücudun normal fizyolojik fonksiyonlarını da pozitif yönde değiştirebilen kontrollü travma olarak kabul edilen bir tıp sanatı ve iyileştirme bilimidir (Dirksen ve Bucher, 2014:317). Önleme, muayene, tanı koyma, iyileştirme veya kozmetik güzelleştirme amaçlı yapılabilen cerrahiler; hasta, cerrah, hemşire, anestezi bakım sağlayıcıları ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile etkileşimi içeren multidisipliner bir deneyimdir (Aslan, 2009; Dirksen ve Bucher, 2014:319). Cerrahi süreci kapsayan perioperatif dönem, hastaya gerekli cerrahi işlem ve iyileşmeyi içeren, cerrahi ihtiyacın bildirilmesi ile başlayan, taburculuk ile devam eden ve hasta postoperatif dönemde optimal fonksiyon düzeyine ulaştığında sona eren bir dönemdir (Mellinger ve McCanless, 2010).

Perioperatif dönem, dikkatle planlanmış olabileceği gibi beklenmedik ve acil bir şekilde de gerçekleşebilir (Hinkle ve Cheever, 2018:1208). Estetik, elektif, acil veya laparoskopik, endoskopik ve robotik cerrahileri kapsayan minimal invaziv cerrahilerin her birinde uygulanacak prosedürler, perioperatif dönemi güvenli ve etkili kılarken potansiyel komplikasyonları önlemeli ve hastanın fiziksel, mental ve sosyal anlamda genel iyilik halini sağlayacak nitelikte olmalıdır (Gündoğdu, 2018).

Cerrahi süreç; preoperatif, intraoperatif, ve postoperatif olmak üzere üç dönemden oluşur ve bu üç dönemin tamamı perioperatif dönem olarak ifade edilir (Kapritsou ve Plastiras, 2022; Mellinger ve McCanless, 2010). Perioperatif dönem boyunca hasta ile iletişim, cerrahi ekip birliği ve multidisipliner hasta değerlendirmesi hem perioperatif sürecin sürdürülmesi hem

de hasta memnuniyeti için oldukça önemlidir (Beyea, 2004). Perioperatif dönem boyunca hemşirelik süreci kullanılır ve uluslararası önerilen standart ve etkinliği kanıtlanmış uygulamalara dayalı bakım verilmesi hedeflenir (Beyea, 2004; Yılmaz, 2005). Ancak Ameliyathane Hemşireleri Birliği (AORN) ve diğer kuruluşların kanıta dayalı önerileri geliştirmesinden hemen önce çoğu doktor, hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonelleri bakım verirken araştırma bulguları yerine geleneksel yöntemler, kişisel deneyimler, süregelen hastane politikaları, klinik normlar ya da mentorlarının/kıdemlilerinin tercihlerine göre bakım verdiği görülmektedir (Beyea, 2004; Mellinger ve McCanless, 2010).

Geleneksel perioperatif bakımdan uzaklaşmayı sağlayan KDU'ların perioperatif dönemde kullanımı günümüzde oldukça yaygınlaşmıştır. KDU esas alınarak oluşturulan ERAS protokolleri ve GCKL kullanılarak gerçekleştirilen etkili bir perioperatif bakım, hastanede yatış süresinin azalmasını, cerrahi sonrası hastanın normal fonksiyonlarını hızla kazanmasını ve komplikasyonların görülme riskinin azalmasını amaçlar (Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019; Çırpı, Doğan Merih ve Yaşar Kocabey, 2009; Yazıcı ve Erişti, 2022). Bu hedefler doğrultusunda hareket eden ve perioperatif dönemde yer alan bir cerrahi hemşiresi, kanıta dayalı bakım vermek için hastayı perioperatif dönemin tamamı için detaylı değerlendirerek, bireye uygun holistik ve bireyselleştirilmiş bir bakım planlar ve uygular (Dağıstanlı, Kalaycı ve Kara, 2018; Dönmez ve Özbayır, 2008; Mellinger ve McCanless, 2010).

2.2.1. Preoperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları

Preoperatif dönem hastanın ihtiyacı olan cerrahi hakkında bilgilendirilmesi ve gerekli tedavi kararının verilmesi ile başlar (Hinkle ve Cheever, 2018;1208). Hastanın ameliyathaneye kabulü öncesi ve sonrası prosedürlerin belirlenmesi ve hastanın preoperatif hazırlığı bu süreçte gerçekleşir. Hastanın ameliyathaneye girişi ile sona eren preoperatif dönem, intraoperatif dönemi başlatır. Preoperatif hazırlıklar ile başlayan bu süreç, hasta ve ailesi için zorlayıcı bir dönemdir (Goodman ve Spry, 2014:1; Hinkle ve Cheever, 2018;1208).

Preoperatif dönemde hasta, fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel değerlendirilir ve cerrahi prosedür için hazırlanır. Hastanın bilgi eksikliği giderilir ve görüşmelere varsa hastanın ailesi de dahil edilmelidir (Gustafsson, Scott, Hubner, Nygren, Demartines, Francis ve Ljungqvist, 2019). Cerrahi girişimler öncesinde hastanın değerlendirilmesi ve

bilgilendirilmesi, sonradan oluşabilecek komplikasyonlar hakkında hemşireye bilgi verirken komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur ve hastanın olası anksiyetesinin ve bilgi eksikliğinin giderilmesini sağlar (Goodman ve Spry, 2014:6; Gustafsson ve diğerleri, 2019; Hinkle ve Cheever, 2018:1211). Hastanın sağlığının değerlendirilmesi ve fiziksel muayenesi yapılırken kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, genitoüriner sistem, gastrointestinal sistem, nörolojik sistem, hepatik sistem, kas ve iskelet sistemi, immün sistem hastalıklarının varlığı, belirti ve bulgular ve olası riskleri dikkate alınmalı uygun laboratuvar ve tanılayıcı testler cerrahi öncesi yapılmalıdır (Goodman ve Spry, 2014:6).

Hasta bilgilendirmesi, ameliyat öncesi hazırlık basamakları, hastanın hastanede kalacağı zaman dilimi, ağız yoluyla beslenmeye geçiş zamanı, olası ağrı, ameliyat sonrası dönem kısıtlamaları vb. ile ilgili detaylı bilgileri içermelidir (Gustafsson ve diğerleri, 2019). Hastanın iyileşme sürecine aktif katılımının önemi hastaya açıklanmalıdır. Bu girişimler hastanın anksiyetesini ve analjezi ihtiyacını azaltmakta beraber hasta ile sağlık profesyonelleri arasında iyi bir iş birliği ilişkisi oluşturmaktadır (Dönmez ve Özbayır, 2008; Johnston, McKenzie, Mahoney, Barbita, Brar, Heath ve McLeod, 2018).

Hastalara uygulanan hemşirelik girişimlerin tümü hemşirelik tanılarına yöneliktir. Hastalara bireysel ve bütüncül bakım verebilmenin temelinde hastalardan alınan verilere uygun özel tanımlar koyup, bu tanımlara yönelik girişim planlayıp uygulamak ve sonuçlarını değerlendirmektir (Goodman ve Spry, 2014:16; Hinkle ve Cheever, 2018:1234) Hastalara bireysel tanımlar konulması oldukça önemli olmakla birlikte çoğunlukla; bilgi eksikliği, anksiyete, korku, etkisiz başa çıkma, cinsellik örüntüsünde etkisizlik, karar vermede çatışma, uyku örüntüsünde bozulma, rahatsız düşünce süreçleri, spiritüel distres ve aile içi ilişkilerde bozulma gibi tanımlar konulmaktadır (Goodman ve Spry, 2014:16)

Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini minimal düzeye indirmek için, majör cerrahi uygulanacak tüm hastaların genel durumları en üst seviyeye getirildikten sonra opere edilmelidir. Bu amaçla hemşire belirtilen kanıta dayalı uygulamaları uygulamalıdır.

1. Hastanın fiziksel ve ruhsal sağlık öyküsü, cerrahi öyküsü, anestezi toleransı, ilaç kullanımı, tamamlayıcı ya da alternatif tıp uygulamalarına olan ilgisi ve kullanımı, sosyal destek sistemleri, cerrahiye ilişkin bilgisi gibi, alerjileri birçok faktör sorgulanmalı ve hastanın preoperatif değerlendirmesi detaylandırılmalıdır. Bu

değerlendirme yapılırken psikososyal değerlendirmenin de önemi unutulmamalı ve hastaya süreç boyunca gerekli desteğin verilmesi gerekmektedir. *[Kanıt Düzeyi:Yüksek]* (Fındık ve Topçu, 2015; Gustafsson ve diğerleri, 2019; Johnston ve diğerleri, 2018; Karancı ve Dirik, 2003).

2. Hastanın sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri ameliyattan en az 6-8 hafta önce bıraktığından emin olmalıdır . *[Kanıt Düzeyi:Yüksek]* (Bahrami-Motlagh, Hassanian-Moghaddam, Behnam ve Arab-Ahmedi, 2015; Bottorff, Seaton, Viney, Stolp, Krueckl ve Holm, 2016; Kaka, Zhao, Ozer, Agrawal, Kang, Rocco ve Old, 2017).
3. Hastaya ameliyat öncesi derin solunum/öksürük ve ekstremitte egzersizleri yaptırılmalıdır. *[Kanıt Düzeyi:İyi]* (Katsura, Kuriyama, Takeshima, Fukuhara ve Furukawa, 2015).
4. Ameliyat öncesi dönemde uzun süreli açlığın insülin direncinde artma ve iyilik halinde azalmaya neden olabileceğinden önlenmesini sağlamalıdır *[Kanıt Düzeyi:Yüksek]* (Çelebi ve Yılmaz, 2019; Gustafsson ve diğerleri, 2019; Torgersen ve Balters, 2015).
5. Özellikle ciddi hiperglisemi hastalarında hipoglisemi önlemek için kan glikoz seviyesinin düzenli izlemi ile kontrollü insülin tedavisini takip etmelidir *[Kanıt Düzeyi:İyi]* (Çelebi ve Yılmaz, 2019; Torgersen ve Balters, 2015).
6. Cerrahi alan enfeksiyonunun, hastanede kalış süresinin, maliyetlerin ve aynı zamanda morbidite ve mortalite oranlarının artmasına yol açan en yaygın perioperatif enfeksiyon olması nedeniyle hastalara uygun olan antimikrobiyal profilaksinin (AMP) cerrahi kesiden bir saat önce yapılmış olmasını sağlamalıdır *[Kanıt Düzeyi:Yüksek]* (Balkan ve Çelebi, 2020; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Marul ve Aygin, 2016).
7. Hastalara, derin ven trombozunu (DVT) önlemek için, doktor istemi ile düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) uygulamalı ve kompresyon çorapları giydirmelidir. Aynı zamanda kadın hastalarda oral kontraseptif kullanan ve hormon tedavisi alanların, kanamayı arttırabileceğinden cerrahi öncesi en az 4 hafta ilacı bırakmaları ya da alternatif bir yöntem kullanmaları gerektiğini açıklamalı ve takip etmelidir *[Kanıt Düzeyi:Yüksek]* (Çelik ve diğerleri, 2022; Engelman, Ali, Williams, Perrault, Reddy, Arora ve Boyle, 2019).
8. Termoregülasyonun bozulması koagülasyon dengesini bozarak kanamayı arttırabilir. Dolayısıyla hastanın normal vücut sıcaklığının sürdürülmesini sağlamalı ve kontrol etmelidir *[Kanıt Düzeyi:Yüksek]* (Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019; Nelson, Bakkum-Gamze, Kalogera, Glaser, Altman, Meyer ve Dowdy, 2019).

9. Bulantı/kusması olan hastalarda antiemetik uygulamalıdır [*Kanıt Düzeyi:Yüksek*] (Perry, Scott, Richards, Haase, Savovic, Ness ve Pufulete, 2016, Stenberg, dos Reis Falcao, O’Kane, Liem, Pournaras, Salminen ve Thorell, 2022).
10. Cerrahi veya postoperatif dönemde yara bakımına engel olmayacaksa ve cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) riskini artırma riski yoksa, ameliyat öncesinde tüyler temizlenmemelidir [*Kanıt Düzeyi:Yüksek*] (Balkan ve Çelebi, 2020; Marul ve Aygin, 2016).
11. Hastanın ameliyat gününden en az bir gece önce mümkünse klorheksidin içerikli bir sabun veya antiseptik ile duş/banyo yapması sağlamalıdır [*Kanıt Düzeyi:Yüksek*] (Balkan ve Çelebi, 2020; Kamel, McGahan ve Mierzwinski-Urban, 2011; Marul ve Aygin, 2016).

Kanıt dayalı uygulamalar çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ve Türkiye’de 2009 yılında kullanılmaya başlanılan GKCL ile cerrahinin güvenli hale getirilmesi ve perioperatif dönemdeki morbidite ve mortalite oranının azaltılması amaçlanmıştır (Özpekin ve Erdim, 2016). Yapılan çalışmalar sonunda güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı sakat kalımları ve ölümleri %30 oranında azalttığı saptanmıştır (Totur Dikmen ve Dal Yılmaz, 2022; Yılmaz, Kandemir, Gökçe, Ergül ve Dağcı, 2022). Hasta güvenliğini temeline alan ve bakım kalitesini artırmak için özellikle perioperatif dönemde KDU’ları içeren bu bakım parametreleri, sonunda tüm dünyada sağlık hizmetleri için önemli standartların oluşturulmasına zemin hazırlamıştır (Association of Peri Operative Registered Nurses [AORN], 2022; Y. Yılmaz ve diğerleri, 2022).

2.2.2. İntraoperatif dönemde kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları

Hastaların ameliyathaneye alınmasından sonra ameliyathane yatağına transferi ile başlayan intraoperatif dönem, cerrahinin bitimini takiben hastaların anestezi sonrası bakım/ayılma ünitelerine alınması ile biten süreci kapsar (Hinkle ve Cheever, 2018;1208). Hemşireler ve tüm cerrahi ekibin intraoperatif dönem boyunca ameliyathanenin hazırlanması, hastanın transfer sırasında ve ameliyathanede güvenliğinin sağlanması, tüm işlemlerin aseptik koşullarda yapıldığına emin olması ve sterilitenin sürdürülmesi gibi birçok sorumluluğu bulunmaktadır (Hinkle ve Cheever, 2018;1260). Hastaların ameliyat öncesi dönemde hastalık, tedavi ve sonraki sürecin bilinmezliğine bağlı anksiyete yaşadıkların görülmektedir (Karanci ve Dirik, 2003).

Hastalara bireysel tanılar konulması oldukça önemli olmakla birlikte çoğunlukla; hastalara yönelik hemşirelik tanılarının konulması ve buna uygun girişimlerin uygulanması hemşirenin temel görevidir (Goodman ve Spry, 2014:16). İntraoperatif dönemde hastalara konulabilecek hemşirelik tanılarında bazıları şunlardır; bilgi eksikliği, anksiyete, korku, etkisiz hava yolu açıklığı, aspirasyon riski, kardiyak out-putta azalma, hipotermi, enfeksiyon riski, düşünce sürecinde bozulma, gaz değişiminde bozulma, üriner boşaltımda bozulma, dehidrasyon, sıvı yüklenmesi ve sözel iletişimde bozulmadır (Hinkle ve Cheever, 2018;1291).

Ameliyathane yatağına alınan hasta yeniden değerlendirilmek üzere tüm yaşamsal fonksiyonları monitöre bağlı bir şekilde izlenir (AORN, 2015; Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019). Anestezi verilmeden önce listedeki tüm adımlar kontrol edilir, ameliyat kesisi atılmadan hemen önce dikkat edilmesi gereken maddeler sorgulanır (AORN, 2015). Burada ameliyathane ekibinin kendini tanıtmayı, ekipten birinin sesli bir şekilde hastanın kimliği, planlanan ameliyatı ve ameliyat bölgesini teyit etmesi (Nelson ve diğerleri, 2019), ameliyat süreci boyunca olabilecek tüm senaryoların gözden geçirilmesi ve gerekli malzeme stoğunun sağlanması, kullanılacak malzemelerin hazırlanması, malzemelerin sterilizasyona uygunluğu, hastanın diyabet/insülin direnci ile ilgili problemi varsa kan şekeri kontrolü, antikoagülan kullanımı ve DVT profilaksisinin gerekliliğinin (Engelman ve diğerleri, 2019) sorgulanması istenmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019; Goodman ve Spry, 2014:19; Hinkle ve Cheever, 2018;1257; Nelson ve diğerleri, 2019; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [SHGM], 2015). GCKL ve Anestezi Güvenlik Kontrol listesinin tamamlanması ile hasta uyuşturulur, ameliyata hazırlanır, iyodoform içeren kesikli örtüler ile örtülür ve ilk cerrahi kesi ile ameliyat başlar (Dağıstanlı ve diğerleri, 2018; SHGM, 2015). Tüm bunların yanı sıra ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini minimal düzeye indirmek için hemşire;

1. Hipotermiyi önlemek için, intraoperatif dönemin tamamında postoperatif dönemde iki saate kadar ısıtılmış intravenöz infüzyonlar ve eksternal ısıtıcılar aracılığıyla hastanın normal vücut sıcaklığı sürdürülmesini sağlamalıdır [*Kanıt Düzeyi:İyi*] (Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019; Temple-Oberle, Shea-Budgell, Tan, Semple, Schran, Barreto ve Ljungqvist, 2017).

2. Cerrahi alan enfeksiyonu riskini artırabileceğinden, iyodofor içermeyen kesikli örtüleri cerrahi için rutin olarak kullanılmamasına dikkat etmelidir [*Kanıt Düzeyi: Yüksek*] (Balkan ve Çelebi, 2020; Kamel ve diğerleri, 2011; Marul ve Aygin, 2016).
3. Anestezi protokolü uygulanırken hastanın monitörize edilmesine dikkat etmeli ve hastanın bilinç düzeyini dikkatle izlemelidir [*Kanıt Düzeyi:Yüksek*] (Stenberg ve diğerleri, 2022).
4. Ameliyat sonrası bulantı-kusma, hastanın erken dönemde oral beslenmesini kısıtlayacağından mutlaka önlenmelidir. Bu amaçla ameliyat sırası dönemde kusmayı uyaran ajanların kullanımından kaçınılmasına ve kombine antiemetikler kullanılmasına dikkat etmelidir [*Kanıt Düzeyi:Yüksek*] (Perry ve diğerleri, 2016; Stenberg ve diğerleri, 2022).
5. İntraoperatif dönem başta olmak üzere perioperatif dönem boyunca dehidratasyon veya aşırı sıvı yüklenmesine dikkat ederek hastanın sıvı elektrolit dengesini korumalıdır [*Kanıt Düzeyi:İyi*] (Engelman ve diğerleri, 2019; Temple-Oberle ve diğerleri, 2017)
6. Nazogastrik sondanın kullanımının; hastanede kalış süresini ve pulmoner komplikasyonları azaltmadığı, ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarının geri dönüş hızını değiştirmedığı aksine atelektazi, ateş ve pnömoni insidansını arttırdığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla hemşire kateter, tüp ve drenlerin kullanımının sınırlandırılmasını, kullanımı zorunlu ise mümkün olan en kısa sürede çıkarılmasını sağlamalı ve enfeksiyon bulgularını takip etmelidir [*Kanıt Düzeyi:Yüksek*] (Kamel ve diğerleri, 2011; Stenberg ve diğerleri, 2022).

İntraoperatif dönem boyunca hemşireler scrub ya da sirküle olarak görev alır. Hemşire hangi pozisyonda olursa olsun aseptik ortamın korunmasından, hastanın sıvı ve kan kaybı izleminden, normotermiinin sürdürülmesinden ve yaşamsal bulgularının izleminden sorumludur (Goodman ve Spry, 2014:16). Bu süreçte hemşire, hastanın güvenliğine, ihtiyaç duyulan emosyonel desteğe, prosedürün izlenmesi, güvenle ilerlemesi, hastanın komplikasyon ve enfeksiyon riskine karşı korunmasına ve perioperatif dönem boyunca hastaya optimal düzeyde yararına odaklanır (Hinkle ve Cheever, 2018;1294).

2.2.3. Postoperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları

Ameliyat sonrası bakım, hasta ameliyathaneden çıktıktan hemen sonra postanestezi bakım ünitesine (PABÜ) diğer adıyla ayılma odasına alınmasıyla beraber başlar (Hinkle ve

Cheever, 2018;1302). PABÜ’de bulunan hemşire, hastanın postoperatif yaşamsal bulgularının stabilizasyonunu, mental oryantasyonunu ve cerrahi müdahale alanını kontrol etmek ile yükümlüdür (Goodman ve Spry, 2014:2; Hinkle ve Cheever, 2018;1302).

Postoperatif bakımda ilk 24 saat oldukça önemlidir. Hasta ameliyattan çıktıktan sonra ilk bir saat boyunca en az 15 dakikada bir kere, sonraki iki saat için her 30 dakikada bir kere ve daha sonraki 4 saat boyunca her saatte bir kere olmak üzere hastayı takip etmelidir (Hinkle ve Cheever, 2018;1303; Dencker ve diğerleri, 2021). Vital bulguların stabil gitmesi halinde daha seyrek takip edilebilir ancak vücut sıcaklığı ilk 24 saat boyunca her 4 saatte bir kere izlenmelidir (Dencker ve diğerleri, 2021). Bu sıkı takibin amacı hastanın geçirebileceği herhangi bir şok veya komplikasyonu hızlıca tespit edip müdahale etmektir (Çopur ve diğerleri, 2015; Pape, 2003; Yılmaz, 2019).

Postoperatif dönemde hastalara genellikle ağrı, etkisiz solunum örüntüsü, hava yolu açıklığında bozulma, deri bütünlüğünde bozulma, dengesiz beslenme, idrar retansiyonu, beden imajında bozulma, yorgunluk, fiziksel harekette bozulma, uyku örüntüsünde bozulma, cinsel fonksiyonlarda bozulma, travma riski, kanama riski, aktivite intoleransı, etkisiz sağlık yönetimi, sosyal izolasyon, spiritüel distres gibi birçok genel ve hastaya yönelik bireysel tanı konulabilir ve bu tanımlara yönelik girişimler uygulanır (Hinkle ve Cheever, 2018;1323).

Tüm bunların yanı sıra hastaların hızlı bir şekilde iyileşmesi için uygulanması gereken pozitif etkisi kanıtlanmış uygulamalar vardır. Bunlardan bazıları;

1. Hastanın ameliyat sonrası sıfıncı gün en az iki saat ve taburcu olana kadar takip eden günlerde en az 6 saat yatak dışında olması sağlanmalıdır [*Kanıt Düzeyi: İyi*] (Ersoy ve Gündoğdu, 2007; Temple-Oberle ve diğerleri, 2017).
2. Hasta erken oral sıvı ve besin alımına teşvik edilmelidir [*Kanıt Düzeyi: İyi*] (Nelson ve diğerleri, 2019; Temple-Oberle ve diğerleri, 2017).
3. Varsa, dren ve kateterlerin mümkün olan en erken sürede çekilmesi sağlanmalı ve bu sürede enfeksiyon belirti ve bulguları yakından takip edilmelidir [*Kanıt Düzeyi: Yüksek*] (Aksoy ve Vefikulucay Yılmaz, 2018; Nelson ve diğerleri, 2019; Temple-Oberle ve diğerleri, 2017).
4. Hastanın ağrısı var ise multimodal ağrı yönetimi rejimleri tercih edilmeli ve nonfarmakolojik girişimlere önem verilmelidir [*Kanıt Düzeyi: Yüksek*] (Aksoy ve

Vefikulucay Yılmaz, 2018; Nelson ve diğerleri, 2019; Temple-Oberle ve diğerleri, 2017).

5. Postoperatif dönemde hastaların insülin direnci düşebileceği için başta diyabet tanılı hastalar olmak üzere tüm hastalarda kan şekeri düzeyi düzenli takip edilmelidir [*Kanıt Düzeyi: İyi*] (Engelman ve diğerleri, 2019).
6. Yeterli taburculuk kriterlerini sağladıktan sonra hastaların taburcu olması sağlanmalıdır [*Kanıt Düzeyi: Yüksek*] (Engelman ve diğerleri, 2019).
7. Taburcu edilen hastalar 1-2 gün sonra telefon ile aranarak kontrol edilmelidir. Postoperatif 30. günde en son görüşme yapılmalıdır [*Kanıt Düzeyi: Yüksek*] (Engelman ve diğerleri, 2019).

Bütüncül ve birey merkezli bakım, gelişebilecek olası tüm komplikasyonları önlemeye yardımcı olur (Hinkle ve Cheever, 2018;1210). Perioperatif dönemde KDH uygulamaların kullanımı hemşirelik bakımının standardizasyonunu sağlarken, hasta beklentisini de karşılamakta, komplikasyon görülme oranını azaltmaktadır (Ruzafa-Martínez ve diğerleri, 2016).

2.2.4. Kanıta dayalı hemşirelik eğitiminin önemi

Kanıta dayalı hemşirelik, hemşirelerin sürekli olarak güncel bilgi ve araştırmalara ulaşmaya teşvik eder. Sürekli kendini güncelleme arzusu, hemşirelerin mesleki gelişimini destekler, bilgi birikimlerini artırır ve uygulamalarını güncel tutar (Farokhzadian, Khajouei ve Ahmadian, 2015). KDH eğitimi alan öğrencilerin mesleki gelişimine katkı sağladığı ve bakım verici rolünü sahipsizlendikleri gözlemlenmiştir (Kathuria 2003).

Kanıta Dayalı Hemşirelik eğitiminin, öğrencilerin meslek hayatına geçmeden önce, bilimsel temelli bakım verme, klinikte karşılaşılan problemlere akılcı çözümler bulma, bakımın standartizasyonunu sağlama, eleştirel düşünme ve hızlı karar verme yeteneğinin gelişmesi, hataların en aza indirilerek hasta memnuniyetini artırma ve mesleki doyum için farkındalıklarının oluşturulmasında önemi belirtilmiştir (Babadağ ve Kara 2004; Mackey ve Bassendowski, 2017; Youngblut ve Brooten, 2001). Ayrıca KDH eğitimi almak, doğru kanıt bulmaya teşvik ederken sağlık okuryazarlığını da geliştirmiş olacaktır (Youngblut ve Brooten; 2001) Mesleğe yeni başlayacak hemşirelerin, kanıt bulma, değerlendirme ve kullanma becerileri ile mezun olması, hemşirelik mesleğinin gelişimine katkı sağlayacağı,

bağımsız rollerini artıracığı ve yeni çalışmaların yapılmasına öncü olacağı düşünülmektedir (Şenyuva, 2016; Youngblut ve Brooten 2001).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma; hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma; Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde eğitim gören 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılmıştır. Gazi Üniversitesi'nde Hemşirelik Bölümü ilk olarak 1999 yılında Gölbaşı Kampüsü'nde kurulan Hemşirelik Yüksekokulu ile eğitim vermeye başlamıştır. 2008 yılında Sağlık Bilimleri Fakültesi çatısı altına giren Hemşirelik Bölümü, 2022 yılında Hemşirelik Fakültesi olmuştur. 2022-2023 eğitim öğretim yılı itibariyle 1038 öğrenci ile eğitim öğretime devam eden Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümünde, 11 profesör, 2 doçent ve 2 doktor öğretim üyesi bulunmaktadır. Bölüm, 2022 yılında HEPDAK tarafından akredite olmuştur.

Gazi Üniversitesi Hemşirelik bölümünde zorunlu olarak Hemşirelik Esasları I, Hemşirelik Esasları II, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelikte Yönetim, Hemşirelikte Öğretim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve Halk Sağlığı Hemşireliği gibi bölüm dersleri ile birlikte; Fizyoloji, Biyokimya, Histoloji, Anatomi, Patoloji, Farmakoloji, Biyoistatistik, Etik gibi ortak dersler verilmektedir. Seçmeli olarak ise Bilgiye Ulaşma ve Sunum, Hemşirelik ve Bilim Tarihi, Hemşirelikte Holistik Yaklaşım ve Tamamlayıcı Tedaviler gibi dersler verilmektedir. Mesleki tüm derslerin içerisinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgiler yer almaktadır ve Kanıta Dayalı Uygulamalar adı altında ayrı bir ders açılması planlanmaktadır. Bilgiye Ulaşma ve Sunum, Epidemiyoloji, Hemşirelikte Araştırma gibi dersler kapsamında kanıta ulaşma ve literatür taramaya yönelik eğitim verilmektedir. Aynı zamanda öğrenciler, ikinci dönem itibari ile Hemşirelik Esasları II dersi kapsamında klinik uygulamaya başlamakta ve mezun olana kadar her dönem mesleki dersler kapsamında klinik uygulama yapmaktadır.

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi ise; dört ders saati teorik ve sekiz ders saati klinik uygulama olarak işlenmektedir. Ders içeriği, cerrahinin temel ilkeleri, cerrahi girişim gerektiren hastalıklar ve hemşirelik bakımı hakkında bilgi ve beceri kazandırmak ve Cerrahi Hemşireliğinin ilke ve kurallarını kişisel ve meslek yaşamına uygulayabilme yeteneği geliştirmek amaçlanarak planlanmıştır. Kavram haritası temelli yöntem ile öğrencilere Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları eğitimi verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2022-2023 eğitim – öğretim yılı bahar döneminde eğitim gören 3. ve 4. sınıf 476 hemşirelik öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, tüm öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 398 öğrenci araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden öğrencilerin 199’u 3. sınıf ve 199’u 4. sınıf hemşirelik öğrencisidir. Araştırmaya 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinin katılma oranı %84,68’dir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından geliştirilen ‘Öğrenci Hemşire Tanıtım Formu’ ve ‘Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu’ ile toplanmıştır. (EK-1, EK-2)

Öğrenci Hemşire Tanıtım Formu

Öğrenci Hemşire Tanıtım Formu, güncel literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (Cardoso ve diğerleri, 2021; Evcimen ve Ayyıldız, 2019; Kalkım ve Midilli, 2020; Labrague ve diğerleri, 2020). Form; cinsiyet, sınıf, akademik genel not ortalaması, hemşirelik bölümünü isteyerek seçip seçmedikleri, araştırma yöntemleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bir ders/eğitim alıp almadıkları, araştırma yaparken yararlandıkları kaynaklar ve veri tabanları, kongre/sempozyum katılımları ve lisansüstü eğitim isteklerinin sorgulandığı toplam 10 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu

Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından ilgili güncel literatüre göre hazırlanmıştır (Aksoy ve Vefikulucay, 2018; Bahrami-Motlagh ve diğerleri, 2015; Balkan ve Çelebi, 2020; Bottorff ve diğerleri, 2016; Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019; Çelebi ve Yılmaz, 2019; Dağıstanlı ve diğerleri, 2018; Engelman ve diğerleri, 2019; Ersoy ve Gündoğdu, 2007; Gustafsson ve diğerleri, 2019; Johnston ve diğerleri, 2018; Kaka ve diğerleri, 2017; Kamel ve diğerleri, 2011; Karanci ve Dirik, 2003; Katsura ve diğerleri, 2015; Marul ve Aygin, 2016; Nelson ve diğerleri, 2019; Perry ve diğerleri, 2016; Probst, Klotz, Hüttner, Harnoss and Diener, 2019; Stenberg ve diğerleri, 2022; Temple-Oberle ve diğerleri, 2017; Torgersen ve Balzers, 2015; Tucker, 2014) (EK-2). Hazırlanan formda perioperatif dönemin tamamını kapsayan, preoperatif (19 soru), intraoperatif (8 soru) ve postoperatif (9 soru) dönemde hemşirelik bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamalar hakkında toplamda 36 madde vardır. Perioperatif dönemde herhangi bir faktör farketmeksizin tüm hastalara uygulanması gereken kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları literatür taranarak oluşturulmuş olup, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları olarak 3 başlık altında toplanmıştır. Bu maddeler bilgi içerikli olup Doğru/Yanlış yöntemi kullanılarak bilgi düzeyi ölçülmüştür.

Araştırmacılar tarafından oluşturulan ‘Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu’nun kapsam geçerliliği için uzmanlık alanı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği olan 7 öğretim üyesinden e-mail yolu ile görüş istenmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için kapsam geçerlik oranı ve Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Uzmanlar her bir maddenin gerekliliği, açık ve anlaşılabilirliğini 1-4 puan arasında değerlendirmiştir. Davis tekniği baz alınarak oluşturulan ve uzman görüşüne giden formda 1 puan ‘Hiç uygun değil’, 2 puan ‘Maddenin uygun hale getirilmesi gerekiyor’, 3 puan ‘Uygun ancak değişiklik gerekiyor’ ve 4 puan ‘Çok uygun’ olarak değerlendirilmiştir. Her bir madde için kapsam geçerlik oranı hesaplaması yapılmış ve uzmanların görüşleri doğrultusunda maddeler revize edilmiştir. Sonuç olarak preoperatif döneme ait bir madde, daha uygun olduğu gerekçesi ile intraoperatif döneme taşındı. Preoperatif döneme ait bir madde ve postoperatif döneme ait iki madde, daha önceki maddelerin cevabını barındırdığı gerekçesi ile anketten kaldırıldı. Preoperatif döneme ait dört, intraoperatif döneme ait iki ve postoperatif döneme ait bir madde anlamın açık ve anlaşılır olması için yeniden düzenlenmiştir. Maddelerde belirtilen ifadelerin Doğru/Yanlış oranı birbirine yaklaştırılarak

preoperatif dönemde 11 doğru ve 8 yanlış ifade, intraoperatif dönemde 4 doğru ve 4 yanlış ifade, postoperatif dönemde ise 5 doğru ve 4 yanlış ifade olacak şekilde revize edilmiştir.

Birçok bileşene sahip olan formların güvenilirliğini hesaplamada kullanılan ve objektif olan Cronbach's alpha katsayısı, formda bulunan maddelerin paralelliğini ve kendi içinde tutarlılığını ölçmeye yarayan bir yöntemdir. Ölçüm yapılan formun güvenilir olduğunu varsayabilmek için katsayının 0.70'den yüksek olması gerekmektedir. Bu katsayı 1'e ne kadar yakınsa güvenilirlik o kadar yüksek anlamına gelmektedir (Formigoni, Gualdana ve Fornasari, 2016). Formun iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı Cronbach's-Alpha 0.92 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın ön uygulaması

Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formunun ön uygulaması 1-30 Nisan 2023 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde üçüncü sınıftan 20 ve dördüncü sınıftan 20 öğrenci olmak üzere toplam 40 öğrenciye uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası formda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için ön uygulamaya alınan 40 öğrenci örneklem grubuna dahil edilmiştir.

3.4.2. Araştırmanın uygulaması

Öğrenciler ile yüz yüze yapılması planlanan araştırma (30.12.2022 tarihli ve E.546397 sayılı etik komisyon yazısı) (EK-3) 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş depremleri sonrası Yükseköğretim Kurulu, üniversitelerde online/hibrit eğitime geçiş kararı vermiştir. Yükseköğretim Kurulu'nun kararı üzerine öğrencilere Whatsapp grupları üzerinden ulaşılarak, anketin Google Formlar yoluyla iletilip, verilerin online olarak toplanmasına karar verilmiş ve yöntem değişikliği dilekçesi ile yeniden etik komisyon onayı (13.03.2023 tarihinde ve E.610229 sayılı yazı) alınmıştır (EK-4)

Etik komisyon izni alındıktan sonra, 1 Nisan-1 Haziran 2023 tarihleri arasında 2022-2023 bahar döneminde dersin sorumlu öğretim üyelerine çalışmanın amacı açıklanarak eğitim gören 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin Whatsapp gruplarına ulaşılmış ve çalışmanın amacı hakkında 476 öğrenciye bilgi verilmiştir. Katılım sağlamak isteyen 398 öğrenci için ayrı Whatsapp grubu oluşturulmuş, veriler Google Forms linki (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdETB8S7JmbYA6Z4hhHzm68YYkqO2E->

PpmZF2puGchuX77rjg/viewform?usp=sf_link) ile Whatsapp grupları üzerinden araştırmacı tarafından öğrencilere iletilerek toplanmıştır. Google Forms üzerinde hemşirelik öğrencilerinin çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarını belirten kutu yer almıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcılar için form direkt sonlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 398 öğrenci anket formunu doldurmuştur. Öğrenciler anket formunu yaklaşık 10 dakikada doldurmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı program kullanılarak yapılmıştır. Veriler yorumlanırken soru formu ve alt boyut puanları için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilerinin normal dağılıma uygunluğunun tespit edilebilmesi amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmıştır. Verilere ait basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli olduğu varsayılmaktadır (De Carlo, 1997; Hopkins ve Weeks, 1990). Öğrencilerin verdiği yanıtlardan elde edilen verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin önerilen referans aralığında olduğu saptanmıştır. Bu nedenle verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiş ve analizlerde parametrik yöntemler tercih edilmiştir.

Form değerlendirilirken öğrenci hemşirelerin doğru cevapladığı her madde “1” puan, yanlış cevap verdiği her madde ise “0” puan olarak puanlanmıştır. Ayrıca her bir başlık kendi içinde puanlanmıştır. Preoperatif bakımda puan aralığı 0-19 puan, intraoperatif dönemde 0-8 puan, postoperatif bakımda 0-9 puan ve formun tamamamında puan aralığı 0-36 puan arasındadır. Hem kendi içinde hemde formun tamamında alınan puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken; aritmetik ortalamanın altında ve üstünde kalan öğrenci sayısı ile formun en az %50'sine doğru yanıt veren ve veremeyen öğrenci sayısına bakılmıştır. Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda yeterli bilgi sahibi sayılabilmesi için formun tamamına %70 oranında (25 soru) doğru cevap vermesi beklenmektedir (Büyüköztürk, 2014: 32; Güven ve diğerleri, 2022).

Veriler yorumlanırken kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı ve yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. Değişkenler ile puanlar arasındaki ilişki bağımsız t testi ile analiz edilmiştir. Anket puanlarını etkileyen faktörlerin incelenmesinde çoklu doğrusal regresyon

analizi uygulanmıştır. Öğrencilerin Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi Anketi puanları bağımlı değişken, cinsiyet, sınıf, akademik genel not ortalaması, hemşirelik bölümünü isteyerek seçip seçmedikleri, araştırma yöntemleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bir ders/eğitim alıp almadıkları, araştırma yaparken yararlandıkları kaynaklar ve veri tabanları, kongre/sempozyum katılımları ve lisansüstü eğitim istekleri bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. $p<0,05$ anlamlılık kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Öğrenciler ile yüz yüze yapılması planlanan araştırma (30.12.2022 tarihinde ve E.546397 sayılı etik komisyon yazısı) (EK-3), 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş depremleri sonrası Yükseköğretim Kurulu, üniversitelerde online/hibrit eğitime geçiş kararı üzerine öğrencilere Whatsapp grupları üzerinden ulaşılarak, anketin Google Formlar yoluyla verilerin online olarak toplanmasına karar verilmiş ve yöntem değişikliği dilekçesi ile yeniden etik komisyon onayı (13.03.2023 tarihinde ve E.610229 sayılı yazı) alınmıştır (EK-4)

Çalışmanın yapıldığı Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından ve Hemşirelik Bölümü Ana Bilim Dalı Başkanlığından gerekli yazılı izin alınmıştır (EK-5). Çalışmaya katılmayı kabul eden 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerine form gönderilmeden önce araştırmanın amacı açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir. Formun başına katılımcılar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu konulmuş (EK-6) ve etik komisyon onay tarih ve numarası belirtilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyen öğrenciler ‘Kabul etmiyorum’ seçeneğini işaretlemiş ve formu bitirmiştir. Öğrenciler formu online olarak doldurmuş ve herhangi bir kişisel veri (ad, soyadı, telefon numarası, okul numarası vb.) alınmadığı için tam gizlilik sağlanmıştır.

4. BULGULAR

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 2022-2023 eğitim – öğretim yılı bahar döneminde eğitim gören 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla (n=398) yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

Çizelge 4.1. Öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n:398)

Sosyodemografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	328	82,4
	Erkek	70	17,6
Sınıf	3.sınıf	199	50,0
	4.sınıf	199	50,0
Genel akademik not ortalaması (GANO)	2.00 ve altı	2	0,5
	2.00-3.50	329	82,7
	3.50 ve üzeri	67	16,8
Hemşirelik bölümünü isteyerek seçme durumu	Evet	259	65,1
	Hayır	139	34,9
Hemşirelikte Araştırma Yöntemleri Dersi Alma Durumu	Evet	374	94,0
	Hayır	24	6,0
Kanıta Dayalı Hemşirelik eğitimi alma durumu	Evet	238	59,8
	Hayır	160	40,2
Kongre katılım	Evet	128	32,2
	Hayır	270	67,8
Lisansüstü eğitim isteği	Evet	241	60,6
	Hayır	157	39,4

Çizelge 4.1'de araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri verilmektedir. Çizelge incelendiğinde; öğrencilerin %50'si 3. sınıf ve %50'si 4. sınıf hemşirelik öğrencisi olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %82,4'ü kadın ve %82,7'sinin genel not ortalaması (GANO) 2.00-3.50 arasındadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %65,1'i hemşirelik bölümünü isteyerek seçtiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin herhangi bir kongreye katılım oranı % 67,8 olup, % 60,6'sı lisansüstü eğitim almak istediğini belirtmiştir.

Çizelge 4.2. Öğrencilerin araştırma yaparken kullandıkları kaynakların ve veri tabanlarının dağılımı (n:398)

Kaynaklar ve Veri Tabanları**	n	%
Kaynaklar		
İnternet	354	88,9
Dergi/Makale	329	82,6
Ders Kitabı	250	62,8
Veri Tabanları		
Google Akademik	393	98,7
PubMed	185	46,4
UlakBilim	78	19,5
Web of Science	58	14,5
CINAHL	31	7,7
National Guideline Claringhouse	20	5,0
The Cochrane Library	10	2,5
Diğer (Clinical Trials ve Dergi Park)	6	1,5

** Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelere n sayısı dikkate alınarak hesaplanmıştır.

Çizelge 4.2’te öğrencilerin araştırma yaparken kullandıkları kaynaklar ve veri tabanlarının dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin yanıtları incelendiğinde %88,9’unun araştırma yaparken interneti kullandığı ve veri tabanı kullanımları incelendiğinde; %98,7’sinin en çok Google Akademik, ikinci olarak %46,4’ünün PubMed veri tabanını kullandığı ve %1,5’inin de diğer seçeneğini işaretleyerek Clinical Trials ve Dergi Park yanıtlarını verdiği saptanmıştır.

Çizelge 4.3. Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin maddelere verdikleri doğru yanıt oranlarının dağılımı (n:398)

Preoperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları		Doğru yanıt	
		n	%
1-	Preoperatif dönemdeki tüm hastalar, postoperatif dönemde gelişebilecek tüm komplikasyonlara karşı değerlendirilmelidir.	394	98,9
2-	İyileşmeyen yara öyküsü, obezite, diyabet gibi hastalık durumları postoperatif süreçte yara komplikasyon riskini arttıracığı için preoperatif süreçte sorgulanmalıdır.	397	99,7
3-	Hastalık, tedavi süreci, komplikasyon gibi konular hakkında konuşmak hastanın anksiyetesini artırabileceğinden, hasta isterse bilgi verilmelidir.	190	47,7
4-	Preoperatif dönemde hastanın sigara kullanma alışkanlığı sorgulanmalı ve hasta sigara kullanıyor ise planlanmış cerrahiden 6-8 hafta önce hastaya sigarayı bırakması önerilmelidir.	378	94,9
5-	Preoperatif dönemde hastanın alkol kullanma alışkanlığı sorgulanmalı ve hasta kullanıyorsa alkolü bırakması önerilmelidir.	386	96,9
6-	Preoperatif dönemde venöz dönüşü kolaylaştırmak için hastalar harekete teşvik edilmelidir.	377	94,7
7-	Preoperatif dönemde hastalara derin solunum/öksürük egzersizleri öğretilmeli ve teşvik edilmelidir.	389	97,7
8-	Elektif ameliyat geçirecek her hastanın beslenme durumu subjektif global değerlendirme (SGD) ve NRS-2002 (malnütrisyon riskini taramak için önerilen test) skalası ile mutlaka değerlendirilmelidir.	374	93,9
9-	İntraoperatif dönemde gelişebilecek pulmoner aspirasyon riskini azaltmak için hastalar preoperatif dönemde gece 00:00'dan sonra aç bırakılmalıdır.	134	33,6
10-	Glisemik kontrol sadece diyabet tanısı almış ve ciddi hiperglisemi problemi olan hastalara yapılmalıdır.	266	66,8
11-	Hastalarda metabolik tokluk halinin sağlanması için ameliyattan önceki gece yarısına kadar 800 ml ve ameliyattan 2-3 saat öncesinde 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı verilmelidir.	274	68,8
12-	Yeterli seviyede antimikrobiyal etkiye ulaşmak için cerrahi kesiden yaklaşık 6 saat önce antimikrobiyal profilaksi uygulanmalıdır. Cerrahi süreç boyunca tek doz antibiyotik yeterlidir.	131	32,9
13-	Antimikrobiyal profilaksi için en etkili olan sefazolin grubu etkili antibiyotikler kullanılmalıdır.	343	86,1
14-	Hastalarda derin ven trombozunu engellemek için düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanmalı, kompresyon çorapları giydirilmelidir.	392	98,4
15-	Uzun etkili sedatifler preoperatif dönemde rutin olarak uygulanmalıdır.	229	57,5
16-	İnsizyon planlanan alanda/bölgede bulunan tüyler rutin olarak temizlenmelidir.	112	28,1
17-	Preoperatif dönemde tüyler temizlenirken jilet kullanılmalıdır.	229	57,5
18-	Hastaların ameliyat gününden en az bir gece önce sabunla ya da bir antiseptikle duş/banyo yapması gerektiği bilgisi verilmeli ve kontrol edilmelidir.	366	91,9
19-	Preoperatif bağırsak temizliği tüm cerrahilerde rutin olarak uygulanmalıdır.	160	40,2

Çizelge 4.3. (devam) Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin maddelere verdikleri doğru yanıt oranlarının dağılımı (n:398)

İntraoperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları		n	%
1-	Hipotermiyi önlemek için, intraoperatif dönemin tamamında postoperatif dönemde iki saate kadar ısıtılmış intravenöz infüzyonlar ve eksternal ısıtıcılar aracılığıyla hastanın normal vücut sıcaklığı sürdürülmelidir.	367	92,2
2-	Cerrahi alan enfeksiyonu riskini artırabileceğinden, iyodofor içeren kesikli örtüler cerrahi için rutin olarak kullanılmamalıdır.	94	23,6
3-	Hastaların intraoperatif dönemde uyanmasını engellemek ve ağrı duyarlılığını en aza indirmek için uzun etkili anestezi protokolü uygulanmalıdır.	82	20,6
4-	Anestezi protokolü uygulanırken hasta monitörize edilmeli ve hastanın bilinç düzeyi izlenmelidir.	391	98,2
5-	İntraoperatif dönemde kusmayı uyaran ajanların kullanımından kaçınılmalı ve kombine antiemetikler kullanılmalıdır.	376	94,4
6-	İntraoperatif dönem başta olmak üzere perioperatif dönem boyunca dehidratasyon veya aşırı sıvı yüklenmesinden kaçınılmalı ve sıvı elektrolit dengesi korunmalıdır.	382	95,9
7-	Postoperatif dönemde hastaların hızlı bir şekilde oral alımına başlamasını sağladığı için nazogastrik tüp kullanılmalıdır.	335	84,1
8-	Tüm cerrahilerde anastomoz kaçaklarını önlemek için dren kullanılmalıdır.	152	38,1
Postoperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları		n	%
1-	Üriner katater kullanımı, katater ilişkili üriner sistem enfeksiyon riskini artırıp, mobilizasyonu engeller. Bu sebeple herhangi bir endikasyonu yok ise üriner katater postoperatif 1. günde çıkarılmalıdır.	370	92,9
2-	Postoperatif ağrı yönetiminde multimodal analjezi rejimleri, opioid bağımlılığı açısından risk oluşturduğu için gerekmedikçe kullanılmamalıdır.	28	7,0
3-	Özellikle diyabet tanılı hastalar olmak üzere hiperglisemi riski olan tüm hastalarda kan glikoz seviyesinin düzenli kontrolü ile aralıklı insülin infüzyonu uygulanmalıdır.	354	88,9
4-	Postoperatif dönemde hastaların insülin direnci düşebildiği için başta diyabet tanılı hastalar olmak üzere tüm hastalarda kan şekeri düzeyinin 100-120 mg/dL aralığında olması sağlanmalıdır.	28	7,0
5-	Kontrendike olmadıkça hastalar, postoperatif 8. saatte oral sıvı, 12. saatte katı besinleri oral almaya teşvik edilmelidir.	53	13,3
6-	Hastaların postoperatif sıfıncı gün yalnızca ROM egzersizleri yapması, birinci gün iki saat ve sonra taburcu olana kadar her gün altı saat olmak üzere mobilize olması sağlanmalıdır.	56	14,0
7-	Yara iyileşmesini hızlandırmak için hastanın beslenmesi desteklenmeli ve uzmanlar tarafından uygun diyeti alması sağlanmalıdır.	393	98,7
8-	Hastanın taburcu olabilmesi için; ağrının kontrol altına alınması, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, preoperatif dönemdeki mobilitesini geri kazanması ve taburcu olmayı istemesi gerekmektedir.	386	96,9
9-	Taburcu edilen hastalar 1-2 gün sonra telefon ile aranarak kontrol edilmelidir. Postoperatif 30. günde en son görüşme yapılmalıdır.	347	87,1

Çizelge 4.3'te Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin maddelere verdikleri doğru yanıt oranlarının dağılımı verilmiştir. Perioperatif

bakımda kanıta dayalı hemşireliğe ilişkin maddelere doğru yanıt oranlarının dağılımı incelendiğinde; en çok doğru yanıt verilen maddeler; preoperatif dönem için, %99,7 doğru yanıt oranıyla ‘Perioperatif dönemde hasta değerlendirilmesi’, intraoperatif dönem için, %98,2 doğru yanıt oranıyla ‘İntraoperatif hasta izlemi’ ve postoperatif dönem için, %98,7 doğru yanıt oranıyla ‘Postoperatif beslenme’ olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin en az doğru yanıt verdikleri maddeler ise; preoperatif dönem için, %28,1 doğru yanıt oranıyla ‘Cerrahi bölgede tüy temizliği’, intraoperatif dönem için, %20,6 doğru yanıt oranıyla ‘Anestezi protokolü’ ve postoperatif dönem için, %7,0 doğru yanıt oranlarıyla ‘Postoperatif ağrı yönetimi’ ve ‘Kan şekeri yönetimi’ olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.4. Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının ve başarı durumlarının dağılımı (n:398)

Bilgi Puanı Ortalaması	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	Başarı Durumu				
		%50 altı ve üstü		Ortalamanın altı ve üstü		%70 ↑ başarı
		%50 ↓ n (%)	%50 ↑ n (%)	$\bar{X} \downarrow$ n (%)	$\bar{X} \uparrow$ n (%)	%70 ↑ n (%)
Preoperatif	13,90±2,08 (9-19)	2 (0,5)	396 (99,5)	172 (43,2)	226 (56,8)	225 (56,5)
İntraoperatif	5,22±1,13 (2-8)	8 (2,0)	390 (98,0)	241 (60,6)	157 (39,4)	157 (39,4)
Postoperatif	5,06±0,83 (2-8)	70 (17,6)	328 (82,4)	307 (77,1)	91 (22,9)	13 (3,2)
Toplam	24,18±3,07 (16-33)	1 (0,2)	397 (99,8)	220 (55,2)	178 (44,8)	136 (34,1)

Çizelge 4.4’de öğrencilerin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi puan ortalamaları ve başarı durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgede verilen bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; öğrencilerin Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi Formu toplam puanı 24,18±3,07; alt boyutlarına bakıldığında Preoperatif Dönem toplam puanı 13,90±2,08, intraoperatif dönem toplam puanı 5,22±1,13 ve postoperatif dönem toplam puanı 5,06±0,83 olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin başarı durumlarının dağılımı incelendiğinde ise; anket maddelerinin yarısından fazlasını (18 soru) doğru yanıtlayan öğrenciler toplam öğrencilerin %99,8’ini oluşturmaktadır. Öğrencilerin anket bilgi puan ortalamaları göz önüne alındığında, anket ortalamasının üstünde doğru yanıt veren öğrenciler toplam öğrencilerin %44,8’sini oluştururken; anketin tamamı göz önüne alındığında maddelerin en az %70’ini doğru yanıtlayan öğrenci sayısı 136’dır ve tüm öğrencilerin %34,17’sini oluşturmaktadır.

Çizelge 4.5. Öğrencilerin sosyodemografik verilere göre perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler			Preoperatif Dönem	İntraoperatif Dönem	Postoperatif Dönem	Genel Toplam
Cinsiyet	Kadın	ort.	14,08	5,31	5,05	24,45
		ss.	2,07	1,13	0,83	3,05
	Erkek	ort.	13,03	4,80	5,13	22,96
		ss.	1,90	1,04	0,85	2,88
	t		3,920	3,496	-0,727	3,745
	p		0,000*	0,001*	0,468	0,0000
Sınıf	3. sınıf	ort.	14,24	5,24	5,04	24,52
		ss.	2,08	1,16	0,86	3,06
	4. sınıf	ort.	13,55	5,21	5,09	23,85
		ss.	2,02	1,10	0,80	3,05
	t		3,346	0,221	-0,541*	2,184
	p		0,001*	0,825	0,589	0,030*
Genel Not Ortalaması (GANO)	2.00-3.50	ort.	13,78	5,14	5,05	23,97
		ss.	2,01	1,11	0,84	2,94
	3.50 ve üzeri	ort.	14,37	5,60	5,10	25,07
		ss.	2,30	1,19	0,82	3,45
	t		-2,141	-3,019*	-0,5	-2,713
	p		0,033*	0,003*	0,617	0,017*

Çizelge 4.'da Öğrencilerin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının, öğrencilerin cinsiyet, sınıf ve genel not ortalamalarına göre karşılaştırılması için yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre;

Kadın öğrencilerin preoperatif ve intraoperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları sorularında aldıkları puanlar erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p<0,05$) ancak postoperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları sorularında aldıkları puanlar ile cinsiyet arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadın öğrencilerin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları anketinin tamamında aldıkları puan, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). 3.sınıfta eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları anketinin tamamında aldıkları puan, 4. sınıfta eğitim gören hemşirelik öğrencilerine göre yüksektir ($p<0,05$). Genel not ortalaması 3.50 ve üzerinde olan hemşirelik

öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları anketinin tamamında aldıkları puan 2.00-3.50 ve üzerine olanlara göre yüksektir ($p<0,05$). Çizelgelerde verilmemek ile birlikte hemşirelik bölümünü isteyerek seçme, araştırma dersi ve kanıta dayalı hemşirelik eğitimi alma, kongre/sempozyuma katılma ve lisansüstü eğitim alma isteği ile perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamaktadır ($p>0,05$) (EK-7)

Çizelge 4.6. Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi Formu toplam puanlarını etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi

	Standardize olmayan katsayı		Standardize katsayı	t	p	95,0% CI	
	B	Std. Hata	Beta			Alt sınır	Üst sınır
Preoperatif Dönem							
(Sabit)	17,131	0,753		22,755	0,000	15,651	18,611
Cinsiyet	-0,960	0,268	-0,176	-3,580	0,000	-1,487	-0,433
Sınıf	-0,602	0,204	-0,145	-2,947	0,003	-1,003	-0,200
(F:12,174, p<0,001, R ² :0,058)							
İntraoperatif Dönem							
(Sabit)	5,306	0,254		20,924	0,000	4,808	5,805
Cinsiyet	-0,501	0,146	-0,169	-3,435	0,001	-0,787	-0,214
Genel not ortalaması (GANO)	0,433	0,148	0,143	2,920	0,004	0,141	0,724
(F:10,490, p<0,001, R ² :0,050)							
Genel toplam							
(Sabit)	24,698	0,687		35,951	0,000	23,348	26,049
Cinsiyet	-1,456	0,395	-0,181	-3,689	0,000	-2,232	-0,680
Genel not ortalaması (GANO)	1,025	0,402	0,125	2,552	0,011	0,235	1,815
(F:10,367, p<0,001, R ² :0,050)							

Çizelge 4.6’da Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi Formu toplam puanlarını etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi yer almaktadır. Uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, kadınlarda preoperatif dönem puanı erkeklere göre 0,960 (0,433-1,487) birim daha fazla iken 3.sınıf öğrencilerinde preoperatif dönem puanı 4.sınıf öğrencilerine göre 0,602 (0,200-1,003) birim daha fazladır. Ayrıca kadınlarda intraoperatif dönem puanı erkeklere göre 0,501 (0,214-0,787) birim daha fazla iken GANO<3,5 olan öğrencilerde intraoperatif dönem puanı GANO>3,5 olan öğrencilere göre 0,433 (0,141-0,724) birim daha fazla ve kadınlarda genel toplam puanı erkeklere göre 1,456 (0,680-2,232) birim daha fazla iken GANO<3,5 olan öğrencilerde genel toplam puanı GANO>3,5 olan öğrencilere göre 1,025 (0,235-1,815) birim daha fazladır.

5. TARTIŞMA

Kanıtı dayalı uygulamalar, özellikle hemşirelik mesleğinde yankı uyandıran bir kavram olmuştur (Youngblut ve Brooten, 2001). KDH uygulamaları, geleneksel yöntemleri rafa kaldırmış ve hasta bakımına profesyonel bir bakış açısı kazandırmıştır. Bu profesyonel bakış açısı ile özellikle perioperatif dönemde hastaların hastanede yatış süresi ve komplikasyon görülme oranları azalmış, bakım maliyetleri düşmüş ve hemşireler üzerindeki iş yükü azalmıştır (Atman, 2011; Pape, 2003; Şenyuva, 2016). Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarının sağlık bakım hizmetindeki önemi ve sağladığı yararlar, yapılan araştırmalarla ortaya konulmasına rağmen literatüre bakıldığında ülkemizde ve dünyada hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinin kanıt bulma, araştırma ve kullanma konusunda yetersiz olduğu ve bilgi düzeylerinin ortalamanın altında olduğu görülmektedir (Alperen ve Oksay Şahin, 2022; Evcimen ve Ayyıldız, 2019; Güzel ve Yava, 2019; Kalkım ve Midilli, 2020; Karaahmetoğlu ve Softa, 2018; Kurt ve Zaybak, 2019; Laske ve Kurz, 2019; Özsoy ve Ardahan, 2006; Yıldız ve diğerleri, 2019; Akdemir ve diğerleri, 2020). Bu çalışmalar incelendiğinde lisans eğitiminde KDH eğitimi almış hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin bilgi, tutum ve farkındalıklarının diğer hemşire ve hemşirelik öğrencilerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum hemşirelik müfredatında KDH'e yönelik eğitimin önemini ortaya koymaktadır.

Hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda KDU bilgi düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmaya 398 öğrenci katılmıştır. Araştırmada, öğrencilerin perioperatif dönemde KDH uygulamaları bilgi puan ortalaması $24,18 \pm 3,07$ olarak bulunmuştur. Öğrencilerin, %44,8'i aritmetik ortalamanın üstünde puan aldığı ve öğrencilerin %99,8'inin anketin yarısına (%50) doğru cevap verdiği saptanmıştır. Öğrencilerin perioperatif dönemde KDH uygulamalarına yönelik bilgilerinin ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. Bununla birlikte öğrencilerin sadece %34,1'i %70'in üzerinde başarı sağlamıştır. Bu durum öğrencilerin tümünün KDU ilişkin bilgilerinin olduğunu ancak beklenen düzeyde olmadığını göstermesi açısından önemlidir. Öğrencilerde bilginin kalıcılığını sağlamaya yönelik eğitim etkinliklerinin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi dönemde KDH uygulamaları bilgi puan ortalaması $13,90 \pm 2,08$ 'dir ve öğrencilerin %56,5'i %70'in üzerinde sorulara doğru

yanıt vermiştir. Ayrıca öğrencilerin %56,8'i aritmetik ortalamanın üstünde puan alırken, öğrencilerin %99,5'i anketin yarısına doğru cevap vermiştir. Öğrencilerin ameliyat öncesi dönemde KDH uygulamalarına yönelik bilgilerinin ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir. Öğrencilerin ameliyat sonrası dönemde KDH uygulamaları bilgi puan ortalaması $5,22 \pm 1,13$ 'tür ve öğrencilerin %39,4'ü aritmetik ortalamanın üstünde puan alırken, öğrencilerin %98,0'inin soruların yarısına doğru cevap verdiği saptanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde öğrencilerin KDH uygulamaları bilgi puan ortalaması $5,06 \pm 0,83$ 'tür ve öğrencilerin sadece %3,2'si soruların %70 ve üzerine doğru yanıt vermiştir. Ayrıca öğrencilerin %82,4'ünün KDU ilişkin soruların yarısına doğru cevap verdiği saptanmıştır. Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin preoperatif dönemde KDH uygulamalarına yönelik bilgi düzeyinin diğer dönemlere göre daha yüksek olduğu, öğrencilerin en az bilgi sahibi olduğu konuların ise postoperatif dönemdeki KDH uygulamalarına yönelik olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşireliğe ilişkin maddelere doğru yanıt oranlarının dağılımı incelendiğinde; en çok doğru yanıt verilen maddeler; preoperatif dönem için, 'Perioperatif dönemde hasta değerlendirilmesi (%99,7), intraoperatif dönem için, 'İntraoperatif hasta izlemi (%98,2) ve postoperatif dönem için 'Postoperatif beslenme (%98,7)' olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin en az doğru yanıt verdikleri maddeler ise; preoperatif dönem için, 'Cerrahi bölgede tüy temizliği (%28,1)', intraoperatif dönem için, 'Anestezi protokolü (%20,6)' ve postoperatif dönem için, 'Postoperatif ağrı yönetimi (%7,0)' ve 'Kan şekeri yönetimi' olduğu tespit edilmiştir. Literatürde benzer çalışma bulunmamakla birlikte Hoxha (2022)'nin hemşirelik öğrencilerinin ERAS protokollerine uyumunun incelendiği çalışmada; en çok doğru cevaplanan maddenin 'Ağrı Yönetimi' başlığı olduğu ve en çok yanlış cevaplanan maddelerin 'Sonda ve Dren Kullanımı', 'Erken Mobilizasyon' ve 'Hipotermi' başlığında olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin özellikle ameliyat sonrası bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve daha çok bu maddelerin anestezi ve ağrı yönetimi gibi hemşirenin bağımlı rollerinden olduğu, detaylı tartışılmadığı ve bu durumun öğrencide bilginin kalıcılığının azalmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda KDH uygulamalarına yönelik bilgi puanını, sosyodemografik özelliklerle karşılaştırıldığında kadın cinsiyet, 3. sınıf olma ve yüksek genel akademik not ortalamasının puanı artırdığı, hemşirelik bölümünü isteyerek seçmenin bilgi düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Özellikle preoperatif dönemde kadın ve 3. sınıf; intraoperatif dönemde ise

kadın ve GANO<3,5 olan öğrencilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da benzer olarak kadın öğrencilerin katılımcılar arasında yüksek oranda olduğu görülmektedir (Bölükbaş ve Birlikbaş, 2018; Çelik ve diğerleri, 2022; Kalkım ve Midilli, 2020). Ayrıca çalışma 2. Sınıfı başarı ile bitiren öğrenciler ile yapılmıştır ve bu nedenle 3. öğrencilerinin bilgileri hatırladığı düşünülmektedir. Öğrencilerin sık sık bilgilerini hatırlatıcı etkinliklerin yapılması, kongrelere öğrencilerin katılımının sağlanması önerilmektedir.

Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerinde KDH uygulamalarına yönelik bilgilerin kalıcılığının artırılması için farklı öğretim yöntemlerine başvurularak müfredatın zenginleştirilmesi ve öğrenci düzeyinde KDH uygulamaları ile ilgili daha fazla çalışmaların yapılması gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde okuyan 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla (n:398) tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

1. Öğrencilerin %50'si 3. sınıf ve %50'si 4. sınıf hemşirelik öğrencisi olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %82,4'ü kadın ve %82,7'sinin GANO'sı 2.00-3.50 arasındadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %65,1'i hemşirelik bölümünü isteyerek seçtiğini ifade etmiştir.
2. Öğrencilerin daha önce hemşirelik mesleği ile ilgili herhangi bir kongreye katılım oranı % 67,8 olup, % 60,6'sı lisansüstü eğitim almak istediğini ifade etmiştir.
3. Perioperatif Dönemde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu toplam puan ortalamaları $24,18 \pm 3,07$ olarak bulunmuştur.
4. Perioperatif Dönemde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu alt boyutlarına bakıldığında; Preoperatif Dönem toplam puanı $13,90 \pm 2,08$, intraoperatif dönem toplam puanı $5,22 \pm 1,13$ ve postoperatif dönem toplam puanı $5,06 \pm 0,83$ olduğu saptanmıştır.
5. Anket maddelerinin yarısından fazlasını (18 soru) doğru yanıtlayan öğrenciler, toplam öğrencilerin %99,8'ini, aritmetik ortalamanın üzerinde doğru yanıt veren öğrenciler ise toplam öğrencilerin %44,8'ini oluşturmaktadır.
6. Başarılı sayılabilmek için konulan %70 ve üzeri doğru yanıtlama şartına uyan öğrenciler, tüm öğrencilerin %34,1'i olduğu saptanmıştır.
7. Kadın öğrencilerin bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları anketinin tamamında ve alt boyutlara bakıldığında preoperatif ve intraoperatif dönemde aldıkları puan, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p < 0,05$).
8. 3.sınıfta eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları anketinin tamamında ve alt boyutlara bakıldığında yalnızca preoperatif dönemde aldıkları puan, 4. sınıfta eğitim hemşirelik öğrencilerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p < 0,05$).

9. GANO'su 3.50 ve üzerinde olan hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları anketinin tamamında ve alt boyutlara bakıldığında preoperatif ve intraoperatif dönemde aldıkları puan 2.00-3.50 olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p<0,05$)
10. Öğrencilerin formun tamamında en çok doğru yanıt verdiği maddeler; preoperatif dönem için, 'Perioperatif dönemde hasta değerlendirilmesi (%99,7), intraoperatif dönem için, 'İntraoperatif hasta izlemi (%98,2) ve postoperatif dönem için 'Postoperatif beslenme (%98,7)' olarak saptanmıştır.
11. Öğrencilerin formun tamamında en az doğru yanıt verdikleri maddeler; preoperatif dönem için, 'Cerrahi bölgede tüy temizliği (%28,1)', intraoperatif dönem için, 'Anestezi protokolü (%20,6)' ve postoperatif dönem için, 'Postoperatif ağrı yönetimi (%7,0) ve 'Kan şekeri yönetimi' olarak saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmamızın sonunda elde edilen bulgulara göre bazı önerilerde bulunulmuştur;

1. Öğrencilerde KDH uygulamalarına yönelik bilgilerin kalıcılığının sağlanması için eğitim yöntemlerinin değerlendirilip müfredatın zenginleştirilmesi,
2. Farklı popülasyon içeren araştırmaların yapılması,
3. Öğrenci düzeyinde KDH uygulamalarına yönelik daha fazla çalışmaların yapılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akalın, H.E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-46.
- Akdemir, İ., Karadağ, E., & Akansel, N. (2020). Operating room nurses' knowledge on evidence-based practices. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 84-92
- Aksoy, A., and Vefikulucay Yılmaz, D. (2018). A new approach to evidence based practices in gynecological surgery: ERAS protocol and nursing. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 49-58.
- Akutay, S., Kahraman, H., ve Ceyhan, Ö. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi, tutum ve davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(4), 262-270.
- Al Doweri, H. F., Al Raoush, A. T., Alkhatib, A. J., and Batiha, M. A. (2015). Patient's safety culture: principles and applications: review article. *European Scientific Journal*, 11(15).
- Alperen, A., ve Oksay Şahin, A. (2022). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi: tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(1).
- Aslan, F. E. (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 104-113.
- Atman, Ü. (2011). Hasta bakım hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesinde kanıta dayalı uygulamanın rolü. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı: Ankara, 149-55.
- Ay, F. (2008). Telesaglık sistemi, maliyet ve etkililik değerlendirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 9(2), 10.
- Babadağ, K., ve Kara, M. (2004). Kanıta dayalı hemşirelik ve meslekleşme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 112-117.
- Bahrami-Motlagh, H., Hassanian-Moghaddam, H., Behnam, B., and Arab-Ahmadi, M. (2015). Failure of surgical treatment in methamphetamine body-stuffers. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 32, 70-72.
- Balkan, A, ve Celebi, C. (2020). Cerrahi alan enfeksiyonları. *Black Sea Journal of HealthScience*, 3(2), 46-50
- Bayın, G., ve Akbulut, Y. (2012). Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 115-132.
- Bayyığıt, S., Ecemiş, K., ve Aydoğan, N. A. (2020). Sağlık çalışanlarının güvenlik raporlama sistemi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 16(1), 63-82.

- Beyea, S. C. (2000). Why should perioperative RNs care about evidence-based practice?. *Association of Peri Operative Registered Nurses Journal*, 72(1), 109-109.
- Beyea, S. C. (2004). Evidence-based practice in perioperative nursing. *American Journal of Infection Control*, 32(2), 97-100.
- Bodenheimer, T., and Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim. Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576.
- Bottorff, J. L., Seaton, C. L., Viney, N., Stolp, S., Krueckl, S., and Holm, N. (2016). The stop smoking before surgery program: Impact on awareness of smoking-related perioperative complications and smoking behavior in Northern Canadian Communities. *Journal of Primary Care and Community Health*, 7(1), 16-23.
- Bölükbaş, N. ve Birlikbaş, S. (2019). ERAS: Rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 194-205.
- Bulut, A., Afşar, T., ve Vatansever, N. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin cerrahi dren takibi ve bakımına yönelik bilgi düzeyleri. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1278-1292.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Cui, C., Li, Y., Geng, D., Zhang, H., and Jin, C. (2018). The effectiveness of evidence-based nursing on development of nursing students' critical thinking: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 65, 46-53.
- Çelebi, D., ve Yılmaz, E. (2019). Cerrahi hastalarda enteral ve parenteral beslenmede kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik bakımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 714-731.
- Çelik, C., Kazankaya, F., ve Bozkurt, Ö. D. (2022). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3), 366-381.
- Çırpı, F., Doğan Merih, Y., ve Yaşar Kocabey M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 26-34.
- Çilingir, D., ve Candaş, B. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2).
- Çopur, E. Ö., Kuru, N., ve Seyman, Ç. C. (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 51-55.
- Dağıstanlı, S., Kalaycı, M. U., and Kara, Y. (2018). Evaluation of ERAS protocol in general surgery. *Comprehensive Medicine*, 10(1), 9-20.
- Demir-Zencirci, A. (2010). Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 67-74.

- Dencker, E. E., Bonde, A., Troelsen, A., Varadarajan, K. M., and Sillesen, M. (2021). Postoperative complications: An observational study of trends in the United States from 2012 to 2018. *Boston Medical Center Surgery*, 21(1), 393.
- Dirksen, L., and Bucher, H. (2014). *Medical – Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. Ninth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby, 317-331.
- Dobson, G. P. (2020). Trauma of major surgery: a global problem that is not going away. *International Journal of Surgery*, 81, 47-54.
- Dönmez, Y. C., and Özbayır, T. (2008). Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası Good Perioperative of Nursing Care Scale'nın Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 24(2), 1-22.
- Engelman, D. T., Ali, W. B., Williams, J. B., Perrault, L. P., Reddy, V. S., Arora, R. C., and Boyle, E. M. (2019). Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: Enhanced recovery after surgery society recommendations. *Journal of the American Medical Association Surgery*, 154(8), 755-766.
- Ersoy, E., ve Gündoğdu, H. (2007). Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Turkish Journal of Surgery*, 23(1), 35-40.
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 77–84.
- Evcimen, H., ve Ayyıldız, N. İ. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 141-146.
- Fındık, Ü., ve Topçu, S. (2015). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 22-33.
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., and Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344.
- Formigoni, C., Gualdana, I., Fornasari, D. (2016, 06-11 June). *Nurses' online information use and literature searching skills: a survey in SBBL network*. 15th EAHIL Conference. Seville, Spain.
- Glasofer, A., and Townsend, A. B. (2019). Determining the level of evidence. *Nursing Critical Care*, 14(6), 22–25.
- González, L. M. P., Fonseca, D. A., and Bermeo, R. N. Z. (2021). Evidence-based practice competences in nursing students at a university in Colombia. *Nurse Education Today*, 107, 105094.
- Goodman, T., and Spry, C. (2014). *Essentials of perioperative nursing*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., and Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659-695.
- Gündoğdu, H. (2018). ERAS: Tarihçe ve felsefesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi Dergisi*, 10, 1-4.
- Güzel, N., and Yava, A. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS (enhanced recovery after surgery) protokolüne ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 15-23.
- Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). *T.C. Resmi Gazete* (27515: 8.02.2010).
- Hergün, F. K., and van Giersbergen, M. Y. (2016). Kontinan Üriner Diversiyonda Kanıt Temelli Uygulamalar ve Hemşirelik, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 153-165.
- Hinkle, J. L., and Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. India: Wolters Kluwer Helth.
- Hopkins, K. D., and Weeks, D. L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50(4), 717-729.
- Hoxha, J. (2022). *Hemşirelik öğrencilerinin cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi*. Doktora Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- İncirkuş K, ve Nahçıvan NÖ. (2011) Validity and reliability study of Turkish version of the patient assessment of chronic illness care-patient form. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 4(1), 102-9.
- İnternet: Association of periOperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for perioperative practice*. Web: <https://www.aorn.org/guidelines/clinicalresources/aornstandards> adresinden 18 Mayıs 2023'te alınmıştır.
- İnternet: Association of periOperative Registered Nurses. (2022). *Surgical Checklist*. Web: <https://www.aorn.org/surgicalchecklist> adresinden 7 Eylül 2022'de alınmıştır.
- İnternet: Hemşirelik Lisans Eğitim Programı Standartları (Sürüm: 4.0- 17.01.2018). Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği [HEPDAK]. URL: <https://www.hepdak.org.tr/belgeler>, Son Erişim Tarihi: 29 Temmuz 2023.
- İnternet: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2015). *Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi (Versiyon 2.0; Revizyon 00)* Web: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3741/0/4guvenlicerrahirehberipdf.pdf> adresinden 7 Eylül 2022'de alınmıştır.
- İnternet: Türk Dil Kurumu Sözcükleri. Web: sozluk.gov.tr adresinden 28 Mart 2023'te alınmıştır.

- İşeri, Ö., ve Sarıtaş, H. (2023). Cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ile hasta güvenliği tutumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(1), 56-64.
- Johnston, D., McKenzie, M., Mahoney, J., Barbita, J., Brar, M., Heath, L., and McLeod, R. (2018). *A Clinical Practice Guideline developed by the University of Toronto's Best Practice in Surgery in Collaboration with the LHIN Home and Community Care Toronto Central*. Toronto: Surgical Wound Care Guideline.
- Kaka, A. S., Zhao, S., Ozer, E., Agrawal, A., Kang, S., Rocco, J., and Old, M. O. (2017). Comparison of clinical outcomes following head and neck surgery among patients who contract to abstain from alcohol vs patients who abuse alcohol. *Journal of the American Medical Association Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 143(12), 1181-1186.
- Kalkım, A., ve Midilli, T. S. (2020). "Kanıt Dayalı Hemşirelik": hemşirelik öğrencilerinin bilgi, tutum ve davranışları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(4), 419-426.
- Kamel, C., McGahan, L., and Mierzewski-Urban, M. (2011). Preoperative skin antiseptic preparations and application techniques for preventing surgical site infections: A systematic review of the clinical evidence and guidelines. *Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.
- Kapritsou, M., and Plastiras, A. (2022). Enhanced recovery after surgery programs: Evidence-based practice in perioperative nursing. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(7), 100042.
- Karaahmetoğlu, G. U., ve Softa, H. K. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(4), 256-263.
- Karabulut, N., Gürçayır, D., ve Aktaş, Y. Y. (2019). Hemşirelik araştırma tarihi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 121-128.
- Karaca, A., ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 9-18.
- Karagözoğlu, Ş. (2017). *Kanıt düzeyi yüksek araştırmaların hemşirelikte önemi*. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi Bildiri Kitabı, 24-41.
- Karanci, A. N., and Dirik, G. (2003). Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 363-369.
- Katsura, M., Kuriyama, A., Takeshima, T., Fukuhara, S., and Furukawa, T. A. (2015). Preoperative inspiratory muscle training for postoperative pulmonary complications in adults undergoing cardiac and major abdominal surgery. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10), CD010356.

- Kavak, F., Mankan, T., ve Dalmış, Y. (2014). *Hemşirelik öğrencilerinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri*. 13 Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon.
- Keçeci, A., ve Demiray, A. (2017). Hemşirelik eğitiminde dönüşüm: kanıta dayalı eğitim. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 65-73.
- Kemer, D. ve İşler, A. (2020). Yenidoğanlarda ağrı yönetiminde kullanılan kanıt temelli nonfarmakolojik hemşirelik uygulamaları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 197-204.
- Keskin, H. G., ve Özhelvacı, İ. (2022). Tele sağlık sistemi ve hemşirelik. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(1), 36-45.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık harcamalarındaki artış ve temel bakım hizmetleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(29), 173-192.
- Kim, M., Mallory, C., and Valerio, T. (2020). *Statistics for evidence-based practice in nursing*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Kim, S. C., Ecoff, L., Brown, C. E., Gallo, A. M., Stichler, J. F., and Davidson, J. E. (2017). Benefits of a regional evidence-based practice fellowship program: A test of the ARCC model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), 90-98.
- Kömeağaç, A. (2017). *Hemşirelik öğrencilerine verilen kanıt temelli ateş yönetimi eğitiminin etkinliği*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Köstekli, S., Çelik, S., ve Karahan, E. (2020). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi konusundaki kanıta dayalı bilgi düzeyleri. *Health Academy Kastamonu*, 5(1), 52-64.
- Kurt, E., ve Zaybak, A. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 276-281.
- Küçük, E. Ö., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M., ve Kahveci, R. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 1-12.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D., D'Souza, M. S., Cecily, H. S. J., Edet, O. B., Ibebuikwe, J. E., and Venkatesan, L. (2020). Capability beliefs and the intention to adopt evidence-based practices in the future among nursing students: An international study. *Journal of Professional Nursing*, 36(5), 301-307.
- Laske, R. A., and Kurz, J. (2019). Examining evidence-based practice beliefs in undergraduate nursing students: A pilot study. *Teaching and Learning in Nursing*, 14
- Mackey, A., and Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55.

- Marul, F., ve Aygin, D. (2016). Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tıy temizliğinde güncel uygulamalar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 28-36.
- McDonald, L. (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evidence-Based Nursing*, 4(3), 68-69.
- Mellinger, E., and McCanless, L. (2010). Evidence-Based nursing practice in the perioperative setting: A magnet journey to eliminate sacred cows. *Association of Peri Operative Registered Nurses Journal*, 92(5), 572-578.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., and Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of vidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve health care quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., and Swanson, E. (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier.
- Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., Altman, A., Meyer, L. A., and Dowdy, S. C. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(4), 1-18.
- Özcan, Z. (2018, 14 Aralık). *Malpraktis-komplikasyon ayrımının önemi*. Uluslararası Sağlık Hukuku Kongresi, 197.
- Özpekin, G.Ö., Erdim, A. (2016). Ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerinin intraoperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 8(4), 277-87
- Özsoy, S. A., ve Ardahan, M. (2006). Hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynaklarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(2), 89-101.
- Öztop, H., Şener, A., ve Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(1), 39-49.
- Öztürk, Z., Ekinci, N., ve Taş, M. Ö. (2022). Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Ankara’da bir hastane örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(4), 1433-1445.
- Pape, T. M. (2003). Evidence-based nursing practice: To infinity and beyond. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(4), 154-161.
- Perry, R., Scott, L. J., Richards, A., Haase, A. M., Savović, J., Ness, A. R., and Pufulete, M. (2016). Pre-admission interventions to improve outcome after elective surgery-protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 5(1), 1-9.

- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2003). *Nursing research: principles and methods*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2003; 3-22.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice*. 7th Edition. China: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams and Wilkins, 3-32.
- Probst, P., Klotz, R., Hüttner, F. J., Harnoss, J. C., and Diener, M. K. (2019). Evidence-based perioperative medicine. *Der Chirurg*, 90, 357-362.
- Rojjanasrirat, W., and Rice, J. (2017). Evidence-based practice knowledge, attitudes, and practice of online graduate nursing students. *Nurse Education Today*, 53, 48-53.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık istatistikleri yılı 2021*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1260.
- Shah, H. M., and Chung, K. C. (2009). Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(3), 982–988.
- Solak, M., ve Topçu, S. (2022). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi. *İzmir Democracy University Health Sciences Journal*, 5(3), 681-693.
- Solca, M. (2006). Evidence-based preoperative evaluation. *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology*, 20(2), 231–236.
- Stenberg, E., dos Reis Falcao, L. F., O’Kane, M., Liem, R., Pournaras, D. J., Salminen, P., and Thorell, A. (2022). Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: A 2021 update. *World Journal of Surgery*, 46(4), 729-751.
- Stevens, K. R. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2).
- Şenyuva, E. (2016). Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 59-65.
- Temple-Oberle, C., Shea-Budgell, M. A., Tan, M., Semple, J. L., Schrag, C., Barreto, M., and Ljungqvist, O. ERAS Society. (2017). Consensus review of optimal perioperative care in breast reconstruction: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(5), 1056-1071.
- Theofanidis, D. (2015). Evidence based practice and evidence based nursing education. *Journal of Nursing Care*, 4(279), 2167-1168.
- Thyer, B. A. (2004). What is evidence-based practice?. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(2).
- Torgersen, Z., and Balters, M. (2015). Perioperative nutrition. *Surgical Clinics*, 95(2), 255-267.

- Totur Dikmen, B., ve Dal Yılmaz, Ü. (2022). Hasta Güvenliği Kültürü. Ü, Dal Yılmaz, (ed.). *Cerrahide Hasta Güvenliği*. (1. Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-4.
- Tucker, S. (2014). Determining the return on investment for evidence-based practice: An essential skill for all clinicians. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5), 271-273.
- Tuna, P. T., ve Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 180-188.
- Turaç, İ. S. (2022). *Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ünver, S., Özkan, Z. K., Avcıbaşı, İ. M., ve Dığın, F. B. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin girişimlerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(2), 146-150.
- Yazıcı, G., ve Demirden Erişti, E. (2022). Perioperatif dönemde hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamaları. Dal Yılmaz Ü (ed.). *Cerrahide Hasta Güvenliği* (1.Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri, 13-21.
- Yıldız, H., Kanığ, M., Uğur, E., ve Karabacak, Ü., (2019). *Hemşirelik öğrencilerinin araştırma ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi ve tutumları arasındaki ilişki*. 5.Ulusal 1. Uluslararası Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi. Antalya, 104.
- Yılmaz, E. (2019). Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen enfeksiyonlar ve kanıta dayalı uygulamalar. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, 5(3), 27-36.
- Yılmaz, E., Çeçen, D., Aslan, A., Kara, H., Kızıl Toğaç, H., ve Mutlu, S. (2018). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve araştırma kullanımında algıladıkları engeller. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(4), 235-241.
- Yılmaz, E., ve Çöl, M. (2014). Kanıta dayalı tıp. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(6), 537-542.
- Yılmaz, M. (2005). Hemşirelik bakım hizmetlerinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 41-8.
- Yılmaz, Y., Kandemir, B., Gökçe, Ş., Ergül, T., ve Dağcı, M. (2022). Ameliyathanede hasta güvenliği konusunda Türkiye’de yaşanmış olayları bildiren haberlerin retrospektif analizi. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 2(3), 36-41.
- Youngblut, J. M., and Brooten, D. (2001). Evidence-based nursing practice: why is it important?. *AACN Advanced Critical Care*, 12(4), 468-476.
- Yurtsever S. (2000). The fatigue in chronic illnesses and nursing care. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 16-20.

EKLER

EK-1. Öğrenci Hemşire Tanılama Formu

1-Cinsiyetiniz nedir?

Kadın () Erkek () Belirtmek istemiyorum ()

2-Kaçıncı sınıfta okuyorsunuz?

3.sınıf () 4.sınıf ()

3- Genel Not Ortalamanız nedir?

2.00 ve altı () 2.00-3.50 () 3.50 ve üzeri ()

4- Hemşirelik bölümünü isteyerek mi seçtiniz?

Evet () Hayır ()

5- Hemşirelikte Araştırma Yöntemleri dersi aldınız mı?

Evet () Hayır ()

6- Kanıta Dayalı Hemşireliğe yönelik bir eğitim aldınız mı?

Evet () Hayır ()

7-Araştırma yaparken hangi kaynaklardan yararlanırsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

Ders Kitabı () Dergi/Makale () İnternet ()

8- Aşağıdaki veri tabanlarından hangilerini kullanıyorsunuz/kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

Google Scholar () PubMed () CINAHL () Embase () UlakBilim ()

The Cochrane Library () Web of Science () National Guideline Clearinghouse ()

9- Daha önce herhangi bir kongre/sempozyuma katıldınız mı?

Evet () Hayır ()

10- Lisansüstü eğitim almayı düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

EK-2. Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu

PREOPERATİF BAKIMDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI		
MADDELER	Doğru (D)	Yanlış (Y)
1- Preoperatif dönemde tüm hastalar, postoperatif dönemde gelişebilecek tüm komplikasyonlara karşı değerlendirilmelidir.	D	Y
2- İyileşmeyen yara öyküsü, obezite, diyabet gibi hastalık durumları postoperatif süreçte yara komplikasyon riskini artıracığı için preoperatif süreçte sorgulanmalıdır.	D	Y
3- Hastalık, tedavi süreci, komplikasyon gibi konular hakkında konuşmak hastanın anksiyetesini artırabileceğinden, hasta isterse bilgi verilmelidir.	D	Y
4- Preoperatif dönemde hastanın sigara kullanma alışkanlığı sorgulanmalı ve hasta sigara kullanıyor ise planlanmış cerrahiden 6-8 hafta önce hastaya sigarayı bırakması önerilmelidir.	D	Y
5- Preoperatif dönemde hastanın alkol kullanma alışkanlığı sorgulanmalı ve hasta kullanıyorsa alkolü bırakması önerilmelidir.	D	Y
6- Preoperatif dönemde venöz dönüşü kolaylaştırmak için hastalar harekete teşvik edilmelidir.	D	Y
7- Preoperatif dönemde hastalara derin solunum/öksürük egzersizleri öğretilmeli ve teşvik edilmelidir.	D	Y
8- Elektif ameliyat geçirecek her hastanın beslenme durumu subjektif global değerlendirme (SGD) ve NRS-2002 (malnütrisyon riskini taramak için önerilen test) skalası ile mutlaka değerlendirilmelidir.	D	Y
9- İntraoperatif dönemde gelişebilecek pulmoner aspirasyon riskini azaltmak için hastalar preoperatif dönemde gece 00:00'dan sonra aç bırakılmalıdır.	D	Y
10- Glisemik kontrol sadece diyabet tanısı almış ve ciddi hiperglisemi problemi olan hastalara yapılmalıdır.	D	Y
11- Hastalarda metabolik tokluk halinin sağlanması için ameliyattan önceki gece yarısına kadar 800 ml ve ameliyattan 2-3 saat öncesinde 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı verilmelidir.	D	Y
12- Yeterli seviyede antimikrobiyal etkiye ulaşmak için cerrahi kesiden yaklaşık 6 saat önce antimikrobiyal profilaksi uygulanmalıdır. Cerrahi süreç boyunca tek doz antibiyotik yeterlidir.	D	Y
13- Antimikrobiyal profilaksi için en etkili olan sefazolin grubu etkili antibiyotikler kullanılmalıdır.	D	Y
14- Hastalarda derin ven trombozunu engellemek için düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanmalı, kompresyon çorapları giydirilmelidir.	D	Y
15- Uzun etkili sedatifler preoperatif dönemde rutin olarak uygulanmalıdır.	D	Y
16- İnsizyon planlanan alanda/bölgede bulunan tüyler rutin olarak temizlenmelidir.	D	Y
17- Preoperatif dönemde tüyler temizlenirken jilet kullanılmalıdır.	D	Y
18- Hastaların ameliyat gününden en az bir gece önce sabunla ya da bir antiseptikle duş/banyo yapması gerektiği bilgisi verilmeli ve kontrol edilmelidir.	D	Y
19- Preoperatif bağırsak temizliği tüm cerrahilerde rutin olarak uygulanmalıdır.	D	Y
Toplam Puan:	Min:0 - Max:19	

EK-2. (devam) Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Formu

İNTRAOPERATİF BAKIMDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI			
1-	Hipotermiyi önlemek için, intraoperatif dönemin tamamında postoperatif dönemde iki saate kadar ısıtılmış intravenöz infüzyonlar ve eksternal ısıtıcılar aracılığıyla hastanın normal vücut sıcaklığı sürdürülmelidir.	D	Y
2-	Cerrahi alan enfeksiyonu riskini artırabileceğinden, iyodofor içeren kesikli örtüler cerrahi için rutin olarak kullanılmamalıdır.	D	Y
3-	Hastaların intraoperatif dönemde uyanmasını engellemek ve ağrı duyarlılığını en aza indirmek için uzun etkili anestezi protokolü uygulanmalıdır.	D	Y
4-	Anestezi protokolü uygulanırken hasta monitörize edilmeli ve hastanın bilinç düzeyi izlenmelidir.	D	Y
5-	İntraoperatif dönemde kusmayı uyaraabilen ajanların kullanımından kaçınılmalı ve kombine antiemetikler kullanılmalıdır.	D	Y
6-	İntraoperatif dönem başta olmak üzere perioperatif dönem boyunca dehidratasyon veya aşırı sıvı yüklenmesinden kaçınılarak sıvı elektrolit dengesi korunmalıdır.	D	Y
7-	Postoperatif dönemde hastaların hızlı bir şekilde oral alımına başlamasını sağladığı için nazogastrik tüp kullanılmalıdır.	D	Y
8-	Tüm cerrahilerde anastomoz kaçaklarını önlemek için dren kullanılmalıdır.	D	Y
Toplam Puan:		Min:0 - Max:8	
POSTOPERATİF BAKIMDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI			
1-	Üriner katater kullanımı, katater ilişkili üriner sistem enfeksiyon riskini arttırıp, mobilizasyonu engeller. Bu sebeple herhangi bir endikasyonu yok ise üriner katater postoperatif 1. günde çıkarılmalıdır.	D	Y
2-	Postoperatif ağrı yönetiminde multimodal analjezi rejimleri, opioid bağımlılığı açısından risk oluşturduğu için gerekmedikçe kullanılmamalıdır.	D	Y
3-	Özellikle diyabet tanılı hastalar olmak üzere hiperglisemi riski olan tüm hastalarda kan glikoz seviyesinin düzenli kontrolü ile aralıklı insülin infüzyonu uygulanmalıdır.	D	Y
4-	Postoperatif dönemde hastaların insülin direnci düşebildiği için başta diyabet tanılı hastalar olmak üzere tüm hastalarda kan şekeri düzeyinin 100-120 mg/dL aralığında olması sağlanmalıdır.	D	Y
5-	Kontrendike olmadıkça hastalar, postoperatif 8. saatte oral sıvı, 12. saatte katı besinleri oral almaya teşvik edilmelidir.	D	Y
6-	Hastaların postoperatif sıfıncı gün yalnızca ROM egzersizleri yapması, birinci gün iki saat ve sonra taburcu olana kadar her gün altı saat olmak üzere mobilize olması sağlanmalıdır.	D	Y
7-	Yara iyileşmesini hızlandırmak için hastanın beslenmesi desteklenmeli ve uzmanlar tarafından uygun diyeti alması sağlanmalıdır.	D	Y
8-	Hastanın taburcu olabilmesi için; ağrının kontrol altına alınması, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, preoperatif dönemdeki mobilitesini geri kazanması ve taburcu olmayı istemesi gerekmektedir.	D	Y
9-	Taburcu edilen hastalar 1-2 gün sonra telefon ile aranarak kontrol edilmelidir. Postoperatif 30. günde en son görüşme yapılmalıdır.	D	Y
Toplam Puan:		Min:0 - Max:9	

EK-3. Etik Kurul İzin Belgesi (İlk)

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.12.2022-E.546397



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-546397
 Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

30.12.2022

Dağıtım Yerlerine

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇETİNKAYA'nın, Prof.Dr.Hülya BULUT'un** danışmanlığında yürüttüğü *"Hemşirelik Öğrencilerinin Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **13.12.2022** tarih ve **21** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2022 - 1447

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BSU74KPB92

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>



Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
 Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
 İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
 Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Ayfer Çekmez
 Genel Evrak Sorumlusu
 Telefon No:202 38 81



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. (devam) Etik Kurul İzin Belgesi (İlk)

Evrak Tarihi ve Sayısı: 30.12.2022-E.546397

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 13.12.2022	TOPLANTI SAYISI : 21
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülay BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Prof.Dr.İlyas OKUR	
Prof.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	

EK-4. Etik Kurul İzin Belgesi (Son)

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.03.2023-E.610229



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-610229

13.03.2023

Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Dağıtım Yerlerine

Daha önce 30.12.2022 tarihli ve E.546397 sayılı yazımız ile onay alan, 2022-1447 kod numaralı, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇETİNKAYA'nın, Prof.Dr.Hülya BULUT'un danışmanlığında yürüttüğü *"Hemşirelik Öğrencilerinin Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi"* başlıklı tez çalışması hakkında ilgililerden alınan 22.02.2023 tarihli dilekçe Komisyonumuzun 09.03.2023 tarih ve 04 sayılı toplantısında görüşülmüştür.

Dilekçede; çalışmanın Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencileri ile yapılmasının planlandığı ancak; 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ta yaşanan depremler nedeniyle, YÖK tarafından Üniversitelerde uzaktan eğitim kararının alınması nedeniyle, çalışmanın Google Formlar üzerinden online olarak toplanması ve bu doğrultuda çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrencilere sosyal medya aracı olan Whatsapp sınıf grupları aracılığıyla ulaşılması şeklinde değişiklik yapılması ile Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇETİNKAYA'nın soyadının DİŞBUDAK olarak değiştirilmesi ile ilgili taleplerin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BS97RC4Z4Z

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. (devam) Etik Kurul İzin Belgesi (Son)

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.03.2023-E.610229		GAZİ ÜNİVERSİTESİ	
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ			
TOPLANTI TARİHİ : 09.03.2023		TOPLANTI SAYISI : 04	
ADI - SOYADI	İMZA		
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.İlkay ULUTAŞ			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Kemalettin DENİZ			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof.Dr.İlyas OKUR			
Prof.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			
Doç.Dr. Gökhan DELİCEOĞLU			
Doç.Dr.Elvan İNCE AKA			

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.04.2023-E.628318



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-52461600-199-628318

05.04.2023

Konu : Kurum İzni (Prof. Dr. Hülya
BULUT)

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 31.03.2023 tarihli ve 87008936-199- 625910 sayılı yazı.

İlgi yazınız incelenmiş olup Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.
 Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Bülent ELBASAN
Dekan

Belge Doğrulama Kodu :BSU7SLE7J2

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emek Mah. Bıkkıncı Cad. 6. Cad. (eski 81. sokak) No:2 06490 Çankaya/ANKARA
 Tel:0 (312) 216 26 01 Faks:0 (312) 216 26 36
 e-Posta : sbf@gazi.edu.tr İnternet Adresi : <http://sbf.gazi.edu.tr>
 Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Durdane SARI
 Teknisyen



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. (devam) Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.03.2023-E.625910



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Hemşirelik Bölüm Başkanlığı

Sayı : E-87008936-199-625910
Konu : Kurum İzni (Prof. Dr. Hülya
BULUT)

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Bölümümüz Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hülya BULUT'un ekte gönderilen dilekçesinde sözü edilen tez çalışması uygulamasının 2022-2023 eğitim öğretim yılı bahar döneminde, Google formlar ve Whatsapp üzerinden paylaşılacak veri toplama araçlarıyla bölümümüz 3. ve 4. sınıf öğrencileriyle yapılması, bölüm başkanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA
Bölüm Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BSN7PFPBA2

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>



Emek Mah. Bışkek Cad. 6. Cad. (eski 81. sokak) No:2 06490 Çankaya/ANKARA
Tel:0 (312) 216 26 01 Faks:0 (312) 216 26 36
e-Posta :sbf@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://sbf.gazi.edu.tr
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Nilgün Akgün
Birim Evrak Sorumlusu



EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 30.12.2022 tarih / E-77082166-302.08.01-546397 sayı ile izin alınan Prof. Dr. Hülya Bulut danışmanlığında, Büşra Dışbudak (Eski soyadı ile Büşra Çetinkaya) tarafından yürütülen " Hemşirelik Öğrencilerinin Perioperatif Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi " başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışma, siz 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinin perioperatif dönemde kanıta dayalı hemşirelik uygulamasına ilişkin bilgi düzeyini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmanın kapsamında size, Google Formlar aracılığı ile Whatsapp üzerinden araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 'Öğrenci Hemşire Tanılama Formu' ve 'Perioperatif Bakımda Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Bilgi Düzeyi İnceleme Formu' iletilecektir.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma kapsamında siz 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerimizden çalışmaya gönüllü olarak katılmanız ve sizlere iletilen anketi doldurmanız beklenmektedir. Anket formu sizlere Google Formlar aracılığı ile Whatsapp üzerinden iletilerek online olarak uygulanacaktır. Anket formunda sosyodemografik özelliklerinize dair sorular ve kanıta dayalı uygulamalar içeren preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemlere ilişkin bilgi düzeyinizi ölçen maddeler bulunmaktadır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Gazi Üniversitesi 2022-2023 Eğitim Öğretim Dönemi 3. ve 4. sınıftan 476 hemşirelik öğrencisi bulunmaktadır. Araştırmada örnekleme gidilmeden tüm gruba ulaşılması amaçlanmaktadır. Araştırmanın doğru sonuçlara ulaşabilmesi için tüm soruları eksiksiz ve dürüst yanıtlamanızı bekliyoruz. Katılımınız çalışmamız bizim için oldukça önemlidir. Ankete başlamadan çalışmanın amacını ve yöntemini okumanız ve katılmayı kabul ederseniz gönüllü olduğunuzu belirten kutucuğu işaretlemeniz beklenmektedir. Soruların yanıtlanması yaklaşık 15 dakika sürecektir. Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	Araştırma 1 Şubat 2023 – 1 Nisan 2023 tarihleri arasında yapılacaktır.
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	476 hemşirelik öğrencisi
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK-6. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017**Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)**

Adı ve Soyadı	Hülya Bulut	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	05327216213	

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-7. Öğrencilerin Perioperatif Dönemde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi Puanlarının Diğer Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı

Özellikler			Preoperatif Dönem	İntraoperatif Dönem	Postoperatif Dönem	Genel Toplam
Hemşirelik bölümünü isteyerek seçme	Evet	ort.	13,83	5,14	5,03	23,99
		ss.	2,05	1,11	0,79	3,04
	Hayır	ort.	14,02	5,39	5,13	24,54
		ss.	2,13	1,16	0,90	3,10
	t		-0,876	-2,137	-1,171	-1,701
	p		0,382	0,033*	0,242	0,090*
Araştırma Yöntemleri Dersi alma	Evet	ort.	13,88	5,21	5,09	24,18
		ss.	2,09	1,12	0,80	3,08
	Hayır	ort.	14,21	5,38	4,67	24,25
		ss.	1,98	1,35	1,17	2,91
	t		-0,757	-0,675	1,743	-0,110
	p		0,450	0,500	0,094	0,913
Kanıta dayalı hemşirelik eğitimi ama	Evet	ort.	13,91	5,29	5,08	24,28
		ss.	2,20	1,14	0,89	3,21
	Hayır	ort.	13,88	5,13	5,03	24,04
		ss.	1,90	1,12	0,74	2,84
	t		0,127	1,336	0,642	0,763
	p		0,899	0,182	0,521	0,446
Kongre sempozyum katılım durumu	Evet	ort.	13,56	5,08	5,15	23,79
		ss.	2,03	1,00	0,73	2,97
	Hayır	ort.	14,06	5,19	5,02	24,37
		ss.	2,08	1,19	0,88	3,10
	t		-2,222	-1,770	1,414	-1,771
	p		0,027*	0-078	0,158	0,077
Lisansüstü eğitim isteği	Evet	ort.	13,99	5,19	5,07	24,25
		ss.	2,16	1,07	0,82	3,11
	Hayır	ort.	13,75	5,28	5,05	24,08
		ss.	1,95	1,23	0,85	3,01
	t		1,127	-0,781	0,229	0,528
	p		0,260	0,435	0,819	0,598

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : DİŞBUDAK, Büşra
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Devam Ediyor Hemşirelik Anabilim Dalı	
Lisans	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2019
Lise	Mustafa Azmi Doğan Anadolu Lisesi	2014

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2022-devam ediyor	İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi	Araştırma Gör.
2021-2022	Prof. Dr. Haldun Kamburoğlu Kliniği	Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

- 1- Güç K., Çetinkaya B., Maraz M., Özsevinç ZE., Ay A. Bugün Kendin İçin Ne Yaptın?: Bir Farkındalık Çalışması. (Poster Bildiri). 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Çanakkale.
- 2- Çetinkaya B., Bulut H. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. (Poster Bildiri). Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi, Çevrim İçi Kongre. 2021

Hobiler

Kitap okuma, Voleybol, Tasarım yapma



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..