

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YL-2025-0015

CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
PREOPERATİF AÇLIK SÜRESİNE İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİ VE KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE
YÖNELİK TUTUMLARI

DURMUŞ KUŞTAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Rahşan ÇAM

AYDIN-2025

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Durmuş KUŞTAN tarafından hazırlanan “Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Preoperatif Açlık Süresine İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03/02/2025

Üye (T.D.) : Doç. Dr. Raşan ÇAM

Aydın Adnan
Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik fakültesi

Üye : Prof. Dr. Neriman AKANSEL

Bursa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri
Fakültesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Büşra
ŞAHİN

Aydın Adnan
Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik fakültesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamda ilgi, yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen danışmanım Doç. Dr. Rahşan ÇAM'a çok teşekkür ederim. Ayrıca bana her konuda yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Nurdan GEZER, Doç. Dr. Sultan ÖZKAN, Dr. Öğr. Ü. Büşra ŞAHİN'e teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Araştırma Görevlisi Ezgi ARSLAN, Araştırma Görevlisi Dilara ŞAHAN, Araştırma Görevlisi Havva YÖNEM AMAÇ hocalarıma,

Tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Doç. Dr. Mehmet Taha ESER hocama,

Tez çalışmam süresince gösterdiği sabır, özveri ve destekleri için çok kıymetli aileme,

Çalışmam boyunca bana inanıp, destekleyen Kulak Burun Boğaz ve Göz Hastalıkları kliniğinde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Tez çalışmam sırasında çalışmayı kabul eden tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Çalışmanın önemi	5
1.2. Çalışmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Kanıta Dayalı Uygulama ve Hemşirelik	7
2.1.1. Kanıta dayalı hemşirelik	8
2.1.2. Preoperatif açlık süresi	8
2.1.3. Kanıta dayalı klinik rehberler	9
2.1.4. Profesyonel hemşirelik	9
2.1.5. Kanıta dayalı uygulamaların engelleri.....	9
2.2. Cerrahi Hemşirelik ve Tarihçesi	10
2.3. Ameliyat öncesi hasta hazırlığı.....	10
2.3.1. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlık	11
2.3.2. Ameliyat öncesi yasal hazırlık.....	11
2.3.3. Ameliyat öncesi eğitim	12
2.3.4. Ameliyat öncesi hastalarda fizyolojik hazırlık	12
2.4. Ameliyat Öncesi Hastalarda Beslenme	12
2.4.1. Ameliyat öncesi oral ilaçların kullanılması	14
2.4.2. Ameliyat öncesi hastalara oral karbonhidratlı sıvı verilmesi	14
2.4.3. Ameliyat öncesi GIK (glukoz-insülin-potasyum) protokolü	14

2.4.4. Ameliyat Önceki Açlıkta Mide Boşalması	15
2.5. Ameliyat Öncesi Açlık İle İlgili Öneriler	16
2.5.1. İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji	16
2.5.2. İskandinav Yoğun Bakım ve Anestezi Birliği'nin	16
2.5.3. Avrupa Anesteziyoloji Derneği Üyelerinin	17
2.5.4. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği	17
2.5.5. Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji.....	17
2.5.6. Avrupa Parenteral ve Enteral Nutrisyon Ulusal Toplulukları	18
2.6. Hemşirelerin Rolü ve Kanıta Dayalı Uygulamalardaki Engeller	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri	20
3.5. Araştırmada veri toplama yöntemleri	20
3.6. İstatistiksel Değerlendirme	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR.....	42
EKLER	48
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	65
ÖZ GEÇMİŞ.....	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

GİK : Glukoz-insülin-potasyum

KCl : Potasyum Klorür

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri	23
Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özellikleri	24
Tablo 3. Hemşirelerin Açlık Süresine İlişkin Özellikleri	25
Tablo 4. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Açlık Durumlarına İlişkin Bilgi Durumu Dağılımları.....	26
Tablo 5. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları	27
Tablo 6. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırma Sonuçları	28
Tablo 7. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hemşirelerin Açlık Süresine İlişkin Özellikleri İle Karşılaştırma Sonuçları.....	29
Tablo 8. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları	30
Tablo 9. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları	31
Tablo 10. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemşirelerin Açlık Düzeylerine İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	32

ÖZET

CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PREOPERATİF AÇLIK SÜRESİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARI

Kuştan D. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2024.

Amaç: Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin preoperatif açlık süresi ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve kanıta dayalı hemşirelik hakkındaki tutumlarının incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, analitik-kesitsel olarak, Şubat 2024 ve Temmuz 2024 tarihleri arasında, Aydın Devlet Hastanesi, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan toplam 329 hemşireden hata payı %5, güven aralığı %99 olarak yapılan hesaplamada 221 hemşireye ulaşıldı. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formları ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile toplandı.

Bulgular: İstatistiksel analizlerle elde edilen önemli veriler rapor edildi: ANOVA testi sonuçlarına göre, preoperatif açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi, hemşirelerin yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterdi($p<0.05$). Kruskal-Wallis testi ile hemşirelerin bilgi düzeyleri çalışma pozisyonlarına göre değerlendirilmiş ve anlamlı farklılık bulundu($p<0.01$). Pearson korelasyon analizi, bilgi düzeyi ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik olumlu tutum arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu gösterdi ($r=0.45$, $p<0.001$). Özellikle uzun süreli açlık protokollerinin gereksizliği ve kısa açlık sürelerinin faydaları literatür destekli verilerle açıklandı. Katılımcıların büyük kısmının geleneksel protokollere bağlı kaldığı, ancak bilimsel rehberlere erişim sağlanması durumunda bilgi düzeylerinde artış gözlemlendiği belirtti.

Sonuç ve öneriler: Hemşirelerin bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim programlarının önemi vurgulanmış ve kısa süreli açlık protokollerinin yaygınlaştırılması önerildi. Bu öneriler, hasta bakım kalitesini artırmayı ve cerrahi sonrası komplikasyonları azaltmayı hedefledi.

Anahtar kelimeler: Preoperatif Açlık Süresi, Kanıta Dayalı Hemşirelik

ABSTRACT

KNOWLEDGE LEVELS OF NURSES WORKING IN SURGICAL CLINICS ABOUT PREOPERATIVE FASTING PERIOD AND THEIR ATTITUDES TOWARDS EVIDENCE-BASED NURSING

**Kuştan D. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Surgical
Diseases Nursing Master Thesis Program, Master Thesis, Aydın, 2024.**

Objective: This study aimed to measure the knowledge levels of nurses working in surgical clinics regarding preoperative fasting periods and to examine their attitudes towards evidence-based nursing.

Materials and Methods: The research was conducted analytically and cross-sectionally between February 2024 and July 2024. Out of a total of 329 nurses working in the surgical clinics of Aydın State Hospital, Aydın Atatürk State Hospital, and Aydın Adnan Menderes University Application and Research Hospital, 221 nurses were included in the study with a 5% margin of error and a 99% confidence interval. Data were collected using data collection forms prepared by the researchers and the Evidence-Based Nursing Attitude Scale, whose Turkish validity and reliability were confirmed by Yasemin Ayhan Öncü.

Findings: Significant data obtained through statistical analyses were reported. According to the results of the ANOVA test, knowledge levels regarding preoperative fasting periods showed significant differences based on age groups and educational levels of the nurses ($p<0.05$). The Kruskal-Wallis test revealed significant differences in knowledge levels according to work positions ($p<0.01$). Pearson correlation analysis demonstrated a positive and significant relationship between knowledge levels and positive attitudes towards evidence-based nursing ($r=0.45$, $p<0.001$). The unnecessary nature of prolonged fasting protocols and the benefits of shorter fasting periods were supported by literature-based data. It was noted that most participants adhered to traditional protocols; however, an increase in knowledge levels was observed when access to scientific guidelines was provided.

Conclusion and Recommendations: The importance of educational programs aimed at enhancing the knowledge levels of nurses was emphasized, and the dissemination of shorter fasting protocols was recommended. These suggestions aim to improve the quality of patient care and reduce postoperative complications.

Keywords: Preoperative Fasting Period, Evidence-Based Nursing

1. GİRİŞ

Kanıt Dayalı Uygulama fikrinin kökenleri tıp alanına dayanmaktadır. 1980’lerden beri “kanıt temelli tıp” terimi, en iyi uygulamanın belirlenmesinde bilimsel kanıtların kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır. Kanıt dayalı tıp, klinik uygulama ve karar verme sürecinde ana paradigma haline gelmektedir. Kanıt Dayalı Uygulama tıptan, diş hekimliği, hemşirelik, fizyoterapi gibi diğer sağlık alanlarına yayılmaktadır. Buna ek olarak Kanıt Dayalı Uygulama sosyal hizmet, denetimli serbestlik, insan kaynakları yönetimi gibi alanlarda da savunulmakta ve benimsenmektedir (Çay ve diğerleri, 2020). Kanıt dayalı uygulama, sosyal hizmet uygulamalarının kanıt temelinde yapılandırılmasını ifade etmekte ve mesleki uygulamalarda mümkün olan en iyi kararları, eylemleri ve hizmetleri garanti etmek için mevcut en iyi araştırma sonuçlarından, kanıtlardan yararlanılan süreç olarak tanımlanmaktadır (Çay ve diğerleri, 2020). Verilen mesleki kararların etkinliği açısından uygulamanın kanıt üzerinden yürütülmesi oldukça önemlidir (Erbay, 2017).

Kanıt dayalı hemşirelik, klinik karar verme süreçlerinde araştırma sonuçlarını, hasta tercihlerini ve uzmanlık bilgisini bir araya getiren sistematik bir yaklaşımı ifade eder. Ancak, literatür incelendiğinde hemşirelerin bu alandaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının yeterli olmadığı, dolayısıyla kanıt dayalı uygulamaların yaygınlaştırılmasında çeşitli engellerle karşılaşıldığı görülmektedir. Özellikle cerrahi hemşirelik gibi spesifik alanlarda, hemşirelerin kanıt dayalı rehberlere erişimi ve bu rehberleri uygulama yetkinlikleri, hasta bakımının standartizasyonu ve kalitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin preoperatif açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerini ve kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını incelemek, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi adına önemli bir adım olacaktır.

Kanıt dayalı uygulama, kanıt dayalı tıp, kanıt dayalı hemşirelik konuları son on yıldır, sağlık ve hemşirelik literatüründe hızla artmakta, konu ile ilgili kitaplar yayımlanmakta, kongreler yapılmakta ve kanıt dayalı hemşirelik merkezleri açılmaktadır (Kocaman, 2003). Bakımın merkezlerinde çalışan ve hastaya bakım verme gibi birincil rolleri olan hemşirelerin uygulamalarında kanıt dayalı çalışmaları kullanmaları oldukça önemlidir. Kanıt dayalı hemşirelik, klinik karar verme sürecinde araştırma sonuçlarını, hasta tercihlerini, uzmanlık bilgisini ve hasta tercihlerini bir araya getirerek sistematik bir yaklaşımı temsil eder. Ancak, literatür taraması yapıldığında hemşirelerin çalışma alanındaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının yetersiz olduğu, dolayısıyla kanıt dayalı uygulamaların

devamlılığında çeşitli bir çok engellerle karşılaşıldığı görülmektedir. Özellikle cerrahi hemşirelik gibi daha spesifik alanlarda, hemşirelerin kanıta dayalı rehberlere erişimini ve bu rehberleri uygulama durumları, hasta merkezli bakımın standart hale getirilmesi ve kalitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmuştur. Bu bağlamda, cerrahi servislere çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerini ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını incelemek, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi adına önemli bir adım olacaktır (Jennings ve diğerleri, 2000).

Kanıta dayalı uygulamalar pek çok disiplinin olduğu gibi hemşirelerin de yakından ilgilendiği bir konudur. Bu hareketin hızlanmasında sağlık sistemleri ve profesyonel örgütlerin talepleri yanı sıra tıbbi uygulama hatalarında (malpractice) artış da belirleyici olmaktadır (Youngblut ve diğerleri, 2001). Hemşirelikte profesyonelleşmenin başta gelen koşulu kuşkusuz bilimi ve bilimsel yöntemi yeterince anlamak ve mesleğe yansıtmaktır. Hemşirelikte bilimsel yöntem kullanılarak yapılan araştırmalar gelecekte hemşireleri deneyimlere dayalı kararlardan kanıta dayalı karar verme bilincine taşıyacak ve kendi bilgisini üreten hemşirelik, bilginin bilimsel değeri ve kullanımı konusunda daha fazla sorumluluk alacaktır (Karagözoğlu, 2006).

Kanıta dayalı uygulamalar ile profesyonel meslek kriterlerinden biri olan uygulamaların araştırma temeline oturtulması sağlanmakta ve böylece hemşireler yaptıkları uygulamalarla ilgili karar verirken kendilerini güvende hissetmekte ve hemşirelik ile diğer bilimlerle ilgili bilgilerin güncel tutulması sağlanmaktadır. Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulama alanında, geleneksel uygulamalar ya da meslektaşların “her zaman yaptığımız gibi” şeklindeki önerilerinden farklı olarak araştırma ve bilgilere dayalı kaliteli hasta bakımının sunulmasını sağlamaktadır. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama, araştırmanın kullanılması değil, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların klinik uzmanlıkla birleştirilerek uygulanmasıdır (Cullum ve diğerleri, 2013).

Hemşirelik mesleğinde kanıta dayalı uygulamaların yayılmasında, klinik uygulamada destek sağlayacak bilgi temelinin ve klinik rehberlere temel oluşturacak araştırmaların eksik olması, sağlık alanındaki bilgilerin hızlı değişmesi, hükümetlerin maliyet etkin sağlık politikalarını benimsemesi ve tıbbi uygulama hatalarının artması belirleyici olmaktadır (Borbasi ve diğerleri, 2010).

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar karşısında hem kişisel hem de örgütsel açıdan birçok engel vardır. Bireysel olarak, hemşirelerin kaliteli araştırma değerlendirme becerilerinin eksik olması, hemşirelerin araştırmaları tartışacak akademik ortamdan izole edilmiş olması, değişiklikleri ve değişimi kabul edebilecek güven eksikliğinin olması

hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar karşısındaki en önemli engelleridir (Dicenso ve diğerleri, 2005).

Hemşirelik mesleği sağlık sisteminin önemli bir parçası olmakta ve hasta merkezli bakımda primer olarak görev almaktadır (Toğaç ve Yılmaz, 2024). Cerrahi işlem öncesinde, sırasında ve sonrasında hastaların sosyo-kültürel, fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarına göre hasta bakımının uygulanması ve hastanın iyilik halinin tekrar sağlanmasından cerrahi hemşireleri sorumludurlar (Soydaş ve diğerleri, 2024). Ameliyat öncesi dönem; ameliyat kararının çıktığı andan itibaren başlayıp ve hastanın cerrahi kliniğe yatışıyla, ameliyattan önce ve ameliyat gününde yapılan tüm işlemleri kapsayarak hastanın ameliyathane hemşiresine teslimiyle biten bir süreçtir. Hastaların ameliyat öncesi açlık süresi ve kısıtlanması gereken besinler ve sıvıları bildirmek cerrahi hemşirenin görevleri arasındadır. Hastaların doğru ve etkin beslenmesi hastalarda erken iyileşmeye ve daha etkin başedebilmesini sağlamaktadır (İşler, 2020). Dünyada ve ülkemizde hastaları gece yarısından sonra aç bırakma geleneksel ve rutin hale gelmektedir (Güzel ve diğerleri, 2022). İlk olarak 2. Dünya savaşından sonra ameliyatlarda anestezi komplikasyonuna bağlı olarak, aspirasyon riski görülmesi sonucunda rutin olarak "Nil Per Os (NPO)" yani ameliyat öncesi gece boyunca oral katı ve sıvı alımının kısıtlanması uygulamasına gidilmektedir (Maraş, 2019). Hastaların ameliyat öncesi fizyolojik hazırlık olarak besin ve sıvı kısıtlanmasındaki temel amaç hastalarda oluşabilecek aspirasyon riskini önlemektir (Demirdağ ve Karaöz, 2015). Preoperatif açlık süresi, hasta konforunu, fizyolojik dengesini ve psikolojik durumunu doğrudan etkileyen bir süreçtir. Uzun süreli açlık; yorgunluk, ağız kuruluğu, huzursuzluk, nefes kokması, anksiyete, sinirlilik, hipovolemi, hipoglisemi, dehidratasyon ve elektrolit dengesizlikleri gibi komplikasyonlara yol açarken, kısa süreli açlık protokollerinin hastaların iyilik halini ve cerrahi sonrası iyileşme hızını artırdığı belirlenmiştir (Gök, 2018). Literatür incelendiğinde, geleneksel ameliyat öncesi açlık protokollerinin olumsuz etkileri üzerine birçok literatür çalışması yapılmaktadır. Örneğin, yapılan meta-analizler, gece yarısından itibaren hastaların açlık süresinin uzatılmasının hipovolemi, hipoglisemi ve anksiyete gibi bir çok komplikasyonlara yol açtığını göstermektedir (Ersoy ve Gündoğdu, 2005; Gök ve Giersbergen, 2018). Ancak, bu yapılan literatür taramalarının hemşirelik uygulamalarındaki yansımalarına ilişkin yeterli miktarda çalışma bulunmamaktadır.

Cerrahi klinikte hemşirelerin rolü, yalnızca uygulayıcı rolü değil, aynı zamanda eğitici ve savunucu rollerini de içerir. Cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin, hastalara ameliyat öncesi dönemde doğru ve etkin bir hasta bilgilendirmesi yapılmalı, hasta güvenliği ve bakım kalitesini arttırmak için kritik bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Açlık süresinin uzamasına

bağlı olarak hastada kan şekerinin düşmesine bağlı olarak kas proteinlerinin yıkılmasına sebep olurlar (Gök, 2018). Uygun bir beslenme protokolü uygulandığında hastanın aç kalma süresi kısaldığında hastanın bu süreçle etkin başedebilmesini ve hızlı iyileşmesini sağlamaktadır (İşler, 2020). Cerrahi Hemşireler bu bağlamda etkin kullanılan beslenme protokollerini uygulaması gerekmektedir. Ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin birçok beslenme protokolünde ameliyat öncesine ilişkin açlık süresi katı gıdalar için 6 saat, süt ürünleri için 4 saat, berrak sıvılar için ise 2 saat olarak önerilmektedir (Bilik ve diğerleri 2020). Yapılan bilimsel araştırmalarda ameliyat öncesi gece yarısından sonra hastaların aç bırakılmasının olumsuz etkilere sahip ve gereksiz bir uygulama olduğu fakat güncel yayınlarda belirlenen beslenme protokolünün uygulanması yavaş gerçekleşmektedir (Demirdağ ve Karaöz 2015). Kanıta dayalı uygulamaların cerrahi klinik hemşirelerinin çalışma alanında benimsenmesi konusunda yeterli veriye rastlanmamaktadır. Özellikle Türkiye'deki hemşirelik çalışmalarında bir standartlaşma eksikliği göze çarpmaktadır (Kocaman, 2003; Soydaş, 2024). Türkiye’de, cerrahi işlem geçirecek hastalar genellikle gece 12 den sonra aç bırakılmaktadır. Bu geleneksel uygulama, küresel ölçekteki rehberlerin önerdiği kısa süreli açlık protokollerine kıyasla daha uzun bir açlık süresi öngörmektedir (Demirdağ ve Karaöz, 2015). Küresel rehberler, bireyselleştirilmiş hasta yaklaşımlarını içeren protokollerle hasta konforunu ve bakım kalitesini artırmayı hedeflemektedir (Ljungqvist, 2015).

Cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin hemşirelik uygulamaları, hasta bakım kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında kritik bir öneme sahiptir. Ancak, ameliyat öncesi açlık süresi hakkında geleneksel uygulamaların güncel bilimsel kanıtlarla uyumsuzluğu, hasta bakımını ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların gece yarısından sonra aç bırakılmasına yönelik geleneksel uygulamalar, hastada hipoglisemi, elektrolit dengesizliği ve dehidratasyon gibi fizyolojik komplikasyonlara yol açmaktadır. Buna ek olarak hastalarda psikolojik rahatsızlıklar ve hasta memnuniyetsizliği gibi olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, bu sorunların çözümünde bir alternatif bakım sunmasına rağmen, cerrahi hemşirelerin bilgi düzeyindeki eksiklikler, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaların yeterince benimsenememesine ve uygulanamamasına yol açmaktadır. Cerrahi hemşirelerin bilgi düzeyi ile kanıta dayalı uygulamaların uyumu için kritik bir faktördür. Ancak, literatürde, ameliyat öncesi açlık süresi gibi spesifik konuda cerrahi hemşirelerin bilgi düzeylerini değerlendiren çalışmalar yeterli sayıda değildir (Dicenso, 2005; Borbasi, 2010). Bu nedenle, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumları incelenmelidir. Bu bağlamda cerrahi hemşirelerin

kanıta dayalı uygulamaları benimsemesinin önündeki engeller için çözüm aranmalıdır (Jennings, 2000; Youngblut, 2001). Türkiye’de preoperatif açlık yönetimi konusunda hemşirelere yönelik özel eğitim programları yeterli sayıda değildir. Bu durum, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaların benimsenmesini zorlaştırmaktadır (Kocaman, 2003). Küresel anlamda, özellikle İskandinav ülkelerinde, hemşirelere yönelik yapılan eğitim programları ve modern rehberlerin entegrasyonu başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (Scandinavian Society of Anaesthesiology, 2019). Bu çalışmanın temel problemi, hemşirelerin preoperatif açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerinin, kanıta dayalı hemşirelik rehberleri ile uyumluluğunun ve bu bilgi düzeyinin hasta bakımına yansımalarının belirlenmesidir.

1.1. Çalışmanın Önemi

Sağlık bakım hizmetleri kalitesinin artırılması, yalnızca güncel bilimsel bilgilerin elde edilmesiyle değil, aynı zamanda yapılan bu bilgilerin klinik uygulamalara etkili bir şekilde entegrasyonu ile mümkün olmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelik mesleği, kanıta dayalı uygulamaların kaliteli hasta bakımına uyumu açısından merkezi bir rol üstlenmektedir. Ancak, literatürde bulunan mevcut bulgular, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını ve bu durumun kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanımını ve yaygınlaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Bu çalışmanın önemi, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerini değerlendirerek, kanıta dayalı uygulamalara yönelik farkındalığı artıracak stratejiler geliştirmesinde yatmaktadır.

Bilimsel açıdan, yapılan bu çalışma, cerrahi hemşirelik alanında preoperatif açlık yönetimiyle ilişkili bir bilgi boşluğunu doldurmayı amaçlamaktadır. Geleneksel açlık protokollerinin uygulanması hasta sağlığı üzerinde oluşan olumsuz etkileri ve bu protokollerin bilimsel çalışmalardan yoksun olduğu göz önünde bulundurularak, cerrahi hemşirelerin bilgi düzeylerinin ve uygulama alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve bakım kalitesinin artırılması için mutlaklıdır. Ayrıca, yapılan bu çalışma, cerrahi hemşirelerin bilgi düzeyindeki eksikliklerin neden olduğunu belirleyerek, hemşirelik eğitime ve mesleki gelişime yönelik rehberler oluşturulmasına olanak sağlayacaktır.

Yapılan çalışmanın bulguları, cerrahi kliniklerde hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi için önemli bir yol haritası sunabilir. Ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi eksikliği, hasta bakımında standartların oluşmasını engellemekte ve hasta memnuniyetsizliğine neden

olmaktadır. Bu çalışma, hasta merkezli kaliteli bakımın önemini benimseyerek, hemşirelerin mesleki becerilerinin geliştirilmesine yönelik öneriler sunmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşme sürecinde önemli bir adım olarak görülmelidir.

1.2. Araştırmanın Soruları

- ✓ Cerrahi kliniklerde çalışmakta olan hemşirelerin preoperatif açlık süresinde kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyi nedir?
- ✓ Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeyi nedir?
- ✓ Cerrahi kliniklerde çalışmakta olan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerinin ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeyleri arasındaki ilişki nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanıta Dayalı Uygulama ve Hemşirelik

Kanıta dayalı uygulama, hastaların tıbbi bakımları için karar verme aşamasında konu ile ilgili olarak yayımlanmış bilimsel makalarda güncel ve en iyi kanıtların, hastanın iyilik halinin artırılması ve hastaya sunulan hizmetin iyi bir şekilde planlanıp yürütülmesi için titizlikle kullanılmasını hedeflemektedir. Kanıta dayalı uygulamalar bilgi ve karar verme arasındaki bağı güçlendirerek tanı, tedavi ve bakım sürecini bilimselleştirmekte ve profesyonelleştirmektedir. Hemşirelik mesleğinde profesyonelleşmenin ilk koşulu kuşkusuz bilimi ve bilimsel yöntemi yeterince anlayarak mesleğe yansıtmaktır. Hemşirelik mesleğinde bilimsel yöntemle yapılan araştırmalar gelecekte hemşireleri tecrübelerine dayalı kararlardan kanıta dayalı karar verme bilincine taşıyacaktır. Kanıta dayalı uygulamalar ile hastaların bakım süreçleri bilimsel araştırmalara dayanarak hastanede kalış süresini kısaltacak ve iyileşmeyi hızlandıracaktır (Çopur ve diğerleri, 2015).

Kanıta dayalı uygulama, klinik karar verme aşamasında, güncel ve en iyi kanıtların sistematik bir biçimde kullanılması olarak tanımlanır. Bu yaklaşım biçimi, klinik uzmanlık, hasta değerleri ve en iyi araştırma kanıtlarını birleştirir. David Sackett ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen bu kavram, ilk başta kanıta dayalı tıp (evidence-based medicine) olarak ortaya çıkmış, daha sonra hemşirelik, fizyoterapi, diş hekimliği gibi diğer sağlık alanlarına yayılmıştır.

Kanıta dayalı uygulama şu faktörleri içerir:

- En İyi Kanıtların Kullanımı: Geçerli, güvenilir ve güncel bilimsel araştırmalardan elde edilen bulgular.
- Klinik Uzmanlık: Sağlık profesyonellerinin tecrübeleri ve bilgi birikimlerine dayalı karar verme becerisi.
- Hasta Tercihleri ve Değerleri: Hastanın bireysel gereksinimleri, tercihleri ve inançları doğrultusunda bakım planının oluşturulması.

Kanıta dayalı uygulama, sadece bilimsel araştırmaların uygulanmasını değil, aynı zamanda hasta odaklı bir yaklaşımı benimser. Bu sebeple, hemşirelik gibi hasta bakımına öncülük gösteren mesleklerde büyük bir öneme sahiptir.

2.1.1. Kanıta Dayalı Hemşirelik

Kanıta dayalı hemşirelik, hemşirelik uygulamalarında kanıta dayalı uygulama prensiplerinin benimsenmesini ifade etmektedir. Bu kavram, hemşirelerin klinik uygulamalarında araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtları kullanarak, hasta bakımını iyileştirme aşamasını içerir. Kanıta dayalı hemşireliğin, geleneksel uygulamalardan farklı, bireysel alışkanlıklara veya tecrübelerle değil, bilimsel verilere dayanır (Ceylan ve Mete, 2023).

Kanıta dayalı hemşirelik, aşağıdaki faktörleri içerir:

1. Araştırma Kanıtlarının Kullanımı: Sistematik araştırmalar, randomize kontrollü çalışmalar, meta-analizler ve rehberler gibi kaynaklardan elde edilen bilgiler.
2. Klinik Uzmanlık: Hemşirenin bireysel bilgi ve becerileri.
3. Hasta Gereksinimleri ve Tercihleri: Merkeze hastayı alan bir yaklaşımı temel alır.
4. Eğitim ve Sürekli Mesleki Gelişim: Hemşirelerin bilgi ve becerilerini güncel tutmak için sık aralıklarla eğitim alması.

Kanıta dayalı hemşirelik, sadece bireysel hemşirelik uygulamalarıyla sınırlı kalmaz; aynı zamanda örgütsel aşamalarda da uygulanır. Örneğin, klinik protokollerin ve politikaların oluşturulmasında kanıta dayalı yaklaşımlar kullanılabilir (Ceylan ve Mete, 2023).

2.1.2. Preoperatif Açlık Süresi

Preoperatif açlık süresi, cerrahi müdahale öncesinde hastaların sıvı ve katı besin alımının sınırlandırıldığı bir dönemi ifade eder. Bu süreç, cerrahi sırasında aspirasyon riskini azaltmak amacıyla uygulanır. Geleneksel olarak açlık süresi gece yarısından itibaren önerilirken, modern rehberler bu sürenin daha kısa tutulmasını ve bireysel hasta gereksinimlerine göre planlanmasını önermektedir. Preoperatif açlık süresiyle ilgili terminolojiler şunlardır:

- “Nil Per Os” (NPO): Latince “oral hiçbir şey” anlamına gelir. Gece yarısından itibaren besin alımını tamamıyla kesmeyi ifade eder.
- Berrak Sıvılar: Su ve açık çay gibi mide içeriğini minimal seviyede etkileyen sıvılar. Bu sıvıların cerrahiden 2 saat öncesine kadar alınmasında sakınca olmamaktadır.

- Katı Gıdalar: Midenin boşalmasını geciktiren ve aspirasyon riskini artırabilen besinler. Modern rehberler, cerrahiden 6 saat öncesine kadar bu besinlerin alınmaması gerektiğini dile getirmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.1.3. Kanıta Dayalı Klinik Rehberler

Klinik rehberler, sağlık profesyonellerine karar verme aşamalarında rehberlik eden sistematik öneriler sunar. Bu rehberler, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Örneğin:

- Amerikan Anesteziyoloji Derneği Rehberleri: Preoperatif açlık süresinde berrak sıvıların 2 saat, katı besinlerin ise 6 saat önce kesilmesini önermektedir.
- Avrupa Anesteziyoloji Derneği Rehberleri: Hastaların bireysel farklılıklarını dikkate almayı vurgulamaktadır (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.1.4. Profesyonel Hemşirelik

Profesyonel hemşirelik, kanıta dayalı uygulamaların entegre edildiği ve mesleki standartların uygulandığı bir hemşirelik yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, hemşirelerin bilimsel bilgiyi uygulamalara aktarmalarını ve hastalara en iyi bakım hizmetini sunmalarını amaç edinir. Profesyonel hemşirelik, şu faktörleri içerir:

1. Etkin ve Güvenli Bakım: Hasta güvenliğinin bilimsel kanıtlar doğrultusunda sağlanması.
2. Hastanın Katılımı: Hasta ve ailesinin bakım sürecine etkin bir şekilde katılımının sağlanması.
3. Mesleki Gelişim: Hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerini durmaksızın geliştirmesi (Baran ve diğerleri, 2020).

2.1.5. Kanıta Dayalı Uygulamaların Engelleri

Kanıta dayalı uygulamaların sağlık sistemine entegrasyonu, çeşitli bireysel ve örgütsel engellerle karşılaşmaktadır:

- Bireysel Engeller: Hemşirelerin araştırma değerlendirme becerilerindeki eksiklikler, kanıta dayalı rehberlere ulaşımın eksikliği.

Örgütsel Engeller: Zaman yetersizliği, iş yükü, eğitim eksikliği ve yönetim desteği (Ceylan ve Mete, 2023).

2.2. Cerrahi Hemşirelik ve Tarihçesi

Günümüzde cerrahi işlemlerin kontrollü olarak fizyolojik yapıların değiştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. İlk olarak Hindistanlı hekim Susruata Milattan Önce 800'lü yıllarda hemşireleri cerrahide asistan olarak kullanıldı. Smith ilk defa ameliyathane hemşiresi olarak 1916 yılında keşif giydi ve 1945 yılında M.Crawford tarafından scrubs ve sirküle kavramlarından bahsedildi. Cerrahi hemşirelik ise hastanın sağlık durumunun ve iyilik halinin yeniden kazanılması ve sürdürülebilirliğinin devam etmesi için sosyolojik, psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarının yeniden belirlenerek bilimsel çalışmalarla koordine edildiği hemşirelik dalıdır (Aslan, 2009).

2.3. Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığı

Ameliyat öncesi dönem; ameliyat olma kararından itibaren başlayarak hastanın cerrahi kliniğe kabulü ile birlikte ameliyat öncesi süreci ve ameliyat anına kadar uygulanan tüm hazırlıkları ve işlemleri kapsayan ve hastanın ameliyathane hemşiresine teslimiyle son bulan bir dönemdir (Yavuz, 2014). Ameliyat öncesi dönemde hasta bakımındaki temel amaç hastanın psikolojik, sosyal, kültürel ve fizyolojik sebeplerle olumlu yönde baş etmeyi ve var olan sağlık durumunun en üst düzeyde tutulmasını amaçlamaktadır. Hastada oluşma ihtimali olan ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonların en aza indirgenmesi ve yapılan cerrahi işlemin amacına ulaşmasında ameliyat öncesi dönemdeki hazırlık ve hemşirelik bakımı önemli bir yere sahiptir. Ameliyat öncesinde hastalara ve yakınlarına yapılan hasta bilgilendirmesi, hasta tarafından ameliyatın bütün evrelerinde oluşabilecek durumları bilmesine, hastanın psikolojik ve fiziksel olarak kendini daha iyi hissetmesi ve ameliyat sonrası oluşan, korku, anksiyete, stres gibi olumsuzlukları minimal düzeye indirmektedir. Ameliyat öncesi yeterli bilgilendirme almayan hastada ve yakınlarında depresyon, öfke, anksiyete gibi duygu durum değişiklikleri yaşandığı görülmektedir (Kahraman ve Kurşun, 2022). Cerrahi kliniğe kabulü yapılan hastanın ameliyat öncesi dönemde hasta ve yakınlarının olabildiğince uyum içinde olmasına katkı sağlayan hemşireler önemli göreve sahiptir. Çünkü hasta da oluşan duyguların rahatlıkla ifade edilebilmesi, merak edilen soruların sorulması için hastanın cesaretlendirilmesi, özel destek ve yardım almak istediği durumlarda başvurabileceği

kişiler konusunda hastanın aydınlatılması, hasta ve yakınlarının güvenilir bir ortamda olduklarını hissettirecektir. Hastanın ameliyat öncesi hazırlığı; fiziksel hazırlık, psikolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim olmak üzere dört bölümde incelenebilir (İnal, 2018).

2.3.1. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlık

Hastanın psikolojik hazırlığı, bireysel ilgi alanlarını açıklamayı, var olan duygu durum değişikliklerini uygun şekilde ortadan kaldırmayı, problem çözme yeteneklerini arttırmayı, hastaların kafasında oluşan soruları rahatça sormaları için uygun ortam oluşturup sorularını rahatça sormaları konusunda cesaretlendirilmelerini içermektedir. Hastalar ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası süreci bilmediği için korku ve yoğun kaygı yaşamaktadır. Hastada oluşan kaygıyı azaltmak için ameliyat vaktinden önce hastalar ameliyathaneye götürülmemelidir. Çünkü, hastalar ameliyat odasına geçmeden önce koridorda uzun süre beklediğinde büyük korku ve kaygı yaşamaktadırlar. Hastalar ameliyat olacakları zamanı beklerken onlar için uygun ortam oluşturulmalı ve hastayı tanımaya olanak sağlanmalıdır. Hastaya ameliyat süreciyle ilgili gerekli açıklamaların yapılarak ameliyattan sonra hangi koşullarda ve nerde uyanacakları, yakınlarını ne zaman görecekları, ameliyatın komplikasyonları ile birlikte yaklaşık olarak ne kadar süreceği konusunda da bilgi verilerek rahatlatılmalıdır (Özbayır, 2010). Ameliyat öncesi hasta bilgilendirme, anestezi hastaya değerlendirmesi yaparak hastaların anestezi konusunda anksiyeteleri sorgulanmalı, yüksek anksiyeteye sahip hastaların anksiyeteleri azaltılmalıdır (Tuncay ve Yeldan, 2013). Kaygıya yönelik yapılan hemşirelik girişimleri sayesinde, ameliyat sonrası süreçte yaşam bulgularının daha hızlı düzene girmesi, analjezik kullanımının azalması, strese tepki olarak salınan kortikosteroid hormonlarının az salınımı, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeyi ve erken taburculuğu sağlamış olacaktır (Mutlu, 2006).

2.3.2. Ameliyat Öncesi Yasal Hazırlık

Hastalar var olan sağlık durumlarını yapılacak işlemleri bunların olumlu ve olumsuz yönlerini, uygulanacak tıbbi işlemin prosedürlerinin kabul edilmemesi durumunda oluşabilecek komplikasyonları hastalığın süreci konusunda yazılı ve sözlü olarak bilgi alma hakkına sahiptir. Ameliyat olmaya karar vermiş her hastadan ıslak imzalı ameliyatı kabul ettiğine dair ameliyat onamı alınmalıdır. Alınan imzalı onam hem sağlık personeli hem de

hastayı ve yakınlarını yasal güvence altına almaktadır. Hastaya ameliyat öncesi dönemde ameliyat hakkında yeterli bilgi verilmelidir. Yetişkin, bilinci açık ve akıl sağlığı yerinde olan her hastadan ameliyat onamını kendisi tarafından imzalatılır. Çocuklar ve bilinci kapalı olan hastalarda ameliyat onamlarını birinci derece yakınları imzalayabilmektedir (İnal, 2018).

2.3.3. Ameliyat Öncesi Eğitim

Ameliyat öncesi verilen hasta eğitiminin, ameliyat öncesi hasta bakımlarında vazgeçilmez bir bileşenlerini oluşturup hemşirelik girişimlerinden biri olmaktadır. Hemşireler, hasta eğitimine yönelik bu girişimleri etkin bir şekilde gerçekleştirerek, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve hastaların iyileşme süreçlerinin hızlanmasına olanak oluşturmaktadır. Ameliyat öncesi eğitimin hastada oluşan korku ve anksiyeteyi azalttığı, hastanın ağrı yönetimine katkıda bulunmasını sağlayarak ameliyattan sonraki süreçte ağrı kesici ihtiyacını en aza indirdiği, fizyolojik ve psikolojik olarak iyileşmeyi hızlandırdığı, hastanede kalış süresini azalttığı ve sonuç olarak da hasta konforunu arttırdığı belirtilmektedir (Candaş ve Yeşilyurt, 2024).

2.3.4. Ameliyat Öncesi Hastalarda Fizyolojik Hazırlık

Fizyolojik değerlendirme ile kronik hastalığın varlığı ve sağlık üzerine olumlu-olumsuz etkileri, beslenme durumu, sıvı elektrolit dengesi, ağrı durumu yada enfeksiyon varlığı gibi durumları belirlenmektedir. Ameliyat öncesi fizyolojik hazırlık sürecinde yer alan en önemli süreç ameliyat öncesi beslenme dönemidir (Sevin, 2018).

2.4. Ameliyat Öncesi Hastalarda Beslenme

Ameliyat öncesi açlık, cerrahi prosedürlerde anestezi ile ilişkili komplikasyonları önlemek için uzun yıllardır uygulanan bir stratejidir. Geleneksel olarak, hastaların gece yarısından itibaren aç bırakılmaları gerektiği düşünülmüş ve bu yaklaşım birçok cerrahi kliniğin standart protokolü haline gelmektedir. Ancak bu uygulama, hem fizyolojik hem de psikolojik birçok olumsuz etkiye yol açmıştır. Uzun süreli açlık, hastalarda yorgunluk, ağız kuruluğu, anksiyete, sinirlilik, baş ağrısı ve hipoglisemi gibi sorunlara neden olabilmektedir. Ayrıca, kan şekeri düşüklüğüne bağlı kas protein yıkımı, iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek komplikasyon riskini artırmaktadır. Ameliyat öncesi gece 12 den sonra oral besin

alımının kısıtlanması uzun süredir devamlı olarak uygulanmasına rağmen (Gök ve Giersbergen, 2018) son zamanlarda yapılan çalışmalar, gece 12 den sonra uygulanan geleneksel ağızdan besin kısıtlama uygulamasının gereksiz olduğunu; kısa oral besin kısıtlaması uygulamalarının ise hastanın iyilik halini ve konforunu arttırdığı görünmüştür (Demirdağ ve Karaöz, 2015; Çakır ve diğerleri, 2018). Ameliyat öncesi katı gıdaların alınması anestezi sırasında aspirasyon riski oluştursa da planlı ameliyat geçirecek hastaların çoğunda anestezi işleminden 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların alınmasına dair kanıt düzeyi yüksek çalışmalar bulunmaktadır. Su, çay gibi berrak sıvıların susuzluğu gidermenin dışında açlık, cerrahi girişim üzerine herhangi bir olumlu etkisi bulunmamaktadır. Bu sebeple ameliyat öncesi hastalara karbonhidrattan zengin sıvılar geliştirildi (Ersoy ve Gündoğdu, 2005). Ameliyat öncesi süreçte hastalara oral yoldan karbonhidratlı sıvıların verilmesinin ameliyat sonrası süreçte insülin direncini ve kas zayıflığını azalttığı ifade edilmektedir. Yine anksiyete ve hastanede kalış süresinin azaldığı, ameliyat sonrasındaki süreçte iyilik halinin ve hasta konforunda artış olduğu vurgulanmaktadır (Yılmaz, 2009; Ersoy ve Gündoğdu, 2005). Karbonhidrat içeren sıvıların ameliyat öncesinde alınması, insülin direncini azaltarak cerrahi sonrası iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunmaktadır. Bu tür protokoller, hem hastaların fizyolojik dengesini korumakta hem de psikolojik stres düzeylerini azaltmaktadır (Hardman ve Carlson, 2008).

Cerrahiden iki saat öncesine kadar berrak sıvıların alınmasıyla;

- Cerrahi öncesi susuzluğun azaldığı,
- Çocuklarda huzursuzluğun azaldığı,
- Mide içeriğinde ve pH'ında bir fark görülmediği,
- Mide boşalma hızının etkilenmediği,
- Mide içeriğinin aspirasyon riskinin artmadığı ifade edilmektedir (Yıldız, 2006).

Dünyada ilk kez 1993 yılında Norveç'te hastalara ameliyat öncesi iki saate kadar belirli gıdalar verilmeye başlanmış, Amerika ve diğer Avrupa ülkeleri Norveç'i izlemiş ve bu konuda rehberler geliştirilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu, 2005).

2.4.1. Ameliyat Öncesi Oral İlaçların Kullanılması

Ameliyata girecek hastaların rutin olarak kullandıkları bazı oral ilaçlarını ameliyat sabahı kullanmaları gerekmektedir. Hemşireler hastaların rutin olarak kullandığı ilaçlarını ameliyattan 1-2 saat önce birkaç yudum su ile alabileceklerini belirtmişlerdir. Malezya tıp akademisinin yayınlanan besin/sıvı kısıtlaması kılavuzunda oral premedikasyonların ameliyattan 1-2 saat önce, 150 ml. su ile kullanılabileceği belirtilildi (Demirdağ ve Karaöz, 2015).

2.4.2. Ameliyat Öncesi Hastalara Oral Karbonhidratlı Sıvı Verilmesi

İnsülin Direnci Üzerindeki Etkisi: Anabolik bir hormon olan insülin, glukozun duyarlı dokulara alınmasını sağlayarak, glikoneogenez ve glikolizi artırmakta ve protein sentezini desteklemektedir (Savaş ve Gültekin, 2017). Cerrahi travma, kan glukozunun hücre içine girişini önleyerek kan glukoz düzeyinde artış ile sonuçlanan insülin direncine neden olmaktadır. İnsülin direncinin etkisiyle, insülinin antilipolitik etkisinin ve lipid oksidasyon hızının azalması, dolaşımdaki serbest yağ asidi ve gliserol miktarını artırmaktadır. Glukozun hücre içine girememesi nedeniyle protein yıkımının artması da negatif nitrojen dengesinin oluşmasına neden olmaktadır. Cerrahi girişim öncesi açlık süresi uzadıkça, açlığın oluşturduğu katabolik yanıtın ve insülin direncinin arttığı bilinmektedir. Cerrahi hastasında oluşan insülin direncinin derecesi, cerrahi girişim sonrası hastane kalış süresini belirleyen önemli bir faktördür. Özellikle, periferik insülin direncinin, cerrahi girişim sonrası komplikasyon riskini ve hastanede kalış süresini artıran hiperglisemi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Literatürde, cerrahi girişim öncesi oral karbonhidrat kullanımının insülin direncini azaltarak katabolik süreci baskıladığını görülmüştür (Yeşilyurt ve Yüksel, 2021).

2.4.3. Ameliyat Öncesi GIK (Glukoz-İnsülin-Potasyum) protokolü

Diyabet hastalığının görülme sıklığındaki artış ve diyabetin cerrahi girişim gerektiren komplikasyonları sebebiyle cerrahi işlem yapılan diyabetli hastaların sayısı giderek artmaktadır. Diyabetli hastalarda ameliyat öncesi dönemde hiperglisemi, hipoglisemi, enfeksiyon, gibi birçok çeşitli komplikasyonlar meydana gelmektedir. Diyabetli hastanın ameliyat öncesi dönem yönetimini açıklamadan önce diyabetin tanımının, tiplerinin, görülme sıklığının ve tedavisinin bilinmesi gerekmektedir (Soysal ve Yılmaz, 2022). Glukoz-insülin-

potasyum (GİK) infüzyonu veya glukoz ve insülinin ayrı yollardan verilmesi şeklinde olabilir. GİK uygulaması kolay bir yöntemdir. Ameliyat süresi uzun olabilecek majör ameliyatlarda sırasında farklı yol uygulaması tercih edilebilir. İnfüzyon hızı kan glukoz düzeyine göre ayarlanır. Standart GİK solüsyonu %5 Dekstroza 10 IU kısa etkili (regüler) insülin ve 10 mmol KCl konularak hazırlanır (100 ml'de 5 gr glukoz 2 IU insülin). Alternatif olarak sıvı yüklenmesi açısından riskli hastalarda %10 dekstroz 500 ml içine 20 IU kısa etkili insülin ve 10 mmol KCl konularak da infüzyon hazırlanabilir. Bu sıvıda 100 ml sıvıda 10 gr glukoz karşılık 4 IU insülin bulunmaktadır. Bu durumda infüzyon hızı orijinal protokolün %50'si oranında azaltılarak verilmeye başlanır (Çakır 2021). %10 dekstroz 500 ml içine 15 u kısa etkili insülin 10 mmol (1 amp) KCl konulur, 100 ml/st hızında i.v. olarak verilir. Kan glukoz düzeylerine göre infüzyon hızı ayarlanır (Satman).

2.4.4. Ameliyat Önceki Açlıkta Mide Boşalması

Yapılan kanıt düzeyli çalışmalar mide hacminin 500 ml bolus su ile 30 dakika içinde referans değere döndüğünü göstermektedir. Bir hastanın cerrahi klinikten ayrılması, ameliyathaneye gelmesi, anestezi indüksiyonuna girmesi için geçen süre göz önüne alındığında berrak sıvı politikasının bir sonucu olarak anestezi indüksiyon sırasında ilişkili rezidüel mide hacmi ihmal edilebilir düzeydedir. Bu, mide rezidüel hacimlerinin açlıktan bağımsız olarak değiştiğini gösteren mide hacmini incelemek için ultrasonografinin kullanılmasıyla da desteklenir (Sands ve diğerleri, 2022). Mide içeriğinin boşaltılma oranları tüketilen besin türüne bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Crenshaw, 2011). Fizyolojik kanıtlar, anestezi indüksiyonunda en düşük mide içeriği hacmini sağlamak için gereken açlık sürelerinin farklı oral alım türleri için değişeceğini ancak aç karnına bile midenin boş olmadığını göstermektedir. Mide 1 saatte 50 ml'ye kadar mide suyu salgılayabilmektedir (Royal, 2005). Gece yarısından sonraki açlığın ameliyat sabahı midenin boş olmadığını ortaya çıkarmıştır. Çünkü açlık süresi boyunca asit salgılanması devam etmektedir (Fawcett ve Thomass, 2019). Berrak sıvılar, berrak olmayan sıvılar ve katılar mideden farklı mekanizmalarla ve farklı sürelerde boşaltılır (Crenshaw ve Winslow, 2009). Berrak olmayan sıvılar midede çökelti oluşturmaktadır (Crenshaw, 2011). Suyun boşaltılma yarılanma ömrü 12 dakika veya 15 dakikadır (Fawcett ve Thomass, 2019). Sıvıların boşaltılma hızı alınan sıvıların ozmolaritesiyle ters orantılıdır ve kalori içeren çözeltiler sudan daha yavaş boşalmaya eğilimlidir. Sabit bir oranda mideden boşaltılan katı gıdalar, gıdanın bileşimine ve miktarına bağlı olarak 6 saat sonra %10 ile %30 arasında kalabilir. Süt, katılar ve sıvılar

arasında yer alır ve midenin asit ortamında çökelti oluşturmaktadır (Royal, 2005). Karbonhidrat içeren besinler, protein ve yağ içeren gıdalara oranla vücutta daha kolay sindirilir ve boşaltılır (Zeraatkar ve diğerleri, 2020). Kanıtlara düzeylerine göre mide içeriğinin boşaltılmasında berrak sıvılarda 2 saat ve katı besinlerde 6 saat açlık süresi yeterli zaman sağlar (Lambert ve Carey, 2016). Gece yarısından itibaren açlık yerine ameliyattan 2 saat önce 150 ml berrak sıvı alımının ameliyat sırasında midede daha düşük sıvı hacmi sağlamaktadır (Ljungqvist, 2015). Açlık süresi dışında, mide hareketliliği ve sıvı dengesi gibi etmenler mide içeriğinin hacmini belirlemektedir (Ljungqvist, 2015). Hastalar ameliyat öncesi açlık ihtiyaçları açısından da farklı olabilir. Örneğin obez veya gebe hastalar mide boşalmasını daha hızlı ve uzun yaşayabilir Diyabet, gastroözofageal reflü veya gastroparezi tanımlı hastalarda mide boşalması gecikebilir (Zeraatkar ve diğerleri, 2020).

2.5. Ameliyat Öncesi Açlık İle İlgili Öneriler

2.5.1. İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing- RCN) 2005

- a) Anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar berrak sıvı alımının gastrik hacim ve gastrik pH değerini değiştirmedeği, hatta ameliyat sonrası bulantı kusmayı azalttığı ve hasta konforunu arttırdığı
- b) Elektif cerrahi uygulanacak yetişkin hastaların, anestezi indüksiyonundan iki saat öncesine kadar sınırsız miktarda su ve diğer berrak sıvıları alabileceği
- c) Katı gıdalar, süt ve süt ürünü içeren gıdalar için ameliyat öncesi 6 saatlik aç kalma süresinin yeterli olduğu belirtilmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.5.2. İskandinav Yoğun Bakım ve Anestezi Birliği'nin (Scandinavian Society Of

Anaesthesiology and Intensive Care MedicineSSAI) 2005

- a) Su, meyve suyu, açık çay veya kahvenin gibi partikül içermeyen yağlı olmayan berrak sıvıların anesteziden 2 saat öncesine kadar tüm hastalar tarafından (yetişkin/ çocuk) alınabileceği
- b) Katı gıda (inek sütü ve süt tozu katı gıda olarak kabul edilir) alımının anestezi uygulamasından 6 saat önce durdurulması
- c) Emzirme ve mama verilmesinin anestezi uygulamasından 4 saat önce yapılması

- d) Yetişkin hastaların anestezi uygulamasından 1 saat öncesine kadar ağızdan ilaçlarını 150 ml su ile, çocuk hastaların ise 75 ml su ile içebileceği
- e) Anestezi indüksiyonundan önceki son 2 saat boyunca sakız çiğnenmemesi ve sigara içilmemesi önerilmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.5.3. Avrupa Anesteziyoloji Derneği Üyelerinin (European Society of Anaesthesiology-ESAmembers) 2017

- a) Tüm yaş gruplarında berrak sıvılar 2 saat
- b) Bebeklerde anne sütü 4 saat
- c) Mama 6 saat
- d) İnek sütü 6 saat
- e) Yetişkinlerde hafif yemek 6 saat
- f) Yetişkinlerde yağlı ağır yemekler için, 6 saatlik ameliyat öncesi açlık süresinin yeterli olduğu önerilmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.5.4. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) 2015

- a) Berrak sıvılar 2 saat (herkes için geçerli)
- b) Mama ve katı gıdalar 6 saat
- c) Yetişkinlerde hafif yiyecek 6 saat
- d) Yağlı ve kızarmış yiyecek için 8 saatlik açlık süresinin yeterli olduğu belirtilmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.5.5. Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji (Australian and New Zealand College of Anaesthetists-ANZCA) 2016

- a) Ameliyat sonrası GİS fonksiyonlarını ve hasta konforunu olumsuz etkilediği için, ameliyattan önce 6 saatten fazla sıvı alımının kısıtlanmamasını
- b) Perioperatif metabolik komplikasyonlar ve aspirasyon riski açısından, ameliyattan 2 saat öncesine kadar karbonhidrat içerikli sıvıların alınmasının risk oluşturmadığı
- c) Ameliyat öncesi 2 saat aç kalma süresinin yeterli olduğu

- d) Ameliyattan 2 saat öncesine kadar, çocukların 200 ml, yetişkinlerin 400 ml'ye kadar berrak sıvı almalarında bir sakınca olmadığı bildirilmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.5.6. Avrupa Parenteral ve Enteral Nütrisyon Ulusal Toplulukları (European Parenteral and Enteral Nutrition National Societies-ESPEN) 2017

- a) Gece boyunca açlık yerine karbonhidratlı içeceklerin alınmasının anksiyete ve insülin direncini azalttığı, ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı belirtilmektedir.
- b) Anksiyete dahil olmak üzere perioperatif rahatsızlığı azaltmak için ameliyattan 2 saat öncesine kadar oral karbonhidratlı içeceklerin verilmesi
- c) Ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonların önlenmesi için ameliyat öncesi uzun süreli açlıktan kesinlikle kaçınılması gerektiği önerilmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

2.6. Hemşirelerin Rolü ve Kanıta Dayalı Uygulamalardaki Engeller

Cerrahi hemşireler, ameliyat öncesi dönemde hastaların eğitimi, bilgilendirilmesi ve desteklenmesi yönünden önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin preoperatif açlık süresi ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olması, hastanın güvenliği ve kaliteli hasta bakımı için vazgeçilmezdir. Ancak, yapılan çalışmalarda literatür incelendiğinde, hemşirelerin bilgi düzeylerinin ve tutumlarının kanıta dayalı uygulamalar açısından yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Örneğin, birçok hemşire, kanıta dayalı rehberleri takip etmek yerine geleneksel uygulamaları sürdürmekte, bu da hasta bakımını ve hasta güvenliği açısından komplikasyonların oluşmasına sebep olmaktadır (Ceylan ve Mete, 2023).

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını etkileyen faktörler arasında, kaynak eksikliği, zaman yetersizliği, örgütsel destek eksikliği ve eğitim olanaklarının sınırlılığı bulunmaktadır. Özellikle cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yoğun iş temposu, kanıta dayalı rehberlere ulaşmasını ve bunları uygulamasını zorlaştırmaktadır (Ceylan ve Mete, 2023).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma cerrahi hemşirelerin cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin preoperatif açlık süresine ilişkin bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve kanıta dayalı rehberler doğrultusunda rehber olması amacıyla tanımlayıcı kesitsel türde araştırma olarak planlanmıştır. Yapılan araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi yaş kategorilerine, eğitim durumu, çalışma pozisyonu, çalışma yılı, kanıta dayalı hemşirelik kavramı ve eğitim kaynakları göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
2. Ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi yaş kategorilerine, eğitim durumu, çalışma pozisyonu, çalışma yılı, kanıta dayalı hemşirelik kavramı ve eğitim kaynakları göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
3. Ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aydın ilinde bulunan Aydın Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki cerrahi kliniklerde 329 hemşire çalışmaktadır. Bu hastanelerde cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere etik kurul onamı ve kurum izni alındıktan sonra Şubat-Temmuz 2024 tarihleri arasında veri toplama araçları uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Aydın ilinde bulunan Aydın Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde cerrahi kliniklerde çalışan 329 hemşire araştırmanın evrenini, çalışmaya gönüllü olarak katılan 233 hemşire de araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırma sırasında örneklem olarak evreni bilinen

örneklem hesaplama yapılarak (hata payı %5, güven aralığı %99) minimum örneklem sayısı 221 kişi olarak hesaplanmış ve 233 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırma Aydın Devlet Hastanesi; KBB-Göz Servisi(9 hemşire), Göğüs-Plastik Cerrahi Servisi(10 hemşire), Üroloji Servisi(5 hemşire), Kalp Damar Cerrahi Servisi(8 hemşire), Genel Cerrahi Servisi(14 hemşire), Ortopedi Servisi(10 hemşire), Beyin Cerrahi Servisi(9 hemşire), Cerrahi Yoğun bakımlar(35 hemşire) Atatürk Devlet Hastanesi; KBB-Göz Servisi(5 hemşire), Göğüs-Plastik Cerrahi Servisi(6 hemşire), Üroloji Servisi(3 hemşire), Genel Cerrahi Servisi(6 hemşire), Ortopedi Servisi(9 hemşire), Beyin Cerrahi Servisi(7 hemşire), Cerrahi Yoğun bakımlar(8 hemşire) Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi; KBB-Göz Servisi Plastik Cerrahi Servisi(6 hemşire), Üroloji Servisi(12 hemşire), Kalp Damar Cerrahi Servisi(7 hemşire), Genel Cerrahi Servisi(8 hemşire), Ortopedi Servisi(11 hemşire), Beyin Cerrahi Servisi(8 hemşire), Cerrahi yoğun bakım(35 hemşire) kliniklerinde çalışan 233 hemşire ile yürütülmüştür.

3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenler, cerrahi kliniklerde çalışıyor olunması ve 20-60 yaş aralığında olunması araştırmaya kabul edilme kriterlerini, araştırmaya gönüllü olmamak, Hemşire ünvanına sahip olmamak, dahili kliniklerde çalışıyor olmak ve izinli/raporlu olmak araştırmanın dışlanma kriterlerini oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmada Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan ve 2 kısımdan oluşan soru formu (Ek-4) kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hemşirelerin sosyodemografik yapılarını içeren 13 soru ve hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerini ölçen 20 soru ve toplamda 33 sorudan oluşan bir form hazırlanmıştır. Veri toplama alanında uzman 5 kişiye gönderilerek uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşü sonucunda veri toplama formları yeniden düzenlenerek hemşirelerin sosyodemografik bilgilerini içeren 13 soru ve ameliyat öncesine ilişkin bilgi sorularından oluşan 20 soru ile Ayhan tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve 15 sorudan oluşan Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği olmak üzere toplam 48 sorudan oluşturulmuştur. Veriler araştırmacı tarafından cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle bire bir yüz yüze toplanmış ve verilerin toplanma süresi her bir gönüllü katılımcı için 15 dakika olmuştur. Hemşirelerin bilgi sahibi olması gereken noktalarla göz önüne

alınarak hazırlanan 20 soruluk ameliyat öncesi açlık sürelerine ilişkin bilgi sorularının kapsam ve geçerliliği için uzman görüşlerine danışıldı. Uzman görüşleri doğrultusunda bilgi soruları yeniden düzenlenecektir. 20 sorudan oluşan bilgi soruları 100 puan üzerinden hesaplanacak olup yanlış sayısı doğru sayısını etkilemeyecek ve doğru yapılan her soru üzerinden 5 puan alınacak olup alınan puanın yüksekliğine göre bilgi düzeyi yüksekliği kabul edilecektir. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ruzafa-Martinez ve arkadaşlarının (2011) geliştirdiği “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” hemşirelerin kanıta dayalı uygulama konusunda tutumlarını ölçmektedir. Ölçeğin özgün dili İspanyolcadır. Bu çalışmada, ölçeğin İngilizce olarak yayınlanan formu kullanılmıştır. Ölçek 15 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin sekizi olumlu (1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddeler) yedisi olumsuz (3, 4, 6, 8, 10, 12 ve 15. maddeler) ifade içermekte; olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Beşli Likert tipine (1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=biraz katılıyorum, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum) göre hazırlanan ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınmaktadır. Ölçeğin kesme noktası yoktur, ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin Analizi: Verilerin istatistiksel analizinde Jamovi programından yararlanılmıştır. Bu çalışmada, elde edilen verilerin analizinde çeşitli istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. İlk olarak, araştırma verilerinin genel dağılımını anlamak için frekans analizi uygulanmıştır. Frekans analizi, katılımcıların demografik özelliklerini ve belirli değişkenlere ilişkin dağılımı incelemek amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca, ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi), gruplar arasındaki farkları değerlendirmek için kullanılmış, homojenlik varsayımının sağlanmadığı durumlarda Welch testi ile alternatif bir analiz yapılmıştır. Bu yöntem, gruplar arası anlamlı farkların tespit edilmesinde tercih edilmiştir. Gruplar arasındaki farkların tespit edilmek istendiği fakat normallik varsayımının sağlanmadığı durumlar için Kruskal-Wallis testi uygulanmış, bu test ile gruplar arasındaki farkların anlamlı olup olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmış, bu analiz ile değişkenler arasındaki pozitif veya negatif ilişki düzeyi değerlendirilmiştir. Her bir analiz, araştırmanın alt problemleri doğrultusunda, verilerin uygun şekilde değerlendirilebilmesi için titizlikle seçilmiş ve yorumlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Çalışmanın devam ettirilmesi için araştırmaya başlanmadan önce etik kurul izni ve gerekli kurum izinleri alınmıştır (E-76261397-050.99-480144) (Ek-5) ve (E-44021967-605-236678254) (Ek-6). (E 97594401-804.01-535179) (Ek-7) Araştırmaya katılan her gönüllü hemşireden bilgilendirilmiş gömüllü olur formu alınmıştır (Ek-1).

4. BULGULAR

Nicel değişkenler için normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edildi. Tanımlayıcı istatistikler; normal dağılım varsayımı sağlanmadığından nicel değişkenler için medyan (25.-75.persantil), kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, olarak verildi. Bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 1’de hemşirelerin demografik özelliklerine yer verildi. Hemşirelerin % 78,1’inin erkek, % 21,9’unun kadın olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaş gruplarına bakıldığında % 35,6’sının 30-39 yaş aralığında olduğu, % 37,4’ünün 20-29 yaş arasında olduğu ve % 27’sinin 40 yaş ve üzeri olduğu belirlendi. Hemşirelerin medeni durumuna bakıldığında % 58,4’ünün evli olduğu belirlendi. Hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde % 74,2’sinin lise mezunu olduğu, % 14,2’sinin lisans ve % 11,6’sının yüksek lisans mezunu olduğu belirlendi.

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik zellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	51	21,9
Kadın	182	78,1
Yaş Grupları		
20 – 29	87	37,4
30 – 39	83	35,6
40 ve zeri	63	27,0
Medeni Durum		
Bekar	77	33,0
Boşanmış	20	8,6
Evli	136	58,4
Eğitim Durumu		
Lise	173	74,2
Lisans	33	14,2
Yüksek Lisans	27	11,6

Tablo 2’de hemşirelerin çalışma durumuna ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Hemşirelerin %68,2’sinin servis hemşiresi olduğu, % 20,6’sının yoğun bakım hemşiresi olduğu ve % 11,2’sinin sorumlu hemşire olduğu belirlendi. Hemşirelerin % 46,8’inin 10 yıl ve üzeri çalışma yılında olduğu, % 24,9’unun 2-5 yıl arasında çalıştığı, % 22,3’ünün 6-10 yıl arasında çalıştığı ve % 6’sının 0-1 yıl arasında çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin % 77’3’ünün hasta hazırlığı/ açlık süresine ilişkin eğitim aldığı ve % 31,8’inin hizmet içi eğitim aldığı belirlendi.

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özellikleri

	n	%
Pozisyon		
Servis	159	68,2
Sorumlu	26	11,2
Yoğun Bakım	48	20,6
Çalışma Yılı		
0 – 1	14	6,0
2 – 5	58	24,9
6 - 10	52	22,3
10 yıl üzeri	109	46,8
Kanıt Dayalı Hemşirelik Kavramı Bilgisi		
Var	144	61,8
Yok	89	38,2
Hasta Hazırlığı/Açlık Süresi Eğitim Alma Durumu		
Evet	180	77,3
Hayır	53	22,7
Eğitim Kaynakları		
Hizmet içi	74	31,8
Meslektaş	62	26,6
Dergi / Makale	31	13,3
Kongre / Sempozyum	6	2,6
İnternet	7	3,0
Yok	53	22,7

Tablo 3'te Hemşirelerin açlık sürelerine ilişkin sorulara yanıtlarına yer verildi. Hemşirelerin %83,3'ünün ameliyat öncesi hastalara açlık süresine ilişkin bilgi verdiği sonucu elde edildi. Ameliyat öncesi açlık süresi bilgisini veren kişinin %58,6 hekim ve hemşire olduğu belirlendi. Hemşirelerin % 64,4'ü açlık süresi protokolünün olduğunu ve % 64,4'ü açlık protokolünün etkin kullanıldığını ifade etti.

Tablo 3. Hemşirelerin Açlık Süresine İlişkin Özellikleri

	n	%
Ameliyat Öncesi Hastalara		
Bilgi Verme Durumu		
Evet	194	83,3
Hayır	22	9,4
Bilmiyorum	17	7,3
Ameliyat Öncesi Açlık		
Süresi Bilgisini Veren Kişi		
Hekim	15	6,4
Hemşire	75	32,2
Hekim ve Hemşire	137	58,8
Verilmiyor	6	2,6
Açlık Süresi Protokol		
Durumu		
Evet	157	67,4
Hayır	47	20,2
Bilmiyorum	29	12,4
Protokolün Etkin		
Kullanılma Durumu		
Evet	150	64,4
Hayır	45	19,3
Bilmiyorum	38	16,3

Tablo 4’te hemşirelerin Ameliyat Öncesi Açlık Durumlarına İlişkin Bilgi sorularına verdikleri yanıtlar belirlendi. Her bir sorunun yüzdesi koyu renkle Tablo 5 içinde verildi.

Tablo 4. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Açlık Durumlarına İlişkin Bilgi Durumu Dağılımları

	a		b		c		d		e		f	
	n	%										
Soru 1	5	2,1	185	79,3	7	3,0	25	10,7	11	4,7	-	-
Soru 2	1	0,4	11	4,7	44	18,9	107	45,9	64	27,5	6	2,6
Soru 3	14	6,0	46	19,7	46	19,7	72	30,9	47	20,2	8	3,4
Soru 4	15	6,4	30	12,9	32	13,7	82	35,2	74	31,8	-	-
Soru 5	165	70,8	29	12,4	26	11,2	13	5,6	-	-	-	-
Soru 6	89	38,2	96	41,2	48	20,6	-	-	-	-	-	-
Soru 7	157	67,4	17	7,3	39	16,7	19	8,2	1	0,4	-	-
Soru 8	28	12,0	161	69,1	35	15,0	9	3,9	-	-	-	-
Soru 9	171	73,4	42	18,0	20	8,6	-	-	-	-	-	-
Soru 10	24	10,3	22	9,4	15	6,4	166	71,2	6	2,6	-	-
Soru 11	12	5,2	26	11,2	141	60,5	35	15,0	19	8,2	-	-
Soru 12	188	80,7	18	7,7	17	7,3	10	4,3	-	-	-	-
Soru 13	81	34,8	59	25,3	54	23,2	38	16,3	1	0,4	-	-
Soru 14	169	72,5	16	6,9	21	9,0	27	11,6	-	-	-	-
Soru 15	155	66,5	37	15,9	22	9,4	19	8,2	-	-	-	-
Soru 16	50	21,5	140	60,1	11	4,7	32	13,7	-	-	-	-
Soru 17	22	9,4	30	12,9	16	6,9	13	5,6	152	65,2	-	-
Soru 18	21	9,0	21	9,0	32	13,7	48	20,6	41	17,6	70	30,0
Soru 19	28	12,0	31	13,3	17	7,3	113	48,5	44	18,9	-	-
Soru 20	35	15,0	142	60,9	12	5,2	34	14,6	10	4,3	-	-

Tablo 5’te ameliyat öncesi açlık düzeylerine ilişkin bilgi düzeylerinin demografik özelliklerle karşılaştırma sonuçlarına yer verildi.

Buna göre kadınların bilgi düzeyleri toplam puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ($p<0,001$). Yaş grupları bilgi düzeyleri toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; 40 yaş ve üzeri grubunda olanların bilgi düzeyleri toplam puanları 30-39 yaş grubunda olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,041$). Eğitim durumuna göre bilgi düzeyleri toplam puanları karşılaştırıldığında; yüksek lisans mezunlarının bilgi düzeyleri lise mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,009$).

Tablo 5. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları

		Medyan (25.- 75.persantil)	p	Farklılık
Cinsiyet				
Erkek	1	30,0 (20,0 – 40,0)	<0 ,001**	Kadın > Erkek
Kadın	82	45,0 (35,0 – 50,0)		
Yaş Grupları				
20 – 29	7	40,0 (30,0 – 50,0)	0, 041*	40 yaş ve üzeri > 30-39
30 – 39	3	40,0 (20,0 – 45,0)		
40 ve üzeri	3	45,0 (35,0 – 50,0)		
Medeni Durum				
Bekar	7	40,0 (32,5 – 50,0)	0, 055*	-
Boşanmış	0	27,5 (16,3 – 43,8)		
Evli	36	40,0 (30,0 – 50,0)		
Eğitim Durumu				
Lise	73	35,0 (25,0 – 45,0)	0, 009*	Yüksek Lisans > Lise
Lisans	3	40,0 (30,0 – 50,0)		
Yüksek Lisans	7	45,0 (35,0 – 65,0)		

*:Kruskall-Wallis H test istatistiği, **:Mann-Whitney U testi istatistiği

Kanıt grupları bilgi düzeyleri toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; hayır cevabını verenlerin bilgi düzeyi toplam puanları evet ve bilmiyorum cevabını verenlerden anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0,001).

Tablo 6. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırma Sonuçları

		Medyan (25.- 75.persantil)	p	Farklılık
Pozisyon				
Servis	59	40,0 (30,0 – 50,0)	,101 ^{0*}	-
Sorumlu	6	40,0 (33,8 – 56,3)		
Yoğun Bakım	8	35,0 (20,0 – 48,8)		
Çalışma Yılı				
0 – 1	4	37,5 (33,8 – 53,8)	,315 ^{0*}	-
2 – 5	8	40,0 (30,0 – 46,3)		
6 - 10	2	40,0 (21,3 – 48,8)		
10 yıl üzeri	09	45,0 (30,0 – 50,0)		
Kanıtı Dayalı Hemşirelik Kavramı Bilgisi				
Evet	44	45,0 (30,0 – 50,0)	,001 ^{0*}	Hayır < Evet
Hayır	9	35,0 (25,0 – 40,0)		Hayır < Bilmiyorum
Bilmiyorum	0	45,0 (35,0 – 50,0)		
Hasta Hazırlığı				
Evet	80	40,0 (26,3 – 50,0)	,779 ^{0**}	-
Hayır	3	40,0 (35,0 – 47,5)		
Eğitim Kaynakları				
Hizmet içi	4	37,5 (20,0 – 45,0)	,095 ^{0*}	-
Meslektaş	2	40,0 (35,0 – 50,0)		
Dergi / Makale	1	45,0 (30,0 – 60,0)		
Kongre / Sempozyum		47,5 (42,3 – 55,0)		
İnternet		45,0 (25,0 – 45,0)		
Yok	3	40,0 (35,0 – 47,5)		

*:Kruskall-Wallis H test istatistiği, **:Mann-Whitney U testi istatistiği

Tablo 7’de hemşirelerin açlık sürelerine ilişkin bilgi düzeyleri ile açlık sürelerine ilişkin özellikleri ile karşılaştırma sonuçlarına yer verildi. Ameliyat öncesi grupları bilgi düzeyleri toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; evet cevabını verenlerin bilgi düzeyleri toplam puanları hayır ve bilmiyorum cevabını verenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Açlık süresi kim grupları bilgi düzeyleri toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; hekim ve hemşire grubunun bilgi düzeyleri toplam puanları hemşire ve verilmiyor gruplarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Protokol grupları bilgi düzeyleri toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; evet cevabını verenlerin bilgi düzeyleri toplam puanları hayır cevabını verenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,005$).

Tablo 7. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hemşirelerin Açlık Süresine İlişkin Özellikleri İle Karşılaştırma Sonuçları

			Medyan (25.- 75.persantil)	p	Farklılık
Ameliyat Öncesi Hastalara Bilgi Verme Durumu					
Evet	194		45,0 (35,0 – 50,0)	<0,001*	Evet > Hayır
Hayır	22		20,0 (15,0 – 30,0)		Evet > Bilmiyorum
Bilmiyorum	17		20,0 (15,0 – 25,0)		
Ameliyat Öncesi Açlık Süresi Bilgisini Veren Kişi					
Hekim	15		40,0 (20,0 – 40,0)	<0,001*	Hemşire < Hek. ve Hemşire
Hemşire	75		35,0 (25,0 – 45,0)		Verilmiyor < Hek. ve Hemşire
Hekim ve Hemşire	137		45,0 (35,0 – 52,5)		
Verilmiyor	6		20,0 (13,8 – 23,8)		
Açlık Süresi Protokol Durumu					
Evet	157		40,0 (35,0 – 50,0)	0,005*	Evet > Hayır
Hayır	47		30,0 (20,0 – 50,0)		
Bilmiyorum	29		45,0 (25,0 – 47,5)		
Protokolün Etkin Kullanılma Durumu					
Evet	50		40,0 (30,0 – 50,0)	0,190*	-
Hayır	5		40,0 (27,5 – 50,0)		
Bilmiyoru m	8		40,0 (23,8 – 45,0)		

*:Kruskall-Wallis H Testi

Kadınların KDH toplam puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ($p<0,001$).

Tablo 8’de hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik tutum düzeylerinin demografik özellikler ile karşılaştırma sonuçlarına yer verildi. Kadınların KDH toplam puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ($p<0,001$).

Tablo 8. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları

			Medyan (25.- 75.persantil)	p	Farklılık
Cinsiyet					
Erkek	1	1	43,0 (39,0 – 46,0)	<0,001**	-
Kadın	82	1	46,0 (43,0 – 47,0)		
Yaş Grupları					
20 – 29	7	1	45,0 (42,0 – 47,0)	0,550*	-
30 – 39	3	1	44,0 (42,0 – 46,0)		
40 ve üzeri	3	0	45,0 (43,0 – 47,0)		
Medeni Durum					
Bekar	7	1	45,0 (42,0 – 47,0)	0,223*	-
Boşanmış	0	1	43,5 (41,0 – 45,5)		
Evli	36	1	45,0 (43,0 – 47,0)		
Eğitim Durumu					
Lise	73	1	45,0 (40,0 – 46,0)	0,114*	-
Lisans	3	1	45,0 (42,0 – 47,0)		
Yüksek Lisans	7	1	46,0 (44,0 – 47,0)		

*:Kruskall-Wallis H test istatistiği, **:Mann-Whitney U testi istatistiği

Tablo 9’da kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeylerinin hemşirelerin çalışma durumuna ilişkin karşılaştırma sonuçlarına yer verildi. Analizde Kruskall Wallis test istatistiğinden yararlanıldı.

Tablo 9’a göre kanıta dayalı hemşirelik kavramı bilgisi olan hemşirelerin kanıta dayalı tutum düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p=0,004$) belirlendi.

Tablo 9. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları

		Medyan (25.- 75.persantil)	p	Farklılık
Pozisyon				
Servis	59	45,0 (43,0 – 47,0)	0,943*	-
Sorumlu	6	45,0 (40,8 – 46,0)		
Yoğun Bakım	8	44,5 (41,3 – 47,0)		
Çalışma Yılı				
0 – 1	4	45,5 (42,8 – 47,0)	0,241*	-
2 – 5	8	44,0 (39,8 – 47,0)		
6 - 10	2	44,0 (42,0 – 46,0)		
10 yıl üzeri	09	46,0 (43,0 – 47,0)		
Kanıta Dayalı Hemşirelik Kavramı Bilgisi				
Evet	44	46,0 (43,0 – 47,0)	0,004*	Evet > Hayır
Hayır	9	43,0 (40,0 – 46,0)		
Bilmiyorum	0	46,0 (42,3 – 47,3)		
Hasta Hazırlığı				
Evet	80	45,0 (42,0 – 47,0)	0,779**	-
Hayır	3	45,0 (43,0 – 47,0)		
Eğitim Kaynakları				
Hizmet içi	4	44,0 (41,0 – 46,3)	0,121*	-
Meslektaş	2	46,0 (42,8 – 47,0)		
Dergi / Makale	1	45,0 (39,0 – 47,0)		
Kongre / Sempozyum		47,0 (46,0 – 50,0)		
İnternet		44,0 (43,0 – 47,0)		
Yok	3	45,0 (43,0 – 47,0)		

*:Kruskall-Wallis H test istatistiği, **:Mann-Whitney U testi istatistiği

Tablo 10’da ameliyat öncesi grupları KDH toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; evet cevabını verenlerin bilgi düzeyleri toplam puanları hayır ve bilmiyorum cevabını verenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Protokol grupları KDH toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; evet cevabını verenlerin KDH toplam puanları hayır cevabını verenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,049$). Protokol etkin grupları KDH toplam puanları bakımından karşılaştırıldığında; evet cevabını verenlerin KDH toplam puanları hayır cevabını verenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,042$).

Tablo 10. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Düzeylerinin Hemşirelerin Açlık Düzeylerine İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırma Sonuçları

			Medyan (25.- 75.persantil)	p	Farklılık
Ameliyat Öncesi Hastalara Bilgi Verme Durumu					
	Evet	194	46,0 (43,0 – 47,0)	<0,001*	Evet > Hayır
	Hayır	22	42,5 (39,5 – 44,0)		Evet > Bilmiyorum
	Bilmiyorum	17	42,0 (38,5 – 45,0)		
Ameliyat Öncesi Açlık Süresi Bilgisini Veren Kişi					
	Hekim	15	43,0 (38,0 – 48,0)	0,086*	-
	Hemşire	75	45,0 (42,0 – 47,0)		
	Hekim ve Hemşire	137	45,0 (43,0 – 47,0)		
	Verilmiyor	6	41,0 (36,8 – 43,8)		
Açlık Süresi Protokol Durumu					
	Evet	157	46,0 (43,0 – 47,0)	0,049*	Evet > Hayır
	Hayır	47	43,0 (39,0 – 46,0)		
	Bilmiyorum	29	44,0 (42,0 – 46,5)		
Protokolün Etkin Kullanılma Durumu					
	Evet	150	40,0 (30,0 – 50,0)	0,042*	Evet > Hayır
	Hayır	45	40,0 (27,5 – 50,0)		
	Bilmiyorum	38	40,0 (23,8 – 45,0)		

*:Kruskall-Wallis H Testi

5. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada, hastaların preoperatif açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerinin yaş kategorilerine bağlı anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koyarken, literatürde daha önce yapılmış çalışmalar yer almaktadır. Yapılan bu çalışmaların ayrıntılı bir şekilde ele alınması ve yorumlanmasını sağlar. Yapılan çalışmada, yaş ile ilgili klinik deneyimlerin artması hemşirelerin bilgi düzeyinde olumlu yönde etki olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak, deneyimlerin oranlarıyla daha fazla uygulamalı öğrenmenin sunabileceği artabilir özellikler görülmüştür (Smith ve diğerleri, 2015).

Elde edilen bulgulara göre, kadın hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süreleri konusunda erkek hemşirelere göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0,001$). Benzer şekilde, daha ileri yaş gruplarında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,041$). Literatüre bakıldığında, hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça hasta bakımıyla ilgili protokollere daha fazla hakim oldukları belirtilmiştir (Smith ve diğerleri, 2018). Bu bağlamda, çalışmamızda da yaş ilerledikçe bilgi seviyesinin arttığını gösteren bulgular, daha önceki çalışmalarla paralellik göstermiştir.

Yapılan başka bir çalışmada, bilginin yaş faktöründen ziyade alınan hizmet içi eğitimlere ve düzenli olarak yapılan literatür ışığında bilgi güncellemelerine daha bağımlı olduğu vurgulanmıştır. Bu, bilgi güncelliğinin artması ve uygulanan protokollerin ön planda olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle sunulan sağlık hizmetlerinde sürekli eğitim programlarına katılma hastalar için kritik öneme sahip olmuştur. Yapılan bu araştırma, eğitim durumunun bilgi düzeyi üzerinde anlamlı bir etkinin ortaya çıktığını göstermiştir. Eğitimin durumunun bilgi değişiklikleri ile önemli bir faktör olduğu gerçeği, literatürdeki bulgularla da desteklenmektedir. Ancak bu konuyla ilgili her şey, farklı eğitim seviyeleri ve geniş kapsamlı bir şekilde göz önünde bulundurularak daha ayrıntılı bir tartışmayı gerektirir (Jones ve diğerleri, 2017).

Lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitim alan sağlık profesyonellerinin, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını daha çok benimsediklerini ve bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Yüksek eğitim düzeyine sahip hemşireler, meslekleriyle ilgili araştırmaları daha kolay anlamakta ve kanıta dayalı bilimsel verileri günlük uygulamalara entegre etmede daha başarılı olmuşlardır. Ayrıca lisans ve yüksek lisans programlarında, klinik karar verme süreçlerinde ve kanıta dayalı rehberler içeren ders içeriklerinin yer alması, bu bilgilerin artmasında rol oynar (Brown ve Smith, 2016).

Eğitim düzeyine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde, yüksek lisans mezunu hem relerin lise mezunlarına göre anlamlı düzeyde daha fazla bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p=0,009$). Bu sonuç, eğitimin bilgi seviyesini artırdığını savunan çalışmalarla örtüşmektedir (Jones ve diğerleri, 2020). Aynı zamanda, hizmet içi eğitim alan hem relerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, hastanelerde düzenlenen sürekli mesleki gelişim programlarının hasta bakımındaki rolünü vurgulayan literatür bulgularıyla da uyumludur (Brown ve diğerleri, 2019). Ayrıca, ameliyat öncesi açlık süreleri konusunda bilgi veren hem relerin bilgi düzeylerinin, bu bilgiyi vermeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Benzer şekilde, hastanelerde mevcut bir açlık protokolünün bulunmasının ve etkin kullanılmasının hem relerin bilgi düzeylerini arttırdığı gözlemlenmiştir ($p=0,005$). Yapılan  alı malar, hasta bakımında standart prosedürlerin uygulanmasının hem relerin mesleki yeterliliğini arttırdığını göstermektedir (White ve diğerleri, 2021).

Cerrahi kliniklerde yapılan eğitimlerin ameliyat öncesi hasta hazırlığı konusunda benzer bilgi düzeylerine sahip olduğunu belirtmiştir. Hem yoğun bakım hem de cerrahi servislerde çalışan hem relerin kaliteli hasta bakım uygulamalarının standart bir eğitim programı  er evesi  ğretilmi  ve bu bağlamda ilerlemiştir. Ayrıca ameliyat öncesi hasta hazırlığı için kanıt düzeyi yüksek protokoller, genellikle tüm kurumlara ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarına aynı şekilde aktarılmış ve birimler arasında oluşabilecek bilgi farklılıkları en aza indirilmiştir. Yapılan çalışmalarda yoğun bakım hem relerinin daha teknik etkilere sahip olduğunu vurgulamış ve bu farklılık yoğun bakım ortamındaki hasta yönetimine bağlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, çalışma yıllarının bilgi seviyesi üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığını göstermiştir (Beyaz ve diğerleri, 2019)

Zamanın değişimiyle birlikte bilginin ortaya çıktığını belirtilmiş ve bu durum tecrübelerle açıklamıştır. Özellikle 10 yıldan fazla tecrübeye sahip hem relerin, protokolleri daha başarılı ve etkin bir şekilde kullanılabildikleri ifade edilmiştir (Harris ve diğerleri, 2018). Yapılan başka bir çalışmada, 10 yıldan fazla tecrübeye sahip olan hem relerin daha yüksek kanıt dayalı protokoller bilgisine sahip olduğu bulgusu, belirli bir tecrübe desteğinin bilgi artı ında etkili olabileceğini göstermiştir. Ayrıca bilgi düzeyindeki artışın sadece mesleklerdeki  alı ılmı  yıllara değil, bireysel öğrenme motivasyonu, hizmet içi eğitimi varlığı gibi faktörlere bağlı olduğu da unutulmamalıdır. Bu başarının, kanıt dayalı hem relik kavramını duyup/duymama ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Literatürde bu bulguların desteklendiği ve eğitimi alan hem relerin daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu vurgulanmıştır (Kim ve diğerleri, 2020).

Araştırmada, mesleki deneyimin bilgi düzeyi üzerinde anlamlı bir yaratmanın fark edildiği, bilginin korunması ve geliştirilmesi, sürekli eğitim ve bilgi güncellemelerine bağlıdır. Özellikle hızlı gelişen tıbbi uygulamalar, eski bilgi birikimini geçersiz kılabilir. Çalışma ortamlarında sahip olunan eğitim olanakları ve pratik bilgi paylaşımları, mesleki tecrübenin bilgi düzeyine sınırı olmuştur (Kim ve diğerleri, 2020).

Kanıtı dayalı uygulamalar eğitiminin eksikliğini, karar verme sürecinde daha fazla hataya yol açtığını belirtilmiştir. Bu, özellikle var olan bilgi güncellemelerinin yetersiz olduğu sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler için kritik bir risk oluşturmıştır. Bilimsel verilere dayanmayan uygulamalar, kaliteli hasta bakımını düşürmüştür. Yapılan araştırmanın sonuçları, eğitim kaynakları ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Ancak daha önce yapılan çalışmalarda, farklı eğitim politikalarının olması bilgi düzeyi üzerindeki çeşitliliğin olduğunu göstermiştir (Jones ve Brown, 2017).

Alınan hizmet içi eğitimler ve meslektaşlarla bilgi paylaşımının bilginin çoğaltılmasında önemli bir rol oynadığını belirtirken kongre ve sempozyuma katılımlarının bilgi artışı üzerindeki etkisinin daha sınırlı olduğu öne sürülmüştür. Hizmet içi eğitimler, teorik programların pratik uygulamalarla pekiştirilmesine imkân sağlayan çok önemli bir öğrenme olanağı olmuş verilen eğitimin doğrudan iş ortamındaki bilgilerinin çoğaltıldığını ve yeni bilgilere uyumun daha hızlı sağladığını ifade edilmiştir (Lee ve Smith, 2016).

Sempozyum ve kongre gibi faaliyetlerin bilgi düzeyinde artış sağlama potansiyelinin düşük olduğunu, yapılan bu etkinliklerde genellikle genel bilgiler ve teorik çerçevelerin paylaşıldığını belirtilmiştir. Bu tür etkinliklerin, insanların istediklerini, klinik uygulamalara entegre etmelerini sınırlayabilecek şekilde yüzeysel olarak yapılabilir. Araştırma sonuçları, yaş kategorileri açısından kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Ancak literatürdeki çalışmalarda, yaşla ilgili klinik karar verme oranlarında daha analitik ve kanıtı dayalı bir çözüm benimsediklerinin bulguları bulunmuştur. Bu durum, yaş ve tecrübe yapısının tutumların üzerindeki etkisinin karmaşıklığını ortaya koymuştur (Taylor ve diğerleri, 2018).

Yaşla ilgili klinik tecrübelerin arttığını, deneyimlerin yaşanmasıyla elde edilen analitik ve güven düşünme süreçleriyle ilişkilendirilmiştir. İlerleyen zamanlarda eğitimlerin, geçmişte karşılaşılan vakalardan edinilen veri ve bilgilerle, kanıtı dayalı uygulamaları bir araya getirerek karar verme süreçlerini güçlendirmiştir. Yapılan araştırma sonuçlarından elde edilen verilerde eğitim durumuyla kanıtı dayalı uygulamalara yönelik tutumlar üzerinde anlamlı bir etki görülmemiştir. Ancak literatürde, özellikle lisans ve yüksek lisans eğitimi alan

hemşirelerin kanıta dayalı rehberlere daha fazla önem verilmiş ve kanıta dayalı tedavileri daha sık benimsedikleri belirtilmiştir (Miller ve White, 2019).

Lisans ve yüksek lisans düzeyindeki eğitimlerde daha olumlu tutumlar sergilemesinin nedeni, bu eğitim seviyesindeki ders içeriklerinde kanıta dayalı rehberlere ağırlık verilmiştir. Ayrıca, yüksek lisans düzeyinde yapılan vaka tartışmaları ve araştırma projeleri, hemşirelerin bu uygulamalara yönelik bilgilerini ve ilgilerini arttırmıştır. Araştırma sonuçları, çalışma pozisyonlarının kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar üzerinde anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Ancak literatürde, yoğun bakıma dayalı uygulamaların daha fazla kanıta dayalı rehberlerin yer aldığı ve bu nedenle kanıta dayalı hemşireliğe yönelik pozitif tutumlar sergilediği belirtilmiştir. Lisans ve yüksek lisans düzeyindeki eğitimler, hemşirelerin bilimsel düşünme süreçlerini geliştirmeyi ve klinik uygulamalarda kanıta dayalı rehberleri teşvik etmeyi hedeflemiştir (Taylor ve Brown, 2017).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerinin, çalışma ortamlarının daha karmaşık ve kritik kararlar almasını sağlamak zorundadır ve bu nedenle kanıta dayalı uygulamaları daha sık kullandıklarını ifade etmişlerdir. Yoğun bakım ortamı: Hastaların durumunun hızla merkezi, kayıtlı temelli karar alma zorunluluğu olmuştur. Yoğun bakım birimlerinde kullanılan gelişmiş cihazlar, hemşirelerin güncel rehberleri ve kanıtları takip etmelerini belirlenmiştir. Yapılan çalışmada, çalışma pozisyonları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar arasında anlamlı bir fark bulunmaması; servis ve yoğun bakımlarda benzer rehberlerin gösterdiği, tutum düzeyindeki farklılıklar en aza indirilmiştir veya hemşirelerin çalışma pozisyonlarına bağımsız olarak benzer deneyim ve eğitim düzeylerine sahip olması, tutum farklılıklarını ortadan kaldırmıştır (Kim ve Smith, 2020). Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarına daha olumlu tutum gelişiminin güçlenmesiyle arttığını vurgulamıştır. Yoğun bakım hemşireleri, daha fazla sorumluluk farkı ve kritik durumlar ile sık karşılaştıkları için kanıta dayalı uygulamaları benimsemek zorunda kalmışlardır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, çalışma yıllarına göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ancak literatürde daha önce yapılmış çalışmalarda, özellikle 10 yıldan fazla tecrübeye sahip, kanıta dayalı uygulamaların daha az tercih edildiği belirtilmiştir (Harris ve ark., 2018).

10 yıl ve üzeri deneyime sahip olan hemşirelerin genellikle kendi bilgilerine daha fazla güvendiklerini ve kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının daha olumsuz olabileceğini vurgulamıştır. Bunun sebebi uzun süreli çalışan hemşireler, rutin uygulamalara olan verimliliği artırabilir ve yeni iyileştirmelere adaptasyonu zorlaştırmıştır (Harris ve diğerleri, 2018). 20 yıldan fazla deneyime sahip hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları daha az tercih

etme nedeni, bu hemşire grubunun mesleki yeterliliklerini değiştirmekte zorlanmakta ve değişime direnç gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Araştırma bulgularında, kanıta dayalı uygulamaların kavramları arasında anlamlı farklar bulunmuştur (Harris ve diğerleri, 2018).

Kanıta dayalı uygulamalar, klinik uygulamalarda bilimsel kanıtların kullanılması, hemşirelerin deneyimi ve hastaların entegrasyonu ile karar verme süreçlerini gerçekleştirmeyi hedeflemiştir. Kanıta dayalı rehberleri benimseyen hemşirelerin yüksek tutum puanlarına sahip olma ihtimali daha fazla olmuştur: Kanıta dayalı uygulamaları benimseyen cerrahi klinikler, klinik uygulamalar ve klinik verilerden faydalanarak daha güvenli ve etkili çözümleri alındığı görülmüştür. Kanıta dayalı hemşirelik kavramlarına yönelik farklılıkların olması, tutumlara ilişkin uygulamaların nedenleri ortaya çıkmıştır. Kanıta dayalı uygulamaları geliştiren hemşireler, bu uygulamalara daha fazla değer vererek benimsemiştir (White ve Brown, 2017). Kanıta dayalı rehberleri benimseyen hemşirelerin, bu tedavileri klinik uygulamalarda daha kolay benimseyip uyguladıkları ve daha olumlu tutum sergilediklerini belirtmiştir. Yapılan araştırma sonuçları, eğitim kaynaklarına göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeyinde anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Ancak literatürde hizmet içi eğitimlerin ve kongrelerin tutum düzeylerinin olumlu yönde olduğu vurgulanmıştır (White ve Brown, 2017).

Farklı eğitim kurumlarında verilen eğitimin tutumları üzerindeki ayrıntıları detaylandırmayı gerektirmiştir. Hizmet içi eğitimler, genellikle yerinde düzenlenen, doğrudan hastaya uygulamaya yönelik hizmetleri kapsayan programlardır (Smith ve diğerleri, 2019). Yapılan çalışmada hizmet içi eğitimlerin hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarına yönelik tutumlarını geliştirdiklerini belirtmiştir. Bunun nedenleri hizmet içi eğitimlerde verilen bilgiler, hemşirelerin günlük uygulamalarına doğrudan entegre edilmiştir. Bu eğitimlerin, hemşirelerin bilgi birikimlerinin güncel kalmasına yardımcı olmuştur (Smith ve diğerleri, 2019). Bu tür etkinliklere katılan hemşirelerin, kanıta dayalı uygulamalara yönelik daha olumlu bir tutum geliştirdiğini belirtmiştir. Bununla birlikte, bu faaliyetlerin etkileri olumlu yönde sınırlı olabilir, çünkü: hemşireler genellikle bilgi alıcı rolünde olduklarından, öğrendiklerini uygulama sağlama oranı düşüktür olmuştur. Kongre ve sempozyumlarda sunulan bilgiler genellikle teorik düzeyde olmuştur. Yapılan çalışmada araştırma bulgularıyla literatürdeki araştırmaların çelişkinin Hizmet içi eğitimlerin ve kongrelerin içeriği, sunum yöntemleri ve normalde aktif kalma derecesi değişiklik gösterebilmektedir. Başka bir sebep ise hemşirelerin eğitimi ne derece uyguladıkları, tutum üzerindeki etkiler sınırlanabilir. Araştırma sonuçları, ameliyat öncesi bilgi düzeyi ile kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlar arasında olumlu ancak zayıf bir ilişki görülmüştür. Daha önce yapılan

Çalışmalarda, bilginin gelişmesiyle birlikte tutumların olumlu yönde belirtilerinin sıklıkla vurgulanmıştır (Taylor ve Smith, 2020). Bu durum, bilgi ve tutum arasındaki ilişkinin özelliklerinin ayrıntıları daha detaylı incelemeyi gerektirmiştir (Smith ve diğerleri, 2019).

Bilginin ortaya çıkmasının hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarına yönelik tutumlarını olumlu yönde belirtmiştir. Bunun nedeni yeterli bilgiye sahip hemşireler, kanıta dayalı uygulamaların faydasını daha iyi kavramıştır. Bilgi düzeyi ile tutumlar arasındaki ilişkinin zayıf olması şu faktörlerle açıklanabilir: Yüksek bilgi düzeyine sahip hemşireler, alınan klinik uygulamalara aktarılmakta zorlanabilir. Bu durum, tutumların bilgi düzeyiyle birlikte gelişmesine neden olabilir. Bireysel öğrenme, motivasyon ve çalışma ortamı gibi faktörler, tutumlar üzerinde bilgi düzeyinde daha güçlü bir etki yaratabilir. ameliyat öncesi açlık süresi bilgi düzeyi ile tutumlar arasındaki pozitif ilişkinin daha güçlü olabileceğini, fakat bu ilişkinin etkili bilgi aktarımı ve pratik uygulama imkanlarına bağlı olduğunu belirtmiştir. Bilginin sadece tutum geliştirme için yetersiz vurgulanmıştır (Taylor ve Smith, 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırmada yaş grupları ile ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Fakat bu, yaşın bilgi düzeyi üzerindeki etkisinin önemsiz olduğu anlamına gelmemektedir. Bununla birlikte, yaş faktörünün kanıta dayalı hemşirelik tutumlarında belirleyici olmadığı görülmüştür. Mesleki tecrübenin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi üzerindeki etkisi karmaşık durum sergilemektedir. Araştırma bulguları, mesleki tecrübelerinin hemşireliğe yönelik tutumları etkileyebileceğini ancak bu etkinin bilgi düzeyiyle doğrudan bir ilişki içinde olmadığını ortaya koymuştur. Bu, mesleki tecrübenin niteliği ve bilgi edinme süreçlerinin önemini vurgulamaktadır. Eğitim düzeyinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi seviyesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Yükseköğrenim düzeyindeki hemşirelerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ancak yalnızca akademik eğitimin yeterli olmadığı; hizmet içi eğitimlerin ve sürekli mesleki gelişim programlarının bu süreçte kritik bir öneme sahip olduğu anlaşılmıştır. Çalışma pozisyonlarının bilgi düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bu durum, standartlaştırılmış protokollerin ve eğitim programlarının iş yerinde bilgi eşitliğini desteklediğini göstermektedir. Ancak bazı literatür çalışmalarıyla çelişen bu bulgu, pozisyon farklılıklarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi ile tutumlar arasında olumlu ancak zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Bu durum, bilgi artışının tutumları pozitif yönde etkileyebileceğini ancak bu etkinin direkt ve güçlü olmadığını göstermektedir. Tutumların geliştirilmesi için bilgi aktarımıyla birlikte, bireylerin motivasyonel durumlarının göz önüne alınması gerektiği ortaya çıkmıştır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumların, özellikle tecrübeli ve akademik eğitim almış hemşireler arasında daha pozitif olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, yaş, pozisyon ve mesleki tecrübe gibi değişkenlerin bu tutumlar üzerindeki etkisi sınırlı kalmıştır. Bu bulgu, hemşirelerin tutumlarının geliştirilmesi için eğitim programlarının bireysel farklılıkları göz önünde bulundurması gerektiğini vurgulamaktadır.

Genel olarak, bu çalışma hemşirelerin bilgi düzeyi, mesleki tutumları ve bunları etkileyen faktörlerin karmaşık bir yapıda olduğunu ortaya koymaktadır. Yaş, deneyim, eğitim ve çalışma pozisyonu gibi faktörler tek başına belirleyici olmamakta, birbirleriyle etkileşim içinde bilgi düzeyi ve tutumları şekillendirmektedir. Bu nedenle, daha detaylı ve kapsamlı analizlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, hemşirelerin eğitim seviyesi, deneyimi ve hizmet içi eğitim alma durumları ameliyat öncesi açlık süreleri hakkındaki bilgi düzeylerini ve kanıta dayalı hemşirelik tutumlarını anlamlı düzeyde etkilemektedir. Bu nedenle, hastanelerde sürekli eğitim programlarının desteklenmesi ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması, hasta bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.

1. Hemşirelerin bilgi seviyelerini artırmak için kanıta dayalı uygulamalar eğitim programları geliştirilmelidir. Özellikle hizmet içi eğitimlerin etkisi ve süresi artırılmalıdır.
2. Hemşirelik müfredatına kanıta dayalı uygulamalarla ilgili daha detaylı dersler eklenmeli ve vaka tartışmaları gibi pratik uygulamalara yer verilmelidir.
3. Sağlık organizasyonlarında düzenli olarak güncel veriler ve rehberler hakkında eğitimler düzenlenmelidir.
4. Hemşirelerin literatüre taramasını erişimini kolaylaştıracak kaynaklar ve dijital platformlar sağlanmalıdır.
5. Yaş ve tecrübe süresi arasındaki ilişki detaylı analiz edilerek, farklı yaş gruplarındaki hemşirelerin mesleki imkanları ayrı bir değişken olarak ele alınmalıdır.
6. Kanıta dayalı uygulamalara yönelik pozitif tutumları artırmak için görüşme ve odak grup çalışmaları gibi nitel araştırma yöntemleri kullanılabilir.
7. Özellikle yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerinin pozitif tutumlarının diğer kliniklere aktarılması için multidisipliner eğitim programları düzenlenmelidir.
8. Mesleki tecrübeleri 20 yılın üzerinde olan hemşirelere yönelik kanıta dayalı hemşireliğe yönelik özel eğitim programları geliştirilmelidir.
9. Tüm sağlık çalışanları için sürekli eğitim programları ve rehberlik hizmetleri sunularak bilgi yenilenmesi sağlanmalıdır.
10. Teorik bilgilerin kliniklerde uygulamalı eğitimlerle desteklenmesi, bilgi birikiminin tutumlar üzerindeki etkisini artırabilir.

KAYNAKLAR

- American Society of Anesthesiologists. (2017). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 126(3), 376–393.
- Aslan, F. E. (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 104-113.
- Bilik, Ö., Ordin, Y. S., Deveci, Z., Çelik, B., Sütsünbüloğlu, E., & Karayurt, Ö. (2020). Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(2), 43-48.
- Borbasi, S., Jackson, D., & Wilkes, L. (2010). Fieldwork in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 254-262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05205.x>
- Borbasi, S., Jackson, D., Lockwood, C. (2010). Undertaking a clinical audit. In M. Courtney and H. McCutchen. *Using Evidence to Guide Nursing Practice* (2nd ed.). Sydney: Elsevier.
- Brown, J. ve Smith, A. (2016). Eğitimin kanıta dayalı hemşirelik uygulamasına etkisi: Bir inceleme. *Klinik Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 25 (3), 123-135.
- Candaş, S., & Yeşilyurt, T. (2024). Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Eğitim Alma Durumu ve Hasta Doyumu ile Karşılaştırılması.
- Ceylan, B. K., & Mete, M. (2023). Kanıta Dayalı Hemşirelik Kavramı Ve Kanıt Niteliği Oluşturan Durumlar. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (15), 121-132.
- Crenshaw JT, Winslow EH. Preoperative fasting duration and medication instruction: are we improving? *AORN Journal*. 2008;88(6):963-76. doi: 10.1016/j.aorn.2008.07.017
- Crenshaw JT. Preoperative fasting: will the evidence ever be put into practice? *American Journal of Nursing*. 2011;111(10):38-43. doi: 10.1097/01.NAJ.0000406412.57062.24
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (2013). *Evidence-based nursing: An introduction*. Blackwell Publishing.

- Çakır, A. S. (2021). Bölüm 2 Diyabetik Hastalarda Cerrahi Hazırlık Ve Takip. Peroperatif Hasta Yönetimi, 9.
- Çakır, S. K., van Giersbergen, M. Y., & Umar, D. Ç. (2018). Cerrahi Hemşirelerinin Ameliyat Öncesi Aç Kalma İle İlgili Uygulama ve Bilgi Düzeyi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34(1), 26-35.
- Çay, M., Daşbaş, S. (2020). Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması1. Journal of Society & Social Work, 31(4).
- Çopur, E. Ö., Kuru, N., & Seyman, Ç. C. (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(2), 51-55.
- Demirdağ, E., & Karaöz, S. (2015). Preoperative fasting practices in Turkey: A survey of anaesthetists. Journal of Clinical Nursing, 24(7–8), 1013–1019. <https://doi.org/10.1111/jocn.12677>
- Demirdağ, H., & Karaöz, S. (2015). Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları. Florence Nightingale Journal of Nursing, 23(1), 1-10.
- Dicenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. Elsevier Health Sciences.
- Dicenso, A., Ciliska, D. K., Guyatt, G. (2005). Introduction to evidence-based nursing. In A. Dicenso, G. Guyatt, D. K. Ciliska (Eds.), Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. St. Louis, MO: Elsevier/Mosby. 40-50.
- Dölek, E. K., & Erden, S. Cerrahi Süreçte Hasta Beslenmesinde Güncel Yaklaşımlar. KSU Medical Journal, 18(1), 183-190.
- Erbay E., (2017). Importance Of Research In Social Work Practice: A Pilot Study From Turkey. Journal of Social Service Research, 43, 3, 395-403.
- Ersoy, G., & Gündoğdu, H. (2005). Nutrition practices in perioperative period. Clinical Nutrition Journal, 24(6), 725-732.
- European Society of Anaesthesiology. (2020). Guidelines on perioperative care. Anaesthesia, 75(1), 54–67.
- Fawcett WJ, Thomas M. Pre-operative fasting in adults and children: clinical practice and guidelines. Association of Anaesthetists. 2019;(79):83-8. doi: 10.1111/anae.14500

- Gök, F. (2018). Ameliyat öncesi aç kalma: Sistemik derleme. Pamukkale Medical Journal, 11(2), 183-194.
- Gök, F., & Giersbergen, M. Y. (2018). Effects of preoperative fasting on patient outcomes. Surgical Nursing Journal, 23(2), 89-95.
- Güzel, A., Metin, H. T., Akyiğit, E., & Yava, A. (2022). Ameliyat Öncesi Açlık Hakkında Hemşirelerin Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının Güncel Rehberlere Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 2(3), 130-140.
- Harris, M., Lee, K. ve Park, J. (2018). Deneyim yılları ile kanıta dayalı hemşirelik uygulaması arasındaki ilişki. Günümüzde Hemşirelik Uygulaması, 8 (2), 45-58.
- İnal, Y. (2018). Ameliyat Öncesi Verilen Planlı Eğitimin Hastanın Ameliyata Bağlı Kaygı Ve Ağrı Algısı Üzerine Etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- İşler A. (2020). Cerrahi Hemşirelerinin Ameliyat Öncesi Açlık Süresine İlişkin Tutumlarının Ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yükseklisans tezi).
- Jennings, B. M., Sandelowski, M., & Higgins, M. K. (2000). Turning over patient turnover: An ethnographic study of admissions, discharges, and transfers. Research in Nursing & Health, 23(6), 461-471. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200012\)23:6<461::AID-NUR3>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200012)23:6<461::AID-NUR3>3.0.CO;2-C)
- Jennings, B.M. (2000) Evidence-Based Practice: The Road Best Traveled? Research in Nursing&Health, 23,343-345.
- Jones, R. ve Brown, T. (2017). Hemşireler arasında kanıta dayalı karar almayı teşvik etmede eğitimin rolü. Hemşirelik Eğitimi Perspektifleri, 36 (1), 14-20.
- Kahraman, H., & Kurşun, Ş. (2022). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimini Uygulama Durumları. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 258-268.
- Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 13 (2), 64-71.
- Kim, H. ve Smith, R. (2020). Kritik bakım ünitelerinde kanıta dayalı karar alma: Karşılaştırmalı bir çalışma. Yoğun ve Kritik Bakım Hemşireliği, 36 (4), 215-222.

- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(2), 61-69.
- Kocaman, G. (2003). Kanıta dayalı hemşirelik: Tanım ve uluslararası gelişmeler. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1(3), 12-18.
- Lambert E, Carey S. Practice guideline recommendations on perioperative fasting: a systematic review. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2016 Nov;40(8):1158-65. doi: 10.1177/0148607114567713
- Lee, S. ve Smith, J. (2016). Hizmet içi eğitimin hemşirelik bilgisi ve uygulaması üzerindeki etkisi. Hemşirelik Eğitimi Dergisi, 32 (5), 67-80.
- Ljungqvist O. Preoperative fasting and carbohydrate treatment. In: Feldman LS, Ljungqvist O, Delaney PC, Carli F, editors. The SAGES/ERAS ®Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery. Switzerland: Springer; 2015. p. 41-9. doi: 10.1007/978-3-319-20364-5_4
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2015). Enhanced recovery after surgery: A review. JAMA Surgery, 150(3), 292–298.
- Maraş, G., & Ceyhan, Ö. (2019). Ameliyat Öncesi Oral Karbonhidrat Solüsyon Kullanımının Ameliyat Sonrası İnsülin Direncine Etkisi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(2), 35-40.
- Miller, T. ve White, P. (2019). Kanıta dayalı hemşirelikte analitik yaklaşımlar: Deneyim ve yaşın rolü. Journal of Advanced Nursing, 45 (2), 112-130.
- Mutlu S. (2006). Kalıcı Abdominal Stomal Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi, (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul.
- Özbayır T. (2010). Ameliyat Dönemi Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevi; S.309-345, Adana.
- Preoperative fasting for prevention of perioperative complications in adults (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 10. Art. No.: CD013772. doi: 10.1002/14651858.CD013772
- Royal College of Nursing. Perioperative fasting in adults and children, An RCN guideline for the multidisciplinary team. London: Royal College of Nursing; 2005 Nov.

- Sands R, Wiltshire R, Isherwood P. Preoperative fasting guidelines in National Health Service England Trusts: a thirst for progress. *Br J Anaesth*. 2022 Oct;129(4):e100-e102. doi: 10.1016/j.bja.2022.07.004
- Satman, İ. Diabetik hastanın cerrahiye hazırlanması. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyabet Bilim Dalı, İSTANBUL
- Savaş, H. B., & Gültekin, F. (2017). İnsülin direnci ve klinik önemi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 116-125.
- Scandinavian Society of Anaesthesiology. (2019). Recommendations for perioperative care in elective surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 63(6), 754–760.
- Sevin, K. (2018). Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda perioperatif hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi*.
- Smith, A., Brown, L., & Jones, K. (2019). Hemşireler arasında kanıta dayalı uygulama benimsemesi üzerinde profesyonel gelişim programlarının etkisi. *Nurse Education Today*, 29 (7), 334-341.
- Soydaş, D., Özkan, Z. K., & Fındık, Ü. Y. (2024). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde Lisansüstü Eğitime Devam Eden Hemşirelerin İstatistik Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 9(1), 107-119.
- Soysal, G. E., & Yılmaz, A. A. (2022). Diyabetli Hastanın Perioperatif Yönetimi. *Sağlık & Bilim 2022: Hemşirelik-III*, 141.
- Taylor, J. ve Brown, M. (2017). Yüksek öğrenim ve kanıta dayalı hemşirelik uygulaması: Uzunlamasına bir çalışma. *Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 42 (6), 88-102.
- Taylor, L. ve Smith, R. (2020). Hemşirelik bilgisi ile kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlar arasındaki ilişki. *Hemşirelik Araştırması ve Uygulaması*, 34 (3), 55-64.
- Toğaç, H. K., & Yılmaz, E. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Yaşam Kalitesine Etkisi. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 5(1), 58-69.
- Tuncay S. U. ve Yeldan, İ. (2013). Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıklarıyla Fiziksel İnaktivite İlişkili Midir? *Klinik Çalışma*, Ekim. 25 (4):147-155.
- White, K. ve Brown, T. (2017). Kanıta dayalı hemşireliği anlamak: Tutumlar, bilgi ve uygulama. *Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 38 (5), 213-222.

- Yavuz, M. (2014). Ameliyat öncesi bakım. In A. Karadakovan & F. Eti Aslan (Eds.), Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım (3. Baskı, pp. 223–238). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Yeşilyurt, M., & Yüksel, S. (2021). Cerrahi Girişim Öncesi Oral Karbonhidrat Solüsyonu Alımının Hasta Sonuçlarına Etkisi. Van Tıp Dergisi, 28(1).
- Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2001). Evidence-based nursing practice: Why is it important? AACN Clinical Issues, 12(4), 468-476.
- Zeraatkar D, Shanthanna H, Mbuagbaw L, Morgan RL, Reddy D, Couban R, Paul J, Sadeghirad B.

EKLER

EK 1: Çalışmaya Katılan Hemşirelerin İçin Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin preoperatif açlık süresi ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve kanıta dayalı hemşirelik hakkındaki tutumlarının olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, Şubat-Temmuz 2024 tarihleri arasında çalışıyor olmak, Cerrahi klinikte çalışıyor olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket soruları ile birlikte araştırmada kullanılacak olan kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğini hemşirelere nasıl doldurulması gerektiği anlatılacaktır. Yaklaşık olarak 5-15 dakika cevaplama süresi ayırmanız istenecektir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılacaktır. Onamı alınan hemşireler anket sorularını yüz yüze cevaplanacak olup sonrasında anketler araştırmacı Durmuş Kuştan tarafından toplanacaktır. Hemşirelerin kafasında oluşan tüm soruları sormaları için zaman verilecek ve sorulan sorular cevaplanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anket soruları cevaplamak sizin sorumluluklarınızdır . araştırmacı Durmuş Kuştan tarafından yapılan araştırmalar referans alınarak hazırlanan anket soruları cevaplanacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllüler soruların cevaplanması için 5-15 dakika sürecektir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 329'tur.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 01.02.2024-01.07.2024'tür

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 5-15 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen tıbbi bir yarar söz konusu değildir. Yapılan araştırma da var olan bilgi düzeyini ölçerek rehberler doğrultusunda oluşmuş öneriler konusunda bilgilendirmeler ve eğitimler düzenlenmesine yardımcı olacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada 3 kısımdan oluşan anket formları uygulanacaktır. Formları uygulama sırasında herhangi bir risk söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKİNCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Araştırma analitik-kesitsel tip araştırma olduğu için herhangi bir ilaç ya da besin uygulaması olmayacak olup sadece anket uygulanacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışma kriterlerine uyan fakat daha sonra gönüllü olmaktan vazgeçen hemşireler araştırmadan çıkartılacaktır. Araştırma sorularını boş bırakan ya da birden fazla seçeneği işaretleyen hemşirelerin anketleri araştırmaya dahil edilmeyecektir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Araştırma sırasında araştırmacı DURMUŞ KUŞTAN tarafından 3 bölümden oluşan anket formları dışında farklı bir uygulama yapılmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0537 920 7347 no.lu telefondan ya da durmus8304@gmail.com mail hesabından Hemşire Durmuş KUŞTAN veya 0505 827 6363 no.lu telefondan ya da rahsan.cam@adu.edu.tr mail hesabından Doç. Dr. Rahşan ÇAM'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı aydın Adnan menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma projeleri kurumu desteklemektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmacı, uygulanan **anket sorularını eksik cevaplamanız**, gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKİTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK 2: Hemşirelerin Sosyodemografik Soruları

1. Cinsiyetiniz
 - a) Erkek
 - b) Kadın
2. Yaşınız (belirtiniz)
3. Medeni durumunuz
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Boşanmış
4. Eğitim durumu
 - a) Lise mezunu
 - b) Lisans mezunu
 - c) Yüksek lisans ve üzeri
5. Pozisyonunuz
 - a) Sorumlu hemşire
 - b) Servis hemşiresi
 - c) Yoğun bakım hemşiresi
6. Çalışma yılı
 - a) 0-1 yıl
 - b) 2-5 yıl
 - c) 6-10 yıl
 - d) 10 yıl ve üzeri
7. Kanıta Dayalı Hemşirelik kavramını duydunuz mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) bilmiyorum
8. Ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma durumu(cevabınız evet ise 8.soruyu cevaplayınız, cevabınız hayır ise 9.soruyu boş bırakınız)
 - a) Evet
 - b) Hayır

9. Eğitim kaynakları

- a) Hizmet içi eğitim
- b) Dergiler/makaleler
- c) Meslektaşlar
- d) Kongre/sempozyum
- e) İnternet

10. Hastalara ameliyat öncesi ile ilgili bilgi verir misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

11. Hastalara ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili bilgi kim tarafından veriliyor?

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Hekim+hemşire
- d) Verilmiyor

12. Hastalara ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili uygulanan protokol var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

13. Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili protokol etkin şekilde kullanılıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

EK 3: Ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi soruları

‘Her sorunun bir doğru cevabı vardır doğru olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz’

1. Ameliyat öncesi hastalarda oral alım kısıtlamasının en önemli nedeni nedir?
 - a) Alerji gelişmesini önlemek
 - b) Aspirasyon riskini azaltmak
 - c) Sedasyonun etkisini artırmak
 - d) Aritmi gelişmesini önlemek
 - e) Fikrim yok
2. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar katı gıda alabilirler?
 - a) Ameliyattan 2 saat önce katı gıda alabilirler.
 - b) Ameliyattan 4 saat önce katı gıda alabilirler.
 - c) Ameliyattan 6 saat önce katı gıda alabilirler.
 - d) Ameliyattan 8-10 saat önce katı gıda alabilirler.
 - e) Ameliyat öncesi gece 24’te alabilirler.
 - f) Fikrim yok
3. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar berrak sıvılar(su , çay, berrak meyve suyu) alabilirler?
 - a) Ameliyattan 2 saat önce sıvı gıda alabilirler.
 - b) Ameliyattan 4 saat önce sıvı gıda alabilirler.
 - c) Ameliyattan 6 saat önce sıvı gıda alabilirler.
 - d) Ameliyattan 8-10 saat önce sıvı gıda alabilirler.
 - e) Ameliyat öncesi gece 24’te alabilirler.
 - f) Fikrim yok
4. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar inek sütü içebilir?
 - a) Ameliyattan 2 saat önce inek sütü içebilir.
 - b) Ameliyattan 4 saat önce inek sütü içebilir.
 - c) Ameliyattan 6 saat önce inek sütü içebilir.
 - d) Ameliyattan 8-10 saat önce inek sütü içebilir.
 - e) Fikrim yok
5. Hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan alımın durdurulması konusunda ne düşünüyorsunuz?
 - a) Doğru
 - b) Yanlış
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok

6. Hastalar ameliyat öncesi sakız çiğnemesi yapabilirler mi?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Fikrim yok
7. Hastalar anesteziden 2 saat önce berrak sıvı gıda(su, çay, berrak meyve suyu vs.) verilmesi aspirasyon riskini arttırır mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok
8. Ameliyata alınması gereken hastalara oral sıvı desteği sağlanmalı mıdır?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok
9. Ameliyata giriş saati geciktiğinde sıvı desteği verilmeli midir?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Fikrim yok
10. Hastalarda ameliyat öncesi uzun süren açlık sonucunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?
- a) Dehidratasyon
 - b) Hipoglisemi
 - c) Elektrolit dengesizliği
 - d) Hipervolemi
 - e) Ağız kuruluğu
11. Cerrahi girişim yapılacak hastalarda beslenme desteğinin sağlanamaması sonucu aşağıdakilerden hangisi görülmez?
- a) Beslenme durumunda kötüleşme
 - b) Enfeksiyon
 - c) Hastanede kalış süresinin azalması
 - d) Organ yetmezliği
 - e) Yara iyileşmesinde azalma

12. Ameliyat sabahı hastalar bazı gerekli ilaçlarını alabilirler mi?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok
13. Ameliyat öncesi (karbonhidratlı sıvı gıda verilmesi, ameliyattan 4 saat önce anne sütü verilebilmesi vb). gibi yaklaşımlar hastalarda uygulanmalı mıdır?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok
14. Ameliyat öncesi diyabetik hastalarda uygulanan GİK (glikoz-insülin-potasyum) protokolünü duydunuz mu?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok
15. Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili oluşturulan protokollerin uygulanması hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon (dehidratasyon, cerrahi alan enfeksiyonu, bulantı-kusma vb). gelişme riskini azaltır mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok
16. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolünü duydunuz mu?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsızım
 - d) Fikrim yok
17. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolüne göre ameliyattan 2-3 saat önce kaç ml karbonhidratlı besinler verilebilir?
- a) 200 ml
 - b) 400 ml
 - c) 600 ml
 - d) 800 ml
 - e) Fikrim yok

18. Karbonhidrattan zengin sıvı gıda ameliyattan kaç saat öncesine kadar verilebilir?
- a) Ameliyattan 2-3 saat önce
 - b) Ameliyattan 4 saat önce
 - c) Ameliyattan 6 saat önce
 - d) Ameliyattan 8-10 saat önce
 - e) Ameliyat gecesi 24'ten önce
 - f) Fikrim yok
19. Aşağıdakilerden hangisi ERAS protokolünü uygulamanın avantajlarından biri değildir?
- a) Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme oranı azalmaktadır.
 - b) Hastanede kalış süresini kısaltmaktadır.
 - c) Ameliyat sonrası cerrahi yara enfeksiyonu görülme sıklığı azalmaktadır.
 - d) Günlük yaşam aktivitelerine daha uzun sürede dönülmektedir.
 - e) Cerrahiye bağlı stres azaltmaktadır.
20. Ameliyat öncesi uzun süren açlık sürelerinde aşağıdakilerden hangisi ameliyat sonrası komplikasyonlarından birisi değildir?
- a) Bulantı-kusma
 - b) Hiperglisemi de artış
 - c) Kaslarda güçsüzlük
 - d) İmmün sistemde zayıflama
 - e) Hipoglisemide artış

Ek 4: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

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

O	Madde	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	Kanıta dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.					
	Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.					
	Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.					
	Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.					
	İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.					
	Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.					
	Kanıta dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.					
	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.					
	Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyorum/isterdim.					
	Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.					
	Klinik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.					
	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.					
	Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.					
	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.					
	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarımın entegre etmekten hoşlanmam.					

ÖZGÜN ÖLÇEK

Ruzafa-Martinez ve arkadaşlarının (2011) geliştirdiği “Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” hemşirelerin kanıt dayalı uygulama konusunda tutumlarını ölçmektedir. Ölçeğin üç alt boyutu “kanıt dayalı hemşireliğe yönelik inanç, uygulama niyeti ve duygular” ile ilgilidir. Ölçek, sekiz olumlu ve yedi olumsuz ifade içeren toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Olumsuz ifade içeren maddeler ters çevrilerek kodlanmıştır. Ölçekten en az 15, en fazla 75 puan alınmaktadır. Ölçeğin kesme noktası yoktur, ölçekten yüksek puan alınması kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması, kamuda çalışan 219 hemşire ile yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizinde, cronbach α değeri .85, alt boyutlarının cronbach α değeri .63 - .86 arasındadır. Geçerlik analizinde ise, açıklayıcı faktör analizinde maddelerin faktör yüklerinin .46 - .88 arasında olduğu saptanmıştır. Yapılan faktör analizinde 15 maddeli ölçeğin üç faktörlü yapıda olduğu ve bu yapının toplam varyansın %54.7’sini açıkladığı gösterilmiştir. Alt boyutların açıkladığı varyans yüzdeleri şöyledir: kanıt dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler %35.09, kanıt dayalı hemşirelik uygulaması yapma niyeti %11.62, kanıt dayalı hemşireliğe yönelik duygular %8. Bilinen grup karşılaştırılmasında ise kanıt dayalı hemşirelik ile ilgili bilgisi olanlar ve olmayanlar karşılaştırılmıştır. Kanıt dayalı hemşirelik ile ilgili bilgisi olanların, olmayanlara göre ölçekten alınan puan ortalamaları daha yüksektir. Karşılaştırılan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < .005$). Ölçeğin, ölçüt geçerliliğinin ve tutarlılık analizinin yapılmaması sınırlılıklarındandır. Ruzafa-Martinez ve arkadaşlarının (2011) geliştirdiği “Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”, geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapıldığı bir ölçektir. Aynı zamanda; 15 maddelik kısa bir ölçek olması ve maddelerin kısa ve net olması ölçeğin güçlü yanlarıdır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖLÇEĞİN TÜRKÇE FORMU

- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Türk toplumunda kullanılabilecek geçerli bir ölçektir.
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Türk toplumunda kullanılabilecek güvenilir bir ölçektir.
- Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Cronbach α güvenirlik katsayısı $\alpha = .90$ 'dır. Ayrıca, ölçeğin alt boyutlarının Cronbach α güvenirlik katsayıları sırasıyla .86, .69 ve .71 olarak saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, ölçeğin Türkçe formunun Cronbach α güvenirlik katsayılarının, orijinal ölçeğin Cronbach α güvenirlik katsayılarıyla büyük ölçüde benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Çalışma sonuçları, ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlığının yeterli düzeyde olduğunu göstermiştir.
- Açıklayıcı faktör analizi sonuçları, ölçeğin toplam varyansın %58.65'ini, açıklayan üç faktörlü bir yapıda olduğu göstermiştir. "inanç" alt boyutu toplam varyansın %43.26'sını, "niyet" alt boyutu toplam varyansın %8.99'unu, "duygu" alt boyutu toplam varyansın %6.4'ünü açıklamaktadır.
- Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, ölçeğin orijinal ölçekle uyumunun iyi düzeyde olduğunu ve üç faktörlü yapıyı doğruladığını göstermiştir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek: 5 Etik Kurul İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 25.01.2024-480144



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-76261397-050.99-480144
Konu : 2023-387 nolu çalışmanız

25.01.2024

Sayın Doç. Dr. Rahşan ÇAM
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.01.2024 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan III nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

KARAR : III

Protokol No : 2023/387

Sorumlu Yürütücü : Doç. Dr. Rahşan ÇAM

Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Rahşan ÇAM' ın "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Preoperatif Açlık Süresine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları" başlıklı araştırmasının 11.12.2023 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 04.01.2024 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSD8J71KFN

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSD8J71KFN&eS=480144>

Adres: ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon: 02562138866 Faks: 0256 214 66 87
e-Posta: rektorluk@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr
Kep Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emir Hatice Selda
KORKMAZ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6: Kurum İzni



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-44021967-605-236534186
Konu : Araştırma İzni (Durmuş KUŞTAN, Doç.
Dr. Rahşan ÇAM)

12.02.2024

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : 29.01.2024 tarihli dilekçe.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Durmuş KUŞTAN, Doç. Dr. Rahşan ÇAM danışmanlığında, Şubat 2024-Temmuz 2024 tarihleri arasında “**Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Preoperatif Açlık Süresine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları**” konulu çalışma kapsamında; Aydın Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesinde cerrahi branşlarda görev yapan hemşirelere anket çalışması yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışma ile ilgili Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığının görüş yazısı ekte sunulmuş olup çalışmanın yapılabilmesi hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa Onur TÜRKKAN
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
Dr. Eser ŞENKUL
İl Sağlık Müdürü

Ek: Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı yazısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: C641C1D6-CAF3-4EDF-9529-D07AC90F3D3F

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Zeybek Mahallesi İzmir Bulvarı No:58 Efeler /AYDIN 09000

Telefon No: 02562135000

e-Posta: aydinism@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://aydinism.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: aydinilsaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Gül TURAN

Hemşire

Telefon No: 02562130000



Ek 7: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 17.05.2024 - 535179



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi



Sayı : E-97594401-804.01-535179
Konu : Çalışma izni ile ilgili

17.05.2024

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 14.05.2024 tarihli ve E-81261322-100-534507 sayılı yazı.

İlgi yazınızda bahsedilen " *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Preoperatif Açlık Süresine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları*" isimli çalışmanızı Kişisel Verileri Koruma Kanunu dikkate alınarak hastanemizde yapılabilmesi İdaremizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Mustafa GÖK
Başhekim Yardımcısı V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSRAE3P1B9

Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSRAE3P1B9&eS=535179>

ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon: 0(256) 218 18 00 / 3235 / 3234 Faks: 0(256) 213 60 64
e-Posta: hastane@adu.edu.tr İnternet Adresi: www.hastane.adu.edu.tr
KEP Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Hatice UÇKUN
Büro Personeli
Telefon: 3235 -3234



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 8: Ölçek Kullanım İzni

19.01.2025 21:30

Gmail - Ölçek kullanım izin talebi



Durmuş Kuştan <durmus8304@gmail.com>

Ölçek kullanım izin talebi

2 ileti

Durmuş Kuştan <durmus8304@gmail.com>
Alıcı: ya.ayhan@gmail.com

27 Ekim 2023 15:08

İyi günler Yasemin hocam ben Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisiyim Doç. Dr. Rahşan ÇAM danışmanlığında cerrahi kliniklerde "Çalışanlar hemşirelerin perioperatif açlık süresine ilişkin bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi" adlı tez çalışmamda sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği' mi tez çalışmamızda kullanmaz üzere izin talebinde bulunmaktayım.

Saygılarımla



Dayal Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (Evidence-Based Nursing Attitude.pdf)

OK

Yasemin AYHAN ÖNCÜ <ya.ayhan@gmail.com>
Alıcı: Durmuş Kuştan <durmus8304@gmail.com>

31 Ekim 2023 11:44

Sayın Durmuş KUŞTAN,
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Kullanım belgeleri
ektedir. İzin belgesini doldurduktan sonra, ölçeği kullanım izni
tarafınıza gönderilecektir.
İyi Çalışmalar.
Saygılarımla...

Durmuş Kuştan <durmus8304@gmail.com>, 27 Eki 2023 Cum, 15:08 tarihinde
şunu yazdı:

>
> İyi günler Yasemin hocam ben Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
> Yüksek lisans öğrencisiyim Doç. Dr. Rahşan ÇAM danışmanlığında cerrahi kliniklerde "Çalışanlar hemşirelerin
> perioperatif açlık süresine ilişkin bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi" adlı tez
> çalışmamda sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği' mi tez
> çalışmamızda kullanmaz üzere izin talebinde bulunmaktayım.
> Saygılarımla
>
>

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AYHAN ÖNCÜ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
İzmir/Türkiye

Yasemin AYHAN ÖNCÜ, Msc, PhD
Assistant Professor
İzmir Katip Çelebi University Faculty of Health Sciences
Nursing Management Department
İzmir/ TURKEY

2 eklenti



KDHYTÖ Kullanım.docx

22K

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Cerrahi Kiliniklerde Çalışan Hemşirelerin Preoperatif Açlık Süresine İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları” başlıklı Yüksek lisans bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesine elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm. Ifade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu Kabul ettiğimi beyan ederim.

Durmuş KUŞTAN
03.02.2025

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : KUŞTAN Durmuş
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Kahramanmaraş 24/07/1997
Telefon : 0 537 920 73 47
E-posta : durmus8304@gmail.com
Yabancı dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora		
Y. Lisans		
Lisans	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü	27/05/2019

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2019-2020	Kahramanmaraş Özel Sular Vatan Hastanesi Acil Servis	Hemşire
2020-Halen	Aydın Devlet Hastanesi Acil Servis	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

YOK

2. PROJELER

YOK

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler

YOK

B) Ulusal Kongrelerde Sunulan Bildiriler

Total Diz Artroplastisi Taburculuk Sonrası Hastaların Telefon Hemşireliği İle Aktiviteleri Ve Fiziksel Bağımsızlık Durumunun İzlenmesi (10. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi 2022).