

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI
HEMŞİRELİĞE VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ
KULLANMAYA YÖNELİK TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

Metin BULUT

Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

İSTANBUL, 2020

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI
HEMŞİRELİĞE VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ
KULLANMAYA YÖNELİK TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

Metin BULUT

174003025

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

İSTANBUL, 2020

TEZ ONAY

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Belirtilecek açıklamalar için ayrılan yerlerin yeterli olmaması durumunda formun arka yüzü veya ek bir kâğıt da kullanılabilir.

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİ

Adı ve Soyadı : Metin BULUT Öğrenci No : 174003025
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 18.12.2020
Danışman : Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN Tez Savunma Saati : 16.00

Tez Konusu : "Cerrahi Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	KABUL	
Dr.Öğr.Üyesi Yeliz CİGERCİ (Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi)	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	

ÖZET

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe ve tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini cerrahi alanda çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ölçek maddelerinin 5 katı olacak şekilde 205 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri, hemşire tanıtım formu, Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdelik hesaplamaları, Kruskal Wallis testi, pearson korelasyon analizi, Shapiro-Wilk testi, Dunn-Bonferroni testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının $28,96 \pm 6,10$ yıl, %80'inin kadın, %59'unun bekar, %60'ının lisans mezunu, %54,1'inin ilde büyüdüğü bulundu.

Hemşirelerin ortalama 6.92 ± 6.08 yıldır çalıştığı, % 49,3'ünün cerrahi kliniğinde çalıştığı, %54,1'inin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgiye sahip olduğu, %91,7'sinin bireysel olarak ilgilendiği bir tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi olmadığı, %54,1'inin Kanıta Dayalı Hemşirelik ile ilgili eğitim almadıkları bulundu. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamayı Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği'nden $59,26 \pm 9,52$ puan ve Tamamlayıcı Tedaviyi Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği'nden ise $17,18 \pm 4,95$ puan ve aldıkları bulunmuştur. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamayı Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları puan ve Tamamlayıcı Tedaviyi Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeğinden ve aldıkları puan arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Araştırma sonucunda hemşirelerin tamamlayıcı tedaviyi kullanmaya yönelik tutumlarının orta düzeyde, kanıta dayalı uygulamayı kullanmaya yönelik tutumlarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Araştırmanın farklı değişkenler ile daha fazla örneklem grubunda yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi hemşireleri, Kanıta dayalı uygulamalar, Tamamlayıcı tedaviler, Tutum

ABSTRACT

DETERMINING THE ATTITUDES OF SURGICAL NURSES TOWARD THE EVIDENCE-BASED NURSING AND USING COMPLEMENTARY TREATMENTS

This study was conducted to determine the attitudes of surgical nurses towards evidence-based nursing and the use of complementary treatment.

Nurses who work in the field of surgery created the universe of descriptive and cross-sectional work. The study's sample consisted of 205 nurses, 5 times the scale items. Study data, patient introduction form, attitude scale for using complementary treatments, attitude scale for evidence-based nursing were used. Number-percentage calculations, Kruskal Wallis test, pearson correlation analysis, Shapiro-Wilk test, DunnBonferroni test, Mann-Whitney U test were used to evaluate the data.

Nurses of the %80 in the study were female, average age $28,96 \pm 6,10$ years, 60% graduated from Bachelor's degree, 54,1% grew up in the province and 59% were single. The working time of nurses in the profession varies between 1 and 28 years and the average is $6,92 \pm 6,08$ years. 49,3% of the nurses who are involved in the study work in the clinic, 33,2% in the operating room, 8,8% in intensive care, and 8,8% in other surgical departments. It was indicated that 54,1% of the nurses who are involved in the study had knowledge about complementary and alternative treatment, 91,7% had no complementary and alternative treatment method that they were interested in individually, and 54.1% did not have education about evidence-based nursing. The average score on the nurses' attitude scale to use complementary treatment was $17,18 \pm 4,95$ and the average score on the attitude scale to use Evidence-Based Practice was $59,26 \pm 9,52$. Significant differences statistically weren't found between nurses gender, duration of work in the department, where they grew up, their knowledge about complementary and alternative treatment, and the average score of the attitude scale to use complementary treatment. ($p > 0,05$). A statistically significant difference was found between the age of nurses, the duration of work in the profession, the presence of complementary and alternative treatment method that they are interested in individually, the status of questioning whether their patients use a complementary and alternative treatment method or not, and the average score of the attitude scale to use complementary treatment ($p < 0,05$). A statistically significant difference was found

between the nurses' knowledge of gender, alternative and complementary treatment, their education about evidence-based nursing, and the average score of the attitude scale towards the use of Evidence-Based Practice ($p < 0.05$).

A statistically significant difference wasn't found between nurses' ages, duration of work in the profession, working time in the department, marital status, education status, place where they grew up, the department they work in, the availability of complementary and alternative treatment method they are individually interested in, their education about complementary and alternative treatment and the average score on the attitude scale to use evidence-based practice ($p > 0.05$). A significant association wasn't found between nurses' attitudes towards using complementary treatment and their attitudes towards using evidence-based practice ($p > 0.05$).

Key words: Surgical nurses, Evidence applications, Complementary treatments, Attitude

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu araştırmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten; tezimin her aşamasında benden yardımlarını, desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'a en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmalarım boyunca desteğini hiç esirgemeyen değerli eşime, oğluma ve mesai arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca maddi ve manevi hayatımın her döneminde yanımda olan aileme sonsuz teşekkürler ederim.

METİN BULUT

BEYAN

Bu araştırmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

METİN BULUT



İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.Cerrahi Hemşireliği.....	4
2.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik	6
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler.....	8
2.3.1. Tamamlayıcı Ve Destekleyici Tedavi Tarihçesi.....	11
2.3.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Sınıflandırılması.....	12
2.3.2.1. Alternatif Medikal Sistem Tedavileri	12
2.3.2.1.1. Homeopati	12
2.3.2.1.2. Akupunktur	13
2.3.2.1.3. Ayurveda	13
2.3.2.2. Beden-Zihin Tedavisi	13
2.3.2.2.1. Gevşeme Teknikleri/Meditasyon/Dua	13
2.3.2.2.2. Resim/Müzik/Dans (Sanat) Tedavisi	14
2.3.2.2.3. Hipnoz.....	14
2.3.2.3. Biyolojik Temelli Uygulamalar	14
2.3.2.3.1. Bitkiler	14
2.3.2.3.2. Köpek Balığı Kıkırdağı	15
2.3.2.3.3. Vitaminler	15
2.3.2.4. Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar	16
2.3.2.4.1. Masaj	16

2.3.2.4.2. Akupressur	16
2.3.2.4.3. Hidroterapi/Kaplıca	16
2.3.2.4.4. Refleksoloji.....	17
2.3.2.4.5. Şiropraktik	17
2.3.2.4.6. Osteopati.....	17
2.3.2.5. Enerji Tedavileri.....	18
2.3.2.5.1. Reiki.....	18
2.3.2.5.2. Terapötik Dokunma	18
2.3.2.6. Diğer Yöntemler	18
2.3.2.6.1. Aromaterapi.....	19
2.3.3. Dünya ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilerin Kullanımı	19
2.3.4. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilere Başvurma Nedenleri	19
2.3.5. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilere İlişkin Hemşire ve Hekimlerin Görüş ve Tutumları.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21
4.BULGULAR	24
5.TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR.....	53
EKLER.....	65
ÖZGEÇMİŞ	71

TABLOLAR LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 3. Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilere İlişkin Bilgilerinin Dağılımı	26
Tablo 4. Hemşirelerin Tamamlayıcı Tedaviyi Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar	288

Tablo 5. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar	28
Tablo 6. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre TTKYTÖ Toplam Puanın Karşılaştırılması.....	29
Tablo 7. Hemşirelerin Yaşı ve Mesleki Özellikleri İle TTKYTÖ Toplam Puanının İlişkisi.....	30
Tablo 8. Hemşirelerin Yaşı ve Mesleki Özellikleri İle KDHYTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	3
1 Tablo 9. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre KDHYTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 10. TTKYTÖ ve KDHYTÖ Puanları Arasındaki İlişki	35
Tablo 11. TTKYTÖ Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar.....	36
Tablo 12. KDHYTÖ İnanç Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar	37
Tablo 13. KDHYTÖ Uygulama Niyeti Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar	38
Tablo 14. KDHYTÖ Duygular Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar	39
Tablo 15. KDHYTÖ Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar	40

KISALTMALAR LİSTESİ

ark. : Arkadaşları

ICN : The International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi

KDHYTÖ : Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

KDU : Kanıta Dayalı Uygulama

KDH : Kanıta Dayalı Hemşirelik n

: Sayı

NCCAM : Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi

NIH : Ulusal Sağlık Enstitüsü

SPSS : Statistical Package for Social Science for Windows

THD : Türk Hemşireler Derneği

TTKYTÖ : Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği

% : Yüzde



1. GİRİŞ

Tamamlayıcı tedaviler, bilimsel tıbbın desteklenmesi amacıyla yapılan tedavilerden oluşmaktadır. Bireylerin yaşam kalitesini geliştirebilmek, belirtileri ve kullanılan ilaçların oluşturabileceği yan etkileri en aza indirmek, psikolojik ve fiziksel destekte bulunmak adına uygulanmaktadır. Alternatif tedavi ise, uygulanan bilimsel tıbbi uygulamaların yerine geçebilecek ve etkisinin bilimsel kanıtı olmayan tedavilerdir. İki tanım bir arada ele alındığında tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) ile ilgili bazı ülkelerde yapılan araştırmalarda TAT'ın kullanım sıklığının %7 ile %64 arasında ve ortalama %31.4 olduğu belirtilmektedir (1, 2).

Bireyler sağlık sorunu yaşadıklarında çözüm bulabilmek için çeşitli yollara başvurabilmektedirler. Başvurulan bu çözüm yolları modern tıptan “halk tıbbı” olarak bilinen metotlara farklılık sergilemektedir. Bu durumda yaşanan sağlık problemlerinin çözümü noktasında ve sağlığın korunmasında gelişmiş ülkelerde son yıllarda modern tıp haricindeki uygulamalara başvurma oranında artış görülmektedir (3, 4).

Cerrahi hastaları tamamlayıcı ve destekleyici tedavileri kullanmaya başlamışlardır. Cerrahi hemşirelerinin hastalara güvenli ve etkili yöntemleri kullanma konusunda destek olmaları gerekmekte olup hastaları desteklemek için bu konuda olumlu tutum sergilemesi önemlidir (5). Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi; aromaterapi, masaj, refleksoloji, terapötik dokunma ve akupunktur gibi çeşitli bir çok tedavi yöntemlerini içine almaktadır. Bu tedavi yöntemlerinden bazılarının hemşireliğin temel uygulamaları içinde yer aldığı bilinmektedir. Bazıları ise uygulamadan önce özel eğitim alınmasını gerektirmektedir (6). Genel olarak hastalar, aileleri ve arkadaşları, internet, radyo, televizyon ve/veya dergileri gibi daha az güvenilir bilgi kaynaklarından tamamlayıcı tedaviler hakkında bilgi edinmektedir (7). Elde edilen bilgiler uygun olsa da, hastaların güvenilir bilgi alması önemlidir. Hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanlarının yaptıkları bazı araştırmalardan elde ettikleri kanıtlarına göre, hemşirelerin sağlık ekibinin üyeleri olduğu ve hastalara düzenli olarak bilgi sağladıkları sonucuna ulaşılmıştır (8, 9).

Geride bıraktığımız 40 yıl içinde kanıta dayalı tıp uygulamalarındaki meydana gelen gelişim ile hemşirelikte de paralel gelişimler olmuştur. Yaşanılan bu gelişim hemşirelerin yaptıkları araştırmaların sonuçlarını bakıma aktarmalarını zorunlu hale getirmiştir (10). Bu durum hemşirelik bakımının kanıtlarla temellendirilmesine ve bu da hemşirelik bilimindeki gelişmenin hızlanmasına ve yeni politika ve prosedürlerin kullanılmasına olanak sağlamaktadır (11). Kanıta dayalı uygulama (KDU), hastaların tıbbi bakım ihtiyacı için karar alma süreçlerinde konuyla ilgili yapılan yayımlanmış en güncel yayınlar ve en iyi kanıtların, hastaların iyileşebilmesi ve verilen hizmetin en iyi biçimde planlanabilmesi ve yürütülebilmesi için titizlik içinde kullanılmasını amaçlanmaktadır (12).

Kanıta dayalı uygulamalar ve geleneksel uygulamaların iki temel farkı bulunmaktadır. Bunlar; kanıta dayalı uygulamaların, uygulamanın içindeki açıkların ortaya çıkarmayı amaçlaması ve kanıta dayalı olan sağlık hizmetlerinin, kanıta dayalı uygulamayı uygulayanlara kendilerini bulunan çözümlerin birer parçası olduklarını düşündüren kurallar ve araçlar sağlamasıdır (13).

Yaşadığımız günlerde toplumlarda ki bireylerin yaşlanması, bireylerin kronik hastalıklarının hızla artması neticesinde yüksek maliyetli ilaçlar ve tedavi yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. Kaynak metaryallerinin uygun bir biçimde kullanılabilmesi ve daha çok bireye nitelikli bakım sunulabilmesi için en uygun yaklaşım kanıta dayalı uygulamalardır (14). Bunların yanında kanıta dayalı uygulamaların giderek kazanılan önemin başka başka nedenlerinin olduğu da belirtilmektedir. Bu nedenlerden bazıları; hasta bakımı sırasında yapılan tıbbi hata oranlarında ki artış, hastaların bilgi edinme taleplerindeki artış ve sağlık profesyonellerine karşı duyulan güvendedeki azalmadır. Ayrıca kanıta dayalı uygulamalar, bilgi ve karar verme arasındaki bağları kuvvetlendirerek tanı, tedavi ve bakım süreçlerini bilimselleştirmekte ve profesyonelleştirmektedir (15).

Kanıta dayalı bir uygulama geliştirme, ömür boyu devam edecek olan bir süreçtir, devamlı araştırma ve sürekli eğitim gerektirmektedir. Hemşirelik mesleğinde kanıta dayalı uygulamaların geliştirilebilmesi için bu alandaki edinilen bilgi ve becerilerin daha da arttırılması ve bulunan bilimsel verilere dayalı bakımların uygulanabilmesinin önünde bulunan engellerin ortadan kaldırılması gerekmektedir (16). Kanıta dayalı uygulamaların yapılan araştırmalar sonucunda hemşirelik mesleği alanında daha yaygın bir biçimde

kullanılabilmesi için kanıta dayalı uygulama süreçlerinin hemşirelik mesleği eğitime, yapılan klinik uygulamalara ve akademik araştırmalara uyumlu hale getirilmesi önerilmektedir (17).

Yapılan bir araştırmada hemşirelerin kanıt eksikliği nedeniyle tamamlayıcı tedavileri kullanmadıkları bulunmuştur (18). Bu nedenle bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe ve tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının belirlenmesi planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Hemşireliği

Hemşirelik, insanların temel gereksinimlerinin karşılanması ihtiyacı ile başlamış ve insanlar hastalandığında bakımını sağlayabilmek ve hastaların sağlığını geliştirebilmek için bilimsel bilgiye dayalı olarak hastalara hizmet vermeyi hedefleyen bir sağlık disiplini (19).

Geçmişten günümüze hemşireliğin tanımı çeşitli şekillerde yapılmıştır. The International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) *“Hemşirelik; kişinin, ailenin ve halkın sağlığını korumaya ve iyileştirmeye katkıda bulunan, hastalık durumlarında rehabilite etmeye ve iyileştirmeye katkıda bulunan bir meslek grubudur. Hemşireler sağlık ekibi bünyesinde eğitsel faaliyetleri ve tedaviyi gerçekleştirir ve uygulamaya katılır.”* tanımını yapmıştır (20). Akdemir ve Birol ise Florence Nightingale'in 1858' de hemşireliği şu şekilde; *“Hastayı en iyi şartlara ulaştırmayı hedefleyen, özellikle iyileşme evresinde, destek sağlayıcı çevreyi yaratan, tedavi edici olmayan bir süreç”* tanımladığını belirtmişlerdir (21). Türk Hemşireler Derneği (THD) Eğitim Komisyonu'nun hemşirelik tanımı 1981 yılında yapılmıştır. Türk Hemşireler Derneği hemşireliği; *“Hemşirelik kişinin, toplumun esenlik ve sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme amacına ilişkin, hemşirelik faaliyetlerinin tasarlanması, örgütlenmesi, uygulama sürecine aktarılması, değerlendirilmesi ve söz konusu faaliyetleri gerçekleştirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık alanıdır.”* olarak tanımlamıştır (22).

Hemşirelik bakımı insanlık tarihine kadar uzanan bir uğraştır. Günümüzde de sağlık bakımı önemli bir yere sahiptir ve insanların temel haklarının başında gelmektedir. Sağlık bakımını en iyi şekilde verebilmek için ise bakım verecek olan hemşire ve diğer sağlık personellerinin en iyi şekilde yetiştirilmeleri gerekmektedir (23).

Tarihin ilk yıllarından itibaren hemşirelik, yapılan savaşlardan, dinlerden, devletlerin politikalarından, tıp biliminde yaşanan gelişmelerden ve toplumsal olaylardan etkilenmiştir. İnsanlık tarihi kadar geçmişe uzanan hemşirelik, on dokuzuncu yüzyılın ilk yarısından sonra bir meslek olarak görülmeye başlanmıştır (23,24). Florence Nightingale'in Kırım savaşı gerçekleştiren gösterdiği gayret ve yaptığı hizmetler ile

hemşirelik mesleğinin temelleri atılmıştır (23,25). Hemşirelik eğitiminde örgün eğitim 1859 yılında Londra’da Florance Nightingale hemşirelik okulunun açılması ile başlamış ve 1901 yılında verilen hemşirelik eğitimi üniversite düzeyine çıkmıştır. Türkiye’de ise öncelikle Besim Ömer Paşa, Japonya’da uygulanan kadın hasta bakıcı yetiştirilmesi yöntemini İstanbul’da kullanmaya karar vererek İstanbul’un ileri gelen ailelerinin kızlarını, “Gönüllü Hastabakıcılık Kursu’na davet etmiştir. İlk hemşirelik okulunun 1925 yılında Kızılay Derneği’ne bağlı olarak kurulduğu bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 1960 yılında Sağlık Meslek Liseleri açılmaya başlanmıştır. Üniversite düzeyinde hemşirelik eğitime başlanması bir ihtiyaç olarak değil, uluslararası kurumların katkısı ile olmuştur. Üniversitede hemşirelik eğitime 1955 yılında öncelikle Ege Üniversitesi’nde başlanmıştır. “Hemşirelik Lisans Programı” 1’i Hemşirelik Fakültesi, 21’i Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 3’ü Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, 63’ü Sağlık Yüksekokulu ve 8’i Hemşirelik Yüksekokulu olmak üzere 2011 yılında toplam 96 birimde yer almıştır. Yaygınlaşan hemşirelik programları ile hemşirelerin mevcudu giderek çoğalmış ve bu sayede sağlık kurumlarında insan gücü gereksinimi büyük ölçüde giderilmiştir. Hacettepe Üniversitesi’nde 1968 yılında hemşirelik yüksek lisans eğitime, 1972 yılında ise doktora eğitime başlanmıştır. Yüksek lisans programları, tezli yüksek lisans programı ve tezsiz yüksek lisans programı olarak iki şekilde yürütülebilmektedir. Ülkemiz üniversite seviyesinde temel hemşirelik eğitimi verilen beş Avrupa ülkesinden biri olarak yerini almıştır (26-27).

İlaçla veya başka yöntemlerle sağlığına kavuşturulamayan hastaların ve hastalarda meydana gelen yaralanmaların vücutta meydana getirdiği yapısal bozuklukları insanların fizyolojileri, mümkün olduğunca korunarak ameliyat ile onarılmasına veya hastalıklı organın kesilerek vücuttan uzaklaştırılarak hastanın sağlığına kavuşmasına cerrahi denir (28).

Cerrh “yara” anlamına gelmektedir, cerrahi yara ile ilgilenen bilim demektir ve cerrah ise yara ile uğraşan kişi anlamına gelmektedir (29). Cerrahi hemşireliği; hastanın sağlıklı ve iyi durumunu yeniden kazanabilmesi ve sağlıklı yaşamını devam ettirebilmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin ortaya konularak hemşirelik faaliyetlerinin uygulandığı ve hastalığına göre her kişiye ayrı bakımın yapıldığı hemşirelik alanıdır (29). Cerrahi hastalıklarda; hastanın iyileşme süreci, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası uygulanan hemşirelik bakımıyla doğrudan alakalıdır (30).

Günümüzde hemşirelik mesleği, teknolojik gelişmeler ile bilimsel araştırmaların getirdiği yenilikleri hemşirelik uygulamalarına dahil ederek, hastalıkları en üst seviyede önlemeyi hedefleyen bir meslek grubu olmayı amaçlamıştır (31). Cerrahi, insanlığın ilk günlerinden itibaren uygulanmaktadır. Hayatta kalabilmek için avlanan ilk insanlar yaralandıkları zaman kanamayı durdurabilmek ve yarayı iyileştirebilmek için yaprakları kullanarak ve değişik otları yaralarına sararak yarayı iyileştirmeye çalışmışlardır. Cilalı Taş Devri'ne ait bulunan delik kafataslarından anlaşılabileceği gibi o dönemde yaşayan insanlar, epilepsili hastaları tedavi etmek için kafataslarında delikler açmışlardır. Tıp tarihinde bilinen ilk yazılı belgelerin (papirus) Eski Mısırlılara ait olduğu bilinmektedir. Bulunan belgelerde cerrahi, tıp, kadın hastalıkları, veterinerlik ve doğum bilgisi ile ilgili birçok bilgiye rastlanmıştır. Milattan önce 460-374 yılları arasında hayatını sürdürmüş olan Hipokrat, eserlerinde yaralar, kırıklar, hemoroid ve ülser ameliyatlarıyla ilgili bilgiler vermiştir ve Hipokrat İlkçağ'ın en büyük hekimi, tıbbın babası ve İlkçağ'ın en büyük cerrahi olarak bilinmektedir. Modern cerrahinin otaya çıkması için ilk adımlar 19. yüzyılın sonlarına doğru atılmıştır. Sağlık koşulları mümkün olduğunca düzeltilerek antisepsi-asepsi ortaya çıkmıştır (31,32).

İlk cerrahi kitabı, 1465 yılında Şerafettin Sabuncuoğlu tarafından (Mücerrebname Cerrahiyeyi İlhaniye) yazılmıştır. Bilimsel düzeyde cerrahi asepsi ve antisepsi dikkate alınarak ameliyatların yapılmaya başlanmasıyla, 1905'te Cemil Topuzlu'nun Paris'ten dönüşü ile başlamaktadır. Cerrahi hastalıkları hemşireliği, 1970 li yıllardan sonra bilimsel düzeyde ana bilim dalları kurmuştur (32).

2.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik

Hemşirelikte araştırma yapmanın amacı, ispata dayalı uygulama için güçlü bir zemin oluşturularak, oluşan bu zemini hemşirelerin en etkin biçimde kullanabilmeleri ve ortaya atılan bilginin hemşirelik araştırmalarına dayanarak oluşturulmasını sağlamaktır (33). Mesleki profesyonellik ve olumlu meslek imajı oluşumunda hemşirelerin uygulamalarını kanıtlara dayandırması oldukça önemlidir (34). Kanıt kullanılmadığında veya ispat kullanımında başarısız bir durumla karşılaşılması halinde kalite açısından daha düşük, daha az etkili ve çok daha pahalı bakım gerçekleşecektir (35). Bu nedenler göz önüne alındığında mesleki olarak hemşirelik kariyeri için uygulamalardaki tüm kararlar, konuyla alakalı erişilebilen en iyi ispata dayalı olması gerekmektedir (36).

Hemşirelerin bilimsel araştırma sürecini başlatmaları 1950’li yıllarda tanımlayıcı araştırmalarda bulunmaları ile olmuştur. Verilen bakımın niteliğini arttırmayı hedefleyen çalışma alanlarına eğilim göstermeleri ise yönelmeleri ise 1980 li yılların başları itibari ile hemşirelik teorilerini kullanmaya başlamaları ile gerçekleşmiştir (37).

Kanıtı dayalı uygulamalarda en iyi kanıt hasta tercihleri, klinik deneyim ve hastanın durumu ile ilişkilendirmeyi hedeflemektedir (38). Hemşirelik bakımında kanıtı dayalı uygulamalara oturtulmasının sebepleri; hemşirelik alanının gelişmesi, en iyi yöntem/politikaların uygulanmasını sağlanması, klinik karar almaya katkıda bulunması, bakım standardının yükseltilmesi ve daha iyi hasta sonuçlarına ulaşılması gibi özellikler dolayısıyla son derece önemlidir (39).

Hemşireler karşılaştıkları sorunları tanılamak, belirlenen kanıtları kullanmak ve yapılan uygulamaları iyileştirmek için diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte iyi bir konumasahiptirler. Bunun yanında yapılan uygulamaları sorgulayabilmeleri için yeterli donanıma ve fırsata sahiptirler (35). Ancak hemşireler araştırmanın önemini bilmelerine rağmen araştırma sonuçlarını uygulamalarına aktaramamaktadırlar (40). Bu da yapılan araştırmaların sonuçlarını okuyabilme, sonuçlarını değerlendirme ve elde edilen sonuçları bakımda kullanma ile ilgili zaman, bilgi ve becerilerinin yeterli olmadığını göstermektedir (41,42). Araştırma kullanımının önündeki engellerin kaldırılması araştırma sonuçlarının uygulamaya yansıtılabilmesi açısından önemli bir yere sahiptir (43).

Kanıtı dayalı uygulamayı kullanma hasta bakımı sırasında; araştırmayı yorumlarken istatistiğe ilişkin bir anlayışa sahip olmayı, araştırma kanıtlarını ortaya koymayı ve yapılan girişimin hastaya etki edip etmediğini değerlendirebilme yetisine sahip olabilmeyi gerektirmektedir (38). Hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarını en doğru ve en kaliteli şekilde karşıyabilmeleri için yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerekmektedir (44,45). Yapılan bir araştırmada KDU becerilerinin geliştirilebilmesi için soru sorma, kanıt arama ve bulunan kanıtın kullanılabilmesi için eğitsel girişimlerin gerekliliği üzerinde durulmaktadır (38,46). Hemşirelerin KDU için gerekli yetkinliğe ulaşmaları gelecekte KDU'yı gerçekleştirebilmeleri için teşvik edici olacağı belirtilmektedir (47). Ancak ülkemizde birçok hemşire KDU ile ilgili çok az bir bilgi ve uygulamayla mezun olmaktadır. Bu sebeple hemşirelik okulu

mezunları girişimlerinde kanıtları kullanma ve değerlendirme becerilerinin gelişmesi için KDU eğitimlerine katılmaları gerekmektedir (48,49).

2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler, hastadan hastaya ve ülkeden ülkeye değişiklikler göstermektedir. Tamamlayıcı tedaviler, konvansiyonel tedaviler ile birlikte, alternatif tedaviler ise konvansiyonel tedavilerin yerine kullanılan sağlık uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (49). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi türlü hastalıkların tedavi edilmesi veya tamamen önlenmesi için yüzyıllardır kullanılan bir yöntemdir. Dünya sağlık örgütü tamamlayıcı tıbbın tanımını; “Söz konusu ülkenin kendi geleneğinin veya anlaşmalı tıbbın bir ögesi olmayan ve kullanılan sağlık modeli kapsamına tam anlamı ile uyum sağlanmamış kapsamlı sağlık hizmetlerini ifade etmektedir” olarak yapmaktadır (50).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi eski Çin ve Ayurvedik Tıp uygulamalarına kadar dayanmaktadır. Bu dönemlerde yaşayan Şamanlar ve toplumda bulunan geleneksel iyileştirici olarak bilinenler, gelişen hastalıkları tedavi edebilmek için bitkisel ilaçlar kullanmışlardır (50). Zaman içinde TAT uygulamalarına yeni uygulamalar eklenmesi ile birlikte uygulamaların etkinliğini ve güvenilirliğini inceleyebilmek için ve bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların konvansiyonel tedavilere eklenmesini sağlamak amacıyla 1998 yılında Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) kurulmuştur (49).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi; Amerika Birleşik Devletleri NCCAM tarafından “*Şimdilik anlaşmalı tıbbın bir unsuru kabul edilmeyen fakat tıbbın farklı dallarında ve sağlık bakım modelinde bulunan ürünler ve uygulama*” şeklinde ifade edilmektedir (51). Alternatif tedaviler NCCAM tarafından belirtilen uygulamalar ve tedavi için kullanılacak ürünlerin konvansiyonel tedavilerin yerini alabilecek şekilde yalnız başına kullanılmasıdır. Tamamlayıcı tedaviler ise söz konusu ürün ve uygulamaların konvansiyonel tedavilerin yerine değil tedavilerle beraber hastalıklara ve tedavilere bağlı hastada ortaya çıkan belirtileri kontrol altına alabilmek için kullanılmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi tanımları çeşitli şekilde tanımlanmalarına rağmen araştırmalarda da bir arada kullanılarak TAT kavramını oluşturmaktadırlar (49,51).

Ortaya koyulan araştırmalarda, özellikle kronik hastalık tanısı bulunan hastaların, tanı konulmadan öncesinde veya sonrasında veya her iki dönemde ağdaş tedavi uygulamaları ile beraber ya da yalnız başına tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanımıyla alakalı doğru bilgi verilmemesi, kullandığını gizleme durumu göz önünde bulundurulduğunda tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerine başvuranların sayısının daha da artabileceği düşünülmektedir (52,53). Genel popülasyon içinde ve özellikle kanser hastalarında tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanımının yaygınlaştığı belirtilmektedir (54). Kanser hastaları dışında romatoid artrit, astım, karaciğer hastalıkları, inflamatuvar barsak hastalıkları böbrek yetmezliği, multiple sklorozis ve yüksek tansiyon gibi kronik rahatsızlıklar, alerjik rahatsızlıklar ağrı kistik fibrozis depresyon yorgunluk ve anksiyete gibi durumlarda da hastaların tamamlayıcı ve destekleyici tedavi uyguladıkları yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur (55-56).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanımları hastalıkların sürecini bazen olumlu bazen de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (57). Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi semptomların giderilmesinde yararlı olabileceği gibi, bilhassa bitkisel olarak kullanılan maddelerin kemoterapi ilaçları ile tepkimeye girerek, türlü komplikasy onların ortaya çıkmasına sebep olabileceği de saptandı (55,57). Kronik böbrek yetmezliği yaşayan kişilerin kullandıkları bitkisel ürünlerin nefrotoksik etkisi ile hastalık seyrinin daha kötü olmasına sebep olduğu belirtilmiştir (58).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi etkileşim sonucu ortaya çıkardığı olumlu veya olumsuz yan etkiler sebebiyle bu yöntemleri kullanmayı tercih eden ve hastalara bu yöntemler hakkında bilgi, tedavi ve bakım hizmeti veren doktor ve hemşirelerin konuya dair düşünce, bilgi ve uygulamadaki yaklaşımlarını hasta güvenliği ve hastalara bütüncül yaklaşımla nitelikli hizmet sunabilmek için büyük öneme sahiptir. Doktor ve hemşireler tamamlayıcı ve destekleyici tedaviyle ilgili resmi anlamda son derece kısıtlı bir eğitim almaktadırlar. Doktor ve hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi konusunda yeterli bilgiye sahip olamamalarına karşın bu konu üzerine gösterdikleri eğilim ve öğrenme arzuları son derece fazladır (59). Bu bağlamda Uzun ve Tan'ın hemşirelik yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerle gerçekleştirdikleri bir araştırmada, öğrencilerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi teknikleriyle alakalı bilgilerinin yeterli olmadığı ve tamamlayıcı ve destekleyici tedavi konularının müfredat programlarında bulunmasını talep ettikleri belirlenmiştir (60). Rampes ve ark. nın tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları araştırmada ise öğrenciler tamamlayıcı ve destekleyici tedavi konusunda

oldukça az bilgiye sahip olduklarını ancak tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile alakalı konulara son derece meraklı olduklarını ifade etmişlerdir (61).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile alakalı bilgi yaklaşım ve pratikleri ile kişisel fikirlerini tespit etmeye ilişkin araştırmalar gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilmiştir. Tamamlayıcı ve destekleyici tedaviye yönelik yaklaşımlara ilişkin gerçekleştirilen araştırmaları, söz konusu tedavi yöntemlerine dair doktor ve hemşirelerin kuşkulu bir yaklaşım ortaya koydukları dikkati çekmiştir. Yapılan araştırmalar sağlık profesyonellerinin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinden en çok masaj uygulamasını tercih ettikleri belirtilmiştir(59,63,63).

Rankin-box un hemşirelerle yaptığı bir araştırmada 40 yaş üstündeki hemşirelerin 40 yaş altındaki hemşirelerden daha pozitif tutum sergiledikleri belirtilmiştir (64). DeKeyser ve arkadaşlarının İsrail'de hemşireler ile gerçekleştirdiği araştırmada, hemşirelerin bireysel anlamda tamamlayıcı ve destekleyici tedavi tekniklerini kullanımları incelendiğinde diğer popülasyonla benzerlik gösterdiği belirtilmiştir (63). Sohn ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelerle gerçekleştirdiği araştırmada hemşirelerin hastalarına önerdikleri teknikler kapsamında meditasyon, gevşeme, şiropraktik (chiropractic), akupunktur ve masajın daha yoğun olduğu belirtilmiştir (65).

Salmenpara ve arkadaşlarının Finlandiya'da gerçekleştirdiği araştırmada bazı kişilerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri aracılığı ile bazı hemşirelerin hastaların çaresiz durumlarından faydalanarak bu çaresizliği gelir kaynağı olarak kullandıklarına inandıkları belirtilmiştir (66). Türkiye'de hastalar ciddi düzeyde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi tekniklerine başvurmalarına karşın, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile alakalı doktor-hemşire ve hasta arasında iletişim bozukluğu ve karşılıklı anlayış açısından sorunların bulunduğu dikkati çekmiştir. Söz gelimi hastanelerde kullanılan anamnez formlarında tamamlayıcı ve destekleyici tedaviye yönelik sorular yer almaması nedeniyle hastaların tamamlayıcı ve destekleyici tedavilerden faydalanma durumları ile alakalı düzenli olarak bilgi elde edilememektedir (67).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi uygulamaları birçok kültürün tarihinde yer almaktadır ve yüzyıllardır bu yöntemlerden faydalanılmaktadır. Bilhassa kronik

rahatsızlıklar olmak üzere gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi uygulamalarına olan ilgi ve kullanımı her geçen gün artmaktadır (68).

2.3.1. Tamamlayıcı Ve Destekleyici Tedavi Tarihçesi

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi bütüncül felsefeden ilham alarak 'iyileştirme' kavramı üzerinde durmaktadır. Yazılı kaynaklara bakıldığında M.Ö 200 yıllarına dayandığı görülmektedir. Çin, Japonya, Kore, Vietnam ve Hindistan gibi ülkeler kendi geleneksel yöntemlerini geliştirerek uygulamaya koymuşlardır. Hindistanda ortaya çıkan ayurveda 5000 yıldan daha öncesine dayanmaktadır ve bu tedavi tarihinde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi tedavilerinin kökeni olarak kabul edilmektedir (69,70).

Hindistan'ın geleneksel bir tedavi yöntemi olan Ayurveda'nın bir parçası olarak da bilinen yoga; 2000 yıl kadar önce Hindistan'da ortaya çıkmıştır (71). Yoga'nın var oluşuna ilişkin bilinen en eski arkeolojik bulgular, M.Ö. 3000 yıllarına aittir. İndus vadisinde yapılan kazılarda bulunan bazı taş mühürlerde yoga duruşlarını gösteren figürlere rastlanmaktadır (72).

Şamanlar, Eski Yunanlar, Romalılar ve Mısırlılar kötü ruh kovmak, insanı sakinleştirmek, insana güç vermek, insanları ikna etmek amacıyla çeşitli ritimlerde müzik kullandıkları bilinmektedir. Mısır'lıların müziği kadınlarda fertilizasyonu stimüle etmek için kullandıkları bilinmektedir (73). Selçuklular ve Osmanlılar ise müzikle tedaviyi ilk kullanan uygarlıklardan olduğu belirtilmektedir (74). Müzikle tedaviyi kliniğe sokma düşüncesini ilk defa ortaya atanlardan biri, tanınmış nörolog Philippe Pinel'e 1972'de Fransa'da ihtilal komitesi tarafından iki büyük kilise hastanesindeki elli akıl hastasını güneşe çıkarma ve ayak zincirlerini kırma izni verildiği belirtilmektedir (72). Meditasyon geçmişi 1000' lerce yıl eskiye dayanmaktadır. Ortaya çıkışı İsa'dan önce 500 yıllarında Hindistan ve Çin'de görülür (75). Akupunkturun Çin'de yaklaşık 5000 yıl önce Uygur Türkleri tarafından bulunduğu belirtilmektedir. Bugüne ulaşmış en eski Çin kitabı Huangdi Neijing'in yazdığı "Canon of Medicine" kitabıdır (76). İğnelerin kullanımına başlanmadan yıllar önce bian adı verilen keskin kenarlı taşların kullanılmakta olduğu Han Hanedanlığı döneminde yazılmış olan 'Shuo Wen Jie Za' adlı kitapta yer almaktadır. Gün geçtikçe bian taşlarının yerini kemik veya bambudan yapılan iğneler almaya başlamıştır (77). Masaj tedavisini eski uygarlıklardan

Hint'lilerin, Grek'lerin, Çin'lilerin ve Mısır'lıların 5000 yıl öncesinde kullanmaya başladıkları belirtilmektedir (78).

Aromaterapi terimini ilk defa Fransız biyokimyacı Renee Maurice Gattefosse kullanmıştır. Bilinen ilk aromaterapi terimi 1937 yılında kullanılmıştır. Son yıllarda esans yağlarla ilgili kapsamlı çalışmalar yapılmaktadır ve bu çalışmaların sayısı her gün artarak ilerlediği bilinmektedir (72).

Çin bitkisel tıbbi bitkisel karışımlar, hayvansal ürünler, böcekler, taş ve minerallerden oluşan doğal ürünleri yaklaşık 4000 yıldır uygulamaktadırlar (71). Bitkilerle tedavi bizim toplumumuzda olduğu gibi diğer Müslüman toplumlarda da önemli bir yere sahiptir. İslam inancına göre ölüm dışında her hastalığın tedavisi bulunmaktadır ve bitkiler hastalıkların ilacıdır. Önemli İslam alimleri hastalıkların iyileştirilmesinde bitkilerden faydalanma konusunda eserlere sahiptirler (71,79).

2.3.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Sınıflandırılması

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi tekniklerini Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) başlıca beş gruba ayırmıştır(50);

1. Alternatif Medikal Sistem Tedavileri
2. Beden-Zihin Tedavisi
3. Biyolojik Temelli Uygulamalar
4. Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar
5. Enerji Tedavileri

Meditasyon, akupunktur, akupressur, hipnoz, sanat tedavisi, masaj, vitaminler ve hidroterapi/kaplıca, yapılan bilimsel araştırmalarda etki ve faydası ispatlanmış yöntemlerdir. Diğer tekniklerin ise etki ve yararlarını kanıtlamaya ilişkin araştırmalar devam etmektedir (49-51).

2.3.2.1. Alternatif Medikal Sistem Tedavileri

Bu grup kapsamında homeopati, geleneksel Çin Tıp uygulamalarına dayanan ayurveda ve akupunktur gibi teknikler bulunmaktadır (49,50).

2.3.2.1.1. Homeopati

Binsekizyüzlü yıllarda Dr. Samuel Hahnemann tarafından geliştirilen hemoapati, günümüzde tüm dünyaya yayılmıştır (80). Hemeopati bir etkenin neden olduğu

rahatsızlık semptomlarının, benzer semptomları sağlıklı bir kişide gösterebilecek ilaçların oldukça az dozlarda verilmesiyle önlenebileceği düşüncesiyle kullanılan bir tedavi yöntemidir. Homeopati'de benzeri benzerle tedavi etmeyi amaçlamaktadır (81).

2.3.2.1.2. Akupunktur

Akupunktur dünyanın bilinen en eski tedavi yöntemlerindendir. Yüzyıllardır Çin ve diğer Asya ülkelerinde uygulandığı bilinmektedir (82). Milattan önce 200 yıllarında yazılan 'Sarı İmparatorun Dahili Tıp Kanunları' kitabında belirtilen akupunkturun bilinen ilk yazılı kaynak olduğu bilinmektedir. Bu kitap incelendiğinde vücudumuzda 282 akupunktur noktası tanımlandığı görülmektedir (83). Akupunktur bireyin vücudunda belirlenen özel noktalarına, cilt üzerine yerleştirilen metal ince iğneler ile stimülasyon sağlanarak, böylelikle derinin hemen altından geçen enerji kanalları ve bu enerji kanalları üzerindeki direnç bölgelerinin bağlantılı olduğu organlar ile arasında etkileşim sağlanmaktadır (84).

2.3.2.1.3. Ayurveda

Ayurveda 3000 yıl önce Hindistan'da ortaya çıktığı bilinmektedir. Enfeksiyon, hazımsızlık, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, hepatit, diyabet, depresyon, akne, parkinson, kalp-damar hastalıkları, kanser tedavisi ve kanseri önlemede kullanılmaktadır (68). Ayurveda yönteminde, bitkisel yöntemlerle, yaşam şeklinin değişmesi ve uygun bir diyetle vücudun savunma mekanizması sağlamlaştırılarak, vücuda hastalığı ortadan kaldıracak biçimde direnç kazandırılarak hastalığın önlenmesi amaçlanmaktadır (85).

2.3.2.2. Beden-Zihin Tedavisi

Bu grupta hipnoz, dans/müzik/resim tedavisi, dua, meditasyon, gevşeme teknikleri düşünce gücü ve dikkati temel alan teknikler yer almaktadır (50).

2.3.2.2.1. Gevşeme Teknikleri/Meditasyon/Dua

Gevşeme, beden-zihin kaynaklı tedavi sürecinin alt yapısını oluşturmaktadır. Gevşeme tekniklerinin günde iki kere 15-20 dakika gerçekleştirilmesi kortizon ve adrenalin düzeyini düşürerek solunum sayısı, kalp atım sayısı ve kan basıncı sayısını düşürerek bağışıklık sistemini kuvvetlendirmekte ve beynin sol ve sağ hemisfer etkinliklerini düzene koymaktadır. Meditasyon, gevşeme metotları ve farkındalığın bir kombinasyonudur (86). Gevşeme metotları, iskelet kasları ve anksiyetadaki gerginliğin

ortadan kaldırılmasında faydalanılmasının yanı sıra bilhassa nonfarmakolojik ağrı kontrol tekniklerinin alt yapısını meydana getirmektedir (87). Yapılan bir araştırmada meditasyon çalışmalarının uykusuzluğu, yüksek kan basıncının anksiyeteyi ve kronik ağrıyı azalttığı belirtilmektedir (68).

İnsani bir gerçeklik olarak bilinen dua etmek, her insan için dua ettiği konuyla ilgili yaratıcının desteğini hissetmek ve manevi huzur sağlamaktadır. Dua etmenin kişiye verdiği bu manevi güç ve direnç ile bir takım hastalıkların üstesinden gelinebilmesi için dahi faydasının olabileceğine dikkat çekilmektedir (88).

2.3.2.2.2. Resim/Müzik/Dans (Sanat) Tedavisi

Ruhsal ve fiziksel bir takım sorunlar yaşayan bireylerin tedavi sürecinde sanat tedavisi, yaratıcı faaliyetlerle duygu aktarımından yararlanılarak uygulanmaktadır. Bu faaliyetler içinde müzik, resim, dans gibi faaliyetler bulunmaktadır. Teması yaratıcı faaliyetlerin tedavi edici boyutu olan sanat tedavisinin, art terapist olarak da adlandırılan uygulayıcılara göre hasta bireylerin bastırılmış hislerini açığa çıkarmalarına yardımcı olarak korku, anksiyete ve stresi azaltarak bağımsızlık hissini artırmaktadır. Ağrının giderilme sürecinde dikkati başka yöne çekmek amacıyla kullanılmaktadır (68).

2.3.2.2.3 Hipnoz

Hipnotik trans, değişmiş şuurluk biçimi şeklinde ifade edilmektedir (89). Hipnoz, bireyin trans durumunda olaylara yoğunlaşarak tavsiyelere açık olma durumudur. Yapılan araştırmalarda hipnoz tedavisinin kanser hastalarında ağrıyı %50'ye yakın hafiflettiği, kemoterapi kaynaklı bulantı, kusma gibi yan etkilerini ve anksiyeteyi en aza indirerek hastaların hayat kalitelerini arttırdığı bildirilmiştir (90,91).

Biyolojik temelli uygulamalar kapsamında vitaminler, köpek balığı kıkırdağı, destekleyici özel diyetler, bitkisel tedaviler gibi doğal ürünler yer almaktadır (53,56).

2.3.2.3. Biyolojik Temelli Uygulamalar

2.3.2.3.1. Bitkiler

Global anlamda en fazla faydalanılan tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri arasında bitkisel tıp gösterilebilir. Günümüzde dünyadaki toplam nüfusun %80'inin hastalıkların tedavileri için ilk olarak bitkisel kaynaklı ürünlerden faydalandıkları düşünülmektedir. Dünya çapında gelişmemiş ülkelerin önemli bir

kısımında bitkisel devalar, tüm hastalık çeşitlerinin tedavi sürecinde ilaç yerine tercih edilen tedavi yöntemidir (68).

Öncelikli olarak kanser hastalıkları olmak üzere pek çok kronik rahatsızlıkta bitkisel kaynaklı ürünlere yönelindiği bilinmektedir. Türkiye ve hatta dünyada bitkisel tedaviler, başvuru alan tamamlayıcı ve destekleyici tedavi teknikleri kapsamında ilk sıralardadır (92,93). Sarı kantaron, nane, yeşil çay, ekinezya, ginseng, ginkgo, sarımsak, kekik, ıhlamur ve ısırgan otu hastalıkların tedavisinde en fazla başvuru alan bitki türleri arasındadır (94,95).

2.3.2.3.2. Köpek Balığı Kıkırdağı

William Lanne'nin 1990 yılında "Köpekbalıkları Kansere Yakalanmaz" isimli kitabının yayınlanması ile gündemdeki yerini almıştır. William kitabında ileri dönemlerdeki kansere yakalanan hastaların köpek balığının başından ve yüzgeçlerinden alınan kıkırdakları sayesinde iyileştiklerini iddia etmektedir. Söz konusu sav bu duruma yönelik dikkatleri üzerine çekmiştir (68).

İmmunu güçlendiren bazı proteinleri ve mukopolisakkaritleri barındıran köpekbalığı kıkırdağının aynı zamanda osteoartrit vakalarında da %60 düzeyinde ağrıyı hafiflettiği belirtilmektedir. Yine, glokom, akne ve sedef hastalığı destek tedavisi için de kullanıldığı iddia edilmektedir (96).

Osteoartrit, osteoporoz, maküler dejenerasyon, psöriasis, diyabetik nöropati, kolit, artrit, kanser tedavilerinde ve kanserden korunmada köpekbalığı kıkırdağından faydalanılmaktadır (68).

2.3.2.3.3. Vitaminler

Vitaminler, insan vücudunun normal metabolizması için az düzeyde gereken ve vücut hücrelerinde üretilmeyen organik bileşiklerdir (97).

Kanser hastalıklarından korunma ve farklı kanser çeşitlerinin tedavi sürecinde vitamin kullanımı son derece yaygın görülmektedir. Ayrıca menapoz, yaşlılık, gebelik ve adolesan süreçleri gibi vitamin ihtiyacının arttığı gelişim süreçlerinde de vitamin desteklerinden faydalanılmaktadır (98).

2.3.2.4. Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar

Hidroterapi, osteopati, chiropractic, akupressur, refleksoloji ve masaj gibi metotlar bu grup kapsamında değerlendirilmektedir (99-100).

2.3.2.4.1. Masaj

Dolaşım ve hareket sistemini iyileştirmeye yarayan masaj, belirti kontrolüne katkıda bulunan bir manüplasyon yöntemidir. Asırlardır masajın terapotik etkilerinden söz edilmektedir. Hipokrat, konstipasyondan burkulmalara varıncaya dek pek çok hastalıkta tedavi edici özelliği olan masaj, 20.yüzyılın başlarından günümüze hemşirelik uygulamaları kapsamındadır (101). Ortaya atılan araştırmalar masajın kanser hastalarında uykusuzlukta, anksiyete ve ağrılarda semptom kontrolüne katkı sağladığını bildirmektedir (101,102). Bunun yanı sıra hamilelik sürecinde anne için ve yeni doğan bebeklerde masajın olumlu etkilerinin olduğu da ifade edilmektedir (99).

2.3.2.4.2. Akupressur

Akupressur; vücudumuzdaki enerji dolaşımı ve dengesi yolu aracılığıyla ağrı, bulantı ve bunun gibi semptomları kontrol etmede, vücudumuzdaki çeşitli noktalara uygulanan fiziksel basınç ile uygulanan bir tedavi yöntemi olduğu bilinmektedir. Bu tedavi şeklinin akupunktura benzediği bilinmektedir ve enerjinin iç akışını sağlamak amacıyla vücudumuzdaki bilinen akupunktur bölgelerine diz, el bileği, avuç içi, el, parmaklar ile basınç uygulama şeklinde yapılmaktadır. İğnesiz akupunktur olarak da nitelendirilen akupressur, son dönemlerde farklı hastalıkların semptom yönetiminde çağdaş batı tıp uygulamaları kapsamında faydalanılmaya başlanan ve onaylanmış tedavi şeklidir (103). Ortaya atılan pek çok araştırmada bu tekniğin kemoterapi, anestezi ve hamilelik kaynaklı mide bulantıları ve kusma kontrolünde, astımlı hastalarda ve sigara bırakanlarda semptom kontrolünde pozitif etkilerinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca akupressur, noninvaziv güvenilir ve etkili bir metot olarak değerlendirilmektedir (100,104).

2.3.2.4.3. Hidroterapi/Kaplıca

Hidroterapi, suyun farklı şekillerde terapötik kullanımı olarak ifade edilmektedir. Bu amaç için kullanımı insanlık tarihinin başladığı döneme dek uzanmaktadır. Dikkat çeken hidroterapi teknikleri olarak; buz uygulamaları, soğuk ve/veya sıcak kompres, kolon irrigasyonu, buhar banyosu, lokal ya da tüm vücut oturma banyosu gösterilebilir (105).

2.3.2.4.4. Refleksoloji

Yaklaşık olarak geçmişi beş bin yıl öncesine dek uzanan refleksoloji, 1930'lu yıllarda bir fizyoterapist ve hemşire olan Eunice Ingham, ayak ve insan bedenindeki farklı organları etkileyen noktaları tespit ederek haritasını çıkarıp bu tedavi yöntemini uygulayanların yararlanması adına yarar sağlamaktadır (106).

Refleksoloji; kulak, baş, ayak, ve ellerde vücudun tüm alanlarını, organlarını ve yapılarını hareketlendiren refleks bölgelerinin bulunduğu ve bu refleks bölgelerinin insan vücudunun anatomik yapısını ifade ettiği anlayışına dayanmaktadır. Özel el yöntemleriyle bu refleks bölgelerinin uygulanan masaj tekniği ile vücuttaki enerji dengesini düzenlediği düşünülmektedir. Bağışıklığı desteklemede, uyku problemlerinin ortadan kaldırılmasında, kanserde semptom kontrolünde, stres, homeostazisin ve ağrı kontrolünde refleksolojiden faydalanılmaktadır (107). Bel ağrısı sorunu yaşayan kişiler üzerinde ortaya atılan bir araştırmada refleksolojinin ağrı kontrolü üzerinde ciddi bir etkisinin bulunduğu ifade edilmiştir (108).

2.3.2.4.5. Şiropatik

Spinal manüplasyon yöntemlerinden biri olan şiropatik tedavi şekli, iskelet-kas sistemi ağrıların tedavisi sürecinde ve omurga sağlığının korunmasında eller kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Söz konusu tedavi tekniğinin öncelikli amaçları; postür bozukluklarını onarmak, pelvis ve omurga eklemlerine olabildiğince işlevini tekrar kazandırmak ve işlevsel ve ağrı kaynaklı sorunlara neden olan sinir harabiyetlerini tedavi etmek olarak gösterilebilir (109).

Amerika Birleşik Devletleri'nde bu tedavinin şeklinin kullanımının yasal olarak bir sakıncası bulunmamaktadır yaygın şekilde tercih edilmektedir. İngiltere'de her yıl ortalama olarak 20 milyon kişi şiropatik uygulayıcısına başvurmaktadır (110).

2.3.2.4.6. Osteopati

Spinal ve eklem sorunlarına iyileştirici etkisi ile bilinen bir manipülasyon yönetimidir. İnsanlık tarihi kadar geçmişe dayanan manipülasyon tedavi tekniği, lökomotor yapının ağrılı hastalıklarında kullanılmaktadır. Hipokrat manipülasyondan ve faydalarından söz etmiştir. Şiropaktpr'a benzer yönleri ile osteopath, eklem bölgelerindeki basıncı en aza indirmeye, eklemleri, kasları, ve vücut sıvılarının akışını düzene sokmaya ilişkin manipülasyonlarda bulunmaktadır. Osteopati, şiropatik tedavi yöntemi ile iç içedir (111).

2.3.2.5. Enerji Tedavileri

Reiki ve terapötik dokunuşlar enerji tedavileri sınıfında yer almaktadır (112).

2.3.2.5.1. Reiki

Enerji vererek şifalandırma yaklaşımına dayandığına inanılan bir teknik olan reiki, rei “her yerde varolan “ruhsal yaşam enerjisi” anlamına karşılık gelmektedir. Reiki ile insan bedeninde oluşan enerji dengesizliklerini ve olumsuz enerji kilitlerini açabilmek için eksik kalan ya da yeterli olmayan enerjiyi dengeleyerek, fiziksel ve ruhsal iyileşmeye yardımcı olduğu tahmin edilmektedir (112).

Yenidoğan, jinekoloji, pediatri ve acil servis birimlerinde, kanserde, nörodejeneratif rahatsızlıklarda, hospislerde semptom kontrolünde yararlanılan bir tekniktir (113).

2.3.2.5.2. Terapötik Dokunma

Terapötik dokunma, tüm canlılar üzerinde elle ovulma işlemi gerçekleştirilerek denge sağlanabilecek bir enerji alanı ile çevrildikleri temeline dayanmaktadır. Terapötik dokunma, cildin 3-5 cm yüksekliğinde yer alan bu enerji alanını dengeleme çalışması olarak nitelendirilmektedir. Bu konuda uzman bir eğitime gerektiren tedavi tekniğinin, kendine özel yöntemleri olduğu ifade edilmektedir. Terapötik dokunma kavramı NewYork Üniversitesi hemşirelik profesörlerinden Delores Krieger tarafından hemşireliğe 1970'li yılların başında girmiştir (114). Bindokuzyüz seksenli dönemlerde de hemşirelik eğitim programları kapsamında yerini edinmeye başlamıştır (115).

Ortaya atılan araştırmalarda bilhassa anksiyete ve stresin düşürülmesinde, uyku problemlerinin kontrolünde, yaşlılık evresi mental problemlerde, kalp-damar rahatsızlıklarında, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde, kanser hastalıklarının semptom kontrolünde, postoperatif ve kronik ağrı kontrolünde terapötik dokunma yönteminden faydalandığı ve olumlu etkisi olduğu ifade edilmektedir (114,116).

2.3.2.6. Diğer Yöntemler

Yoga, tai chi, renklerle tedavi, ozon tedavisi, feng shui, biyoenerji, romaterapi NCCAM sınıflandırmasında bulunmayan diğer tamamlayıcı ve destekleyici tedavi tekniklerindendir (117,118).

2.3.2.6.1. Aromaterapi

Bitkisel tedavi yöntemlerinin bir parçası olarak bilinen aromatik bitkilerin kullanımına bakıldığında çok eski zamanlara dayandığı görülmektedir. Aromaterapi, bitkiler aracılığıyla yapılan esansiyel yağların ruhsal ve fiziksel sağlığın gelişimi için kullanımıdır (117). Bilhassa aromatik bitkilerden damıtılarak ve buharla yapılan konsantre yağ özleri bitkisel öz yağlardır. Aromaterapi tedavide sıklıkla faydalanan yaklaşık 40 adet esansiyel yağ mevcuttur. Bu yağlar dahilinde en yaygın olarak kullanılanları; gardenyum, gül, nane, yasemin, mercanköşk, papatya, okaliptüs, biberiye ve lavanta olduğu ifade edilmektedir (68). Esans yağlar buharlaşabilmektedir. Bu nedenle, aromaterapi çalışmaları çoğunlukla solunum yolu aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Solunum yöntemi ile yapılan uygulamaların yanında deri yolu ve ağız yoluyla da kullanılabilir (119). Buckle aromaterapiyi estetik, klinik ve holistik olarak 3 grupta ele almıştır. Estetik aromaterapi, aroma kokusunun parfüm sektörü gibi alanlarda kullanımı, klinik aromaterapi, klinikte hastaların bulantı kusma gibi semptomlarını iyileştirme, holistik aromaterapi ise esansiyel yağ karışımlarının masaj yoluyla bireyleri rahatlatmaya yönelik uygulamaları ile ilgilidir (117).

Avusturya'da 2006'da aromaterapi hemşireliği ve bilimsel aromaterapi derneği kurulmuştur (118).

2.3.3. Dünya ve Türkiye'de Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilerin Kullanımı

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi metotları dünyada geniş çapta faydalanan tekniklerdir. Söz konusu tedavi yöntemlerine inflamatuvar barsak hastalıkları, karaciğer rahatsızlıkları, romatizmal hastalıklar gibi kronik rahatsızlıklarda ve kanserde, bitkinlik, anksiyete, ağır depresyon durumlarında, sindirim sorunları, akciğer rahatsızlıkları, uykusuzluk, incinme, burkulma, diyabet, yüksek tansiyon, sırt ve boyun ağrıları, baş ağrısı, yorgunluk, artrit, alerjik durumlarda başvurulmaktadır (120).

2.3.4. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilere Başvurma Nedenleri

Hasta bireylerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinden faydalanmalarının en önemli sebebi genel olarak kronik rahatsızlıklarda belirti kontrolü sağlayarak hayat standardını iyileştirmek olduğu bulunmuştur. Tedavi şansı olmayan bir hastalığın olması, hayat kalitesini artırmak, hastalık ve tedavi kaynaklı belirtilerin

kontrolü, sağlık güvencesinin bulunmaması, ekonomik sorunlar, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri uygulayan bireylerin hastayla daha fazla ilgilenmesi, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi uygulamalarının çoğunun infazı girişim gerektirmemesi, tıbbi sağlık hizmetlerinden memnun olmamaları ve tedavilerden korkmaları gibi sebeplerle de tamamlayıcı ve destekleyici tedavilere başvurulmaktadır (121,122).

Ortaya atılan araştırmaların bir kısmında hastaların tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini genellikle hayat kalitelerini arttırmak, belirtileri ve ilaçların oluşturduğu yan etkilerini en aza indirmek, fiziksel ve psikolojik destek ve rahatlama sağlamak adına kullandıkları belirlenmiştir (123,124,125). Hastalığına dair karar alma sorumluluğunu ve kontrolü sağlama gereksinimi, konvansiyonel tedavilerin hastalığın tedavisinde yetersiz kalması ve yan etkilerinden uzak durma, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi tekniklerinin tabii olduğu düşüncesi, kötü prognozla seyreden kronik rahatsızlıklar ve sağlığı koruyucu metotlara olan ilgi düzeyinin artması tamamlayıcı ve destekleyici tedavilerden faydalanma durumunu etkileyen diğer unsurlardandır (120).

2.3.5. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilere İlişkin Hemşire ve Hekimlerin Görüş Ve Tutumları

Hekim ve hemşireler tamamlayıcı ve destekleyici tedavi tekniklerinden faydalanan hasta bireylere yönelik farklı tutumlar sergilemektedirler. Bu tutum ve yaklaşımları etkileyen pek çok etken mevcuttur. Doktor ve hemşirelerin bu tekniklerle bağlantılı bilgi seviyesi, bireysel tecrübeleri, hasta tecrübeleri, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi konusundaki bireysel fikirleri gibi etkenler hastalara yönelik tutum ve yanıtlarını etkilemektedir. Kimi durumlarda tamamlayıcı ve destekleyici tedavi tekniklerinin etkili olduğu dikkati çekmektedir. Dolayısıyla bu tedavi yönteminin kullanımını desteklemekte ve tavsiye etmektedirler (126,127).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe ve tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Soruları

- 1) Cerrahi hemşirelerinin tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları nasıldır?
- 2) Cerrahi hemşirelerinin tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- 3) Cerrahi hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları nasıldır?
- 4) Cerrahi hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ilinde, cerrahi kiliğinde çalışan hemşirelerle internet üzerinden hazırlanan anket formları aracılığıyla 15.02.2020-15.04.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini cerrahi birimlerde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi Kendall's örneklem büyüklüğü hesaplama yöntemine göre değişkenlerin 5 katı olacak şekilde 205 hemşire oluşturmuştur (44).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Ölçeği puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri

3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Araştırmanın verilerinin elde edilmesinde araştırmacılar tarafından literatüre göre hazırlanmış 'Hemşire Tanıtım Formu' (Ek I), 'Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği' (Ek II), 'Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği' (Ek III) kullanılmıştır.

Hemşire Tanıtım Formu (Ek I): Hemşire tanıtım formunda hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı bölümü, meslekteki çalışma yılı, çalıştığı bölümdeki çalışma süresi, büyüdüğü yer, tamamlayıcı ve destekleyici tedavilerle ilgili eğitim alıp almadığı ve kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili eğitim alıp almadığı sorularını içeren 13 soru bulunmaktadır (45,46).

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (Ek II): Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğini Ruzafa-Martinez ve arkadaşları 2011 yılında hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarına yönelik tutumlarını ölçmek üzere geliştirmişlerdir (128). Ölçeğin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Ayhan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (53). Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği 3 alt boyut oluşmaktadır. Bu alt boyutlar kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç, uygulama niyeti ve duygulardır. Ölçek toplam 15 madde olup, olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçek puanı 15-75 arası değişmekte olup, ölçeğin kesme noktası

bulunmamakta, yüksek puan kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu gösterir. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0,85'dir. Araştırmaya başlamadan önce ölçek sahibinden yazılı izin alınmıştır (Ek IV).

Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (Ek III):

Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği Siahpush 1999, Hyland ve ark. 2003, Gürkan ve Bilge 2006, McFadden ve ark. 2010, Grzywach 2012, Thomson ve ark. 2014 araştırmalarından ortak oluşturulan sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte bireylerin sağlık sorunları yaşadıklarında başvurdukları tamamlayıcı ve modern tedavi uygulamalarını içeren 23 soru yer almaktadır (46,47,50). Soru formu hazırlanırken 4'lü likert tip değerlendirme kullanılmıştır. Kişiler soruları yanıtlarken (0) hiç katılmıyorum, (1) biraz katılıyorum, (2) oldukça katılıyorum, (3) tümüyle katılıyorum şıklarından birini seçmişlerdir. Ölçeğin iç tutarlılık analizlerinde Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeydedir. Tersine dönmüş maddeler 13 maddelik ölçeğin son halinde 9. maddedir. 0-3 arasında puanlanan ölçekten alınan en az puan 0 en fazla puan 39' dur. Ölçekten alınan yüksek puan tamamlayıcı tedavilere karşı olumlu tutumu göstermektedir (51). Araştırmaya başlamadan önce Uğuryol'dan yazılı izin alınmıştır (Ek V).

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve kişisel bilgi formunun istatistiksel analiz sürecinde R vers. 2.15.3 programından (R Core Team, 2013) yararlanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, frekans, birinci ve üçüncü çeyreklik, medyan, standart sapma, ortalama, maksimum ve minimum değerler kullanılmıştır. Araştırmada parametrik ya da non-parametrik testlerin belirlenme sürecinde öncelikli olarak verilerin normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiştir. Bu süreçte grafiksel inceleme ve Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılım testi sonrasında verilerin normal dağılım gösterdiği değişkenlerin veri analizinde bağımsız gruplar t testinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı ikiden fazla değişkenin karşılaştırma analizinde ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı iki farklı değişkenin karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesinde ise pearson korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin büyüklüğünün ölçülmesinde regresyon

analizi, ölçeklerin iç tutarlıkları Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, cerrahi kliğininde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Araştırmanın tüm cerrahi alanda çalışan hemşirelerle yapılması tüm hemşirelere genellenebilirliğinin olumlu yönde etkiler.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri Araştırmaya başlamadan önce her iki ölçek sahibinden mail yolu ile gerekli izinler alınmıştır (Ek IV, Ek V).

Veri toplama işlemi öncesinde İstanbul Okan Üniversitesi fen, sosyal ve girişimsel olmayan sağlık bilimleri araştırmaları etik kurulu tarafından 05.02.2020 tarihlerinde etik kurul onayı alınmıştır (Ek VI). Araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelerden onam alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucundan elde edilen verilerin bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=205)

Değişkenler	Min-Mak	Ort ± ss
Yaş	19-48	28.96± 6.10
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	164	80,0
Erkek	41	20,0
Medeni Durum		
Evli	84	41.0
Bekar	121	59.0
Eğitim Durumu		
Lise	18	8.8
Önlisans	10	4.9
Lisans	123	60.0
Yüksek Lisans/Doktora	54	26.3

Büyüdüğü Yer		
Köy	25	12.2
Kasaba	15	7.3
İlçe	54	26.3
İl	111	54.1

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’ de gösterilmiştir. Bu hemşirelerin yaş ortalamasının 28.96 ± 6.10 yıl olduğu, %80’inin kadın, %59’unun bekar, %60’ı lisans mezunu olduğu, %54,1’i ilde büyüdüğü bulundu.

Tablo .**2 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=205)**

Değişkenler	Min-Mak	Ort±ss
Meslekte çalışma süresi (yıl)	1-28	6,92±6,08
Bölümde çalışma süresi (yıl)	1-22	3,96±4,01
	n	%
Çalışılan bölüm		
Servis	101	49,3
Yoğun bakım	18	8,8
Ameliyathane	68	33,2
Diğer	18	8,8
Toplam	205	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri 1 ile 28 yıl arasında değişmekte olup ortalama 6,92±6,08 yıldır. Hemşirelerin çalıştıkları bölümde çalışma sürelerinin 1 ile 22 yıl arasında değiştiği, ortalama 3,96±4,01 yıl olduğu bulundu.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %49,3'ünün serviste çalıştığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilere İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Değişkenler	n	%
Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi durumu		
Evet	111	54,1
Hayır	94	45,9
Cevabınız evet ise bilgiyi nereden aldınız?		
Çevre	16	19,0
Sosyal medya	17	7,1
İnternet	23	20,2
Kurum içi eğitim	6	8,3
Üniversite eğitimi	9	27,4
Seminer		7,1
Makale		10,7
Bireysel olarak ilgilenilen yöntem varlığı		
Evet	17	8,3
Hayır	188	91,7

Tablo .

Cevabınız evet ise ilgilenilen yöntem		
Akupunktur	2	12,5
Hacamat	2	12,5
Refleksoloji	5	31,3
Akupressur	1	6,3
Nefes tedavisi	1	6,3
Ozon tedavisi	3	18,8
Bitkisel tedavi	2	12,5

4 Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavilere İlişkin Bilgilerinin Dağılımı Devamı

Değişkenler	n	%
Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili eğitim alma durumu Evet		
Hayır	26	12,7
	179	87,3
Cevabınız evet ise eğitim alınan yer		
Üniversite eğitimi	16	66,7
Kurum içi eğitimi	5	20,8
İnternet	3	12,5
Kanıtı dayalı hemşirelik ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	94	45,9
Hayır	111	54,1
Cevabınız evet ise eğitimin alındığı yer		
Üniversite eğitimi	12 8	12,8
Kurum içi eğitimi	74	8,5
İnternet		78,7
Hastaların tamamlayıcı ve destekleyici tedaviyi kullanma durumunun sorgulanması		
Evet	46	22,4
Hayır	159	77,6

Hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavilere ilişkin bilgilerinin dağılımı Tablo 3’de yer almaktadır.

Hemşirelerin %54,1’inin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgisinin olduğunu ifade ettiği, bilgisi olan hemşirelerin %27,4’ünün üniversite eğitiminden bilgi aldığı, %8,3’ünün bireysel olarak ilgilendikleri yöntem olduğunu ifade ettiği, %31,3’ünün refleksoloji ile ilgilendiği bulundu. Cerrahi hemşirelerinin %12,7’sinin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili eğitim aldığı, eğitim alan hemşirelerinin %66,7’sinin üniversitede eğitim aldığı belirlendi. Araştırmaya katılan cerrahi

Tablo .

hemşirelerin %22,4'ünün hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedaviyi kullanma durumlarını sorguladıkları saptandı. Cerrahi hemşirelerinin %45,9'unun kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili eğitim aldığı ve bu eğitimi alan hemşirelerin %78,7'sinin üniversitede eğitim sırasında aldığı bulundu.

5 Hemşirelerin Tamamlayıcı Tedaviyi Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar (N=205)

	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss	İç tutarlılık
TTKYTÖ	13	5-36	17,18±4,95	0,716

Hemşirelerin tamamlayıcı tedaviyi kullanmaya yönelik tutum ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 4' de bulunmaktadır. Hemşirelerin ölçekten aldığı puanların 5 ile 36 arasında değiştiği, ortalama 17,18±4,95 puan aldıkları bulundu. Ölçeğin iç tutarlılık düzeyinin 0,716 olduğu bulundu.

Tablo 6. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss	İç tutarlılık
İnanç alt boyutu	7	15-35	27,65±4,89	0,883
Uygulama niyeti alt boyutu	4	8-20	15,46±2,78	0,711
Duygular alt boyutu	4	6-20	16,14±3,10	0,737
KDHYTÖ Toplam	15	38-75	59,26±9,52	0,910

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 5' de bulunmaktadır. Hemşirelerin ölçeğin inanç alt boyutundan 15 ile 35 arasında, ortalama 27,65±4,89 puan aldığı, Uygulama niyeti alt boyutundan 8 ile 20 arasında ortalama 15,46±2,78 puan aldığı, duygular alt boyutundan 6 ile 20 arasında ortalama 16,14±3,10 puan aldığı bulundu. Cerrahi hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinden aldıkları puanların 38 ile 75 arasında değiştiği, ortalama 59,26±9,5 puan aldığı belirlendi.

Tablo .

Ölçek ve alt boyut iç tutarlılık kat sayıları Tablo 5’de bulunmaktadır. İnanç alt boyutu iç tutarlılık katsayısının 0,883 olduğu, uygulama niyeti alt boyutu iç tutarlılık katsayısının 0,711 olduğu, duygular alt boyutu iç tutarlılık katsayısının 0,737 olduğu, ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısının 0,910 olduğu saptandı.



Tablo 6. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre TTKYTÖ Toplam Puanın Karşılaştırılması (N=205)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Ort±ss
Cinsiyet		
Kadın	164	17,04±5,14
Erkek	41	17,73±4,07
^a Test değeri (t)	^t ^p	-0,797 0,426
Eğitim Durumu		
Lise	18	18,10±1,90
Önlisans	10	18,21±3,47
Lisans	123	17,19±4,07
Yüksek lisans/Doktora	54	17,31±3,71
^b ²⁾ Test değeri (χ)	² ^{χ P}	4,067 0,254
Medeni durum		
Evli	84	16,68±5,22
Bekar	121	17,53±4,74
^a Test değeri (t)	^t ^p	-1,212 0,227
Büyüdüğünüz yer		
Köy	25	18,17±4,07
Kasaba	15	19,01±3,83
İlçe	54	17,45±4,96
İl	111	16,53±4,71
^b ²⁾ Test değeri (χ)	² ^{χ P}	13,115 0,004**
Çalıştığınız bölüm		
Klinik	101	17,07±3,41
Yoğun bakım	18	17,16±2,79
Ameliyathane	68	18,58±3,89
Diğer	18	15,23±4,01
^b ²⁾ Test değeri (χ)	² ^{χ P}	3,697 0,296
Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi durumu		
Evet	111	17,07±5,07
Hayır	94	17,31±4,81
^a Test değeri (t)	^t ^p	-0,340 0,734
Bireysel olarak ilgilenilen yöntem varlığı		
Evet	17	20,09±1,74
Hayır	188	17,21±3,91
^c Test değeri (z)	^z ^p	-2,527 0,011*
Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	26	18,51±3,93

Hayır	179	17,07±3,09
^c Test değeri (z)	z p	-1.151 0.250

r=Pearson korelasyon katsayısı, aBağımsız gruplar t testi, bKruskal-Wallis test, cMann-Whitney U test,

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre TTKYTÖ Toplam Puanın Karşılaştırılması Devamı (N=205)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Ort±ss
Hastaların tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanma durumlarının sorgulaması		
Evet	46	18.78±4.43
Hayır	159	16.72±5
^a Test değeri (t)	t p	2.527 0.012*
Kanıtı dayalı hemşirelik ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	94	16.78±4.8
Hayır	111	17.52±5.07
^a Test değeri (t)	t p	-1.076 0.283

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre TTKYTÖ Puanlarının karşılaştırılması Tablo 6’da yer almaktadır. Cerrahi hemşirelerinin bireysel olarak ilgilendikleri TAT yöntemi bulunup bulunmaması, hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama durumlarına göre TTKYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan bölüm, bölümde çalışma süreleri, TAT ile ilgili eğitim alma durumları, KDH ile ilgili eğitim alma durumları, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre TTKYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Hemşirelerin büyüdüğü yere göre TTKYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen ikili değerlendirmeler sonucunda köyde büyümüş olan katılımcıların puanlarının ilde büyümüş olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,015$). Diğer yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 7. Hemşirelerin Yaşı ve Mesleki Özellikleri İle TTKYTÖ Toplam Puanının İlişkisi (N=205)

Yaş		
<i>İstatistiksel test</i>	r p	-0.182 0.009**
Meslekte çalışma süresi		

<i>İstatistiksel test</i>	r	-0.185
	p	0.008**
Bölümde çalışma süresi		
<i>İstatistiksel test</i>	r	-0.060
	p	-0.060

r=Pearson korelasyon katsayısı, ^aBağımsız gruplar t testi, ^bKruskal-Wallis test, ^cMann-Whitney U test,

*p<0.05

**p<0,01

Hemşirelerin yaşları, meslekte çalışma süreleri ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0.05). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin bölümde çalışma süresi ile ölçek puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Hemşirelerin Yaşı ve Mesleki Özellikleri İle KDHYTÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=205)

Değişkenler	İnanç alt boyutu	Uygulama niyeti alt boyutu	Duygular alt boyutu	KDHYTÖ toplam puanı
Yaş				
r p	0,092 0,190	0,101 0,150	0,020 0,776	0,083 0,236
Meslekte çalışma süresi				
r p	0,037 0,598	0,031 0,656	0,064 0,360	0,007 0,918
Bölümde çalışma süresi				
r p	-0,010 0,885	0,005 0,949	0,096 0,170	0,038 0,590

r=Pearson korelasyon katsayısı

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaşları, meslekte çalışma süreleri ve bölüme çalışma süreleri ile ölçek puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre KDHYTÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=205)

Değişkenler	İnanç alt boyutu	Uygulama niyeti alt boyutu	Duygular alt boyutu	KDHYTÖ toplam puanı
Cinsiyet	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Kadın	27,93±4,83	15,61±2,66	16,39±2,95	59,93±9,36
Erkek	26,56±5	14,88±3,19	15,15±3,49	56,59±9,8
^a Test değeri (t)	1,607	1,152	2,325	2,025
p değeri	0,110	0,132	0,021*	0,044*
Medeni durum				

Evli	27,56±4,86	15,46±2,98	16,33±2,88	59,36±9,5
Bekar	27,72±4,92	15,46±2,64	16,01±3,24	59,36±9,5
^a Test değeri (t) p değeri	-0,229 -0,229	0,004 0,997	0,738 0,461	0,123 0,902
Eğitim durumu				
Lise	21,5 (19, 27)	14,5 (12, 16)	16 (12, 17)	47,5 (44, 59)
Önlisans	24,5 (22, 25)	14 (14, 14)	13,5 (13, 16)	52 (48, 57)
Lise	28 (24, 31)	16 (14, 17)	16 (15, 19)	60 (52, 67)
Yüksek lisans/ doktora	29 (27, 34)	17 (15, 18)	17 (15, 19)	61,5 (59, 70)
^b Test değeri(χ^2) p değeri	32,386 <0,001**	13,546 0,004**	12,908 0,005**	25,669 <0,001**

^aBağımsız gruplar t testi, ^bKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur., ^cMann-

Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur. *p<0,05

**p<0,01

Tablo 9. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre KDHYTÖ Puanlarının Karşılaştırılması Devamı (N=205)

Değişkenler	İnanç alt boyutu	Uygulama niyeti alt boyutu	Duygular alt boyutu	KDHYTÖ toplam puanı
Büyüdüğünüz yer				
Köy	28 (22, 30)	15 (14, 17)	16 (15, 20)	58 (50, 67)
Kasaba	27 (20, 28)	16 (12, 17)	16 (13, 18)	58 (49, 60)
İlçe	28 (25, 30)	16 (14, 17)	16 (13, 18)	60 (49, 63)
İl	28 (25, 33)	16 (14, 18)	17 (15, 19)	60 (52, 69)
^b Test değeri(χ^2) p değeri	7,054 0,70	1,034 0,793	4,796 0,187	4,950 0,176
Çalıştığınız bölüm				
Klinik	28 (24, 32)	16 (14, 17)	16 (15, 19)	60 (52, 66)
Yoğun bakım	29 (28, 32)	16 (14, 17)	18 (16, 19)	61 (57, 67)
Ameliyathane	28 (24, 31,5)	16 (14, 18)	16 (14, 19)	60 (52, 67)
Diğer	25,5 (20, 29)	14,5 (13, 17)	16 (13, 18)	56 (45, 61)
^b Test değeri(χ^2) p değeri	5,480 0,140	2,343 0,504	1,740 0,628	4,635 0,201
Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi durumu				
Evet	29,04±4,27	15,66±2,96	16,33±3,17	61,03±9,19
Hayır	26,02±5,08	15,23±2,55	15,91±3,01	57,17±9,53
^a Test değeri (t) p değeri	4,551 <0,001**	1,087 0,278	0,964 0,336	2,943 0,004**
Bireysel olarak ilgilenilen yöntem				
Var	28 (26, 29)	16 (13, 16)	16 (14, 16)	60 (55, 61)
Yok	28 (24, 32)	16 (14, 17)	16 (14, 19)	60 (52, 67)
^c Test değeri (z) p değeri	-0,124 0,901	-0,417 0,677	-1,070 0,284	-0,291 0,771

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili eğitim alma durumu				
Evet	30 (26, 32)	16 (13, 17)	17,5 (15, 20)	62,5 (53, 68)
Hayır	28 (24, 31)	16 (14, 17)	16 (14, 19)	60 (52, 66)
^c Test değeri (z) p değeri	-1,378 0,168	-0,157 0,875	-0,844 0,399	-1,026 0,305
Hastalarınızın tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanma durumunun sorgulanması				
Evet	29,46±3,71	15,96±2,7	17,07±2,95	62,48±8,3
Hayır	27,13±5,07	15,32±2,8	15,87±3,09	58,33±9,67
^a Test değeri (t) p değeri	3,425 0,001**	1,369 0,173	2,321 0,021*	2,642 0,009**
Kanıtı dayalı hemşirelik ile ilgili eğitim alma durumu				
Evet	30,29±3,99	16,56±2,38	17,23±2,69	64,09±8,1
Hayır	25,42±4,45	14,53±2,76	15,22±3,13	55,17±8,71
^a Test değeri(t) p değeri	8,167 <0,001**	5,588 <0,001**	4,903 <0,001**	7,536 <0,001**

^aBağımsız gruplar t testi, ^bKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik)

şeklinde sunulmuştur., ^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik)

şeklinde sunulmuştur. *p<0,05 **p<0,01

Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre KDHYTÖ Puanlarının Karşılaştırılması Tablo 9’de gösterildi.

Cerrahi hemşirelerin cinsiyetlerine göre KDHYTÖ İnanç ve Uygulama niyeti alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KDHYTÖ Duygular alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (p<0,05). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KDHYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre KDHYTÖ İnanç alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). DunnBonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen ikili değerlendirmeler sonucunda lisans mezunu hemşirelerin aldıkları puanları ile ve ön lisans mezunu olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulundu (p<0,05). Yüksek lisans / doktora mezunu katılımcıların puanlarının lise ve ön lisans mezunu olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı

($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durum, büyüdüğü yer, çalıştıkları bölüm, bireysel olarak ilgilendikleri tamamlayıcı ve destekleyici tedavi olup olmaması, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre KDHYTÖ inanç, uygulama niyeti ve duygular alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre KDHYTÖ Uygulama niyeti alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen ikili değerlendirmeler sonucunda yüksek lisans / doktora mezunu katılımcıların puanlarının lise ve ön lisans mezunu olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin eğitim durumlarına göre KDHYTÖ Duygular alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0,005$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen ikili değerlendirmeler sonucunda yüksek lisans / doktora mezunu katılımcıların puanlarının ön lisans mezunu olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre KDHYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen ikili değerlendirmeler sonucunda lisans mezunu hemşirelerin puanlarının lise mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Yüksek lisans / doktora mezunu hemşirelerin puanlarının lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Cerrahi hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre KDHYTÖ Uygulama niyeti ve Duygular alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre KDHYTÖ İnanç alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bilgi sahibi olan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre KDHYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Bilgi sahibi olan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelerin hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama durumlarına göre KDHYTÖ Uygulama niyeti alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hemşirelerin hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama durumlarına göre KDHYTÖ İnanç ve Duygular alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Tedavi kullanımını sorgulayan Hemşirelerin puanlarının sorgulamayan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama durumlarına göre KDHYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Tedavi kullanımını sorgulayan hemşirelerin puanlarının sorgulamayan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 10. TTKYTÖ ve KDHTYÖ Puanları Arasındaki İlişki

		TTaKYTÖ - Toplam	KDHYTÖ - İnanç	KDHYTÖ - Uygulama niyeti	KDHYTÖ - Duygular	KDHYTÖ - Toplam
TTKYTÖ - Toplam	r	1,000	0,027	-0,001	-0,087	-0,015
	p	-	0,703	0,983	0,213	0,829

KDHYTÖ - İnanç	r p	0,027 0,703	1,000 -	0,667 <0,001**	0,665 <0,001**	0,924 <0,001**
KDHYTÖ - Uygulama niyeti	r p	-0,001 0,983	0,667 <0,001**	1,000 -	0,653 <0,001**	0,847 <0,001**
KDHYTÖ - Duygular	r p	-0,087 0,213	0,665 <0,001**	0,653 <0,001**	1,000 -	0,857 <0,001**
KDHYTÖ - Toplam	r p	-0,015 0,829	0,924 <0,001**	0,847 <0,001**	0,857 <0,001**	1,000 -

r=Pearson korelasyon katsayısı **p<0,01

Tamamlayıcı tedaviyi kullanmaya yönelik tutum ölçeği ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puanlarının ilişki düzeyi Tablo 10 verilmiştir.

Hemşirelerin TTKYTÖ puanlarına göre KDHYTÖ İnanç, Uygulama niyeti ve Duygular alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin KDHYTÖ inanç alt boyut puanlarına göre KDHYTÖ uygulama niyeti ve duygular alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu (p<0,05).

Hemşirelerin KDHYTÖ uygulama niyeti alt boyut puanlarına göre KDHYTÖ inanç ve duygular alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

Araştırma katılan hemşirelerin KDHYTÖ Duygular alt boyut puanları ile KDHYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu (p<0,05).

Tablo 11. TTKYTÖ Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

Değişkenler	Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	20,008	5,767	<0,001**	13,166	26,850
Yaş	-0,151	-0,980	0,328	-0,454	0,153

Meslekte çalışma süresi	0,001	0,006	0,995	-0,305	0,306
Büyüdüğünüz yer (Köy)	3,609	3,491	0,001**	1,570	5,647
Büyüdüğünüz yer (Kasaba)	3,928	3,092	0,002**	1,423	6,434
Büyüdüğünüz yer (İlçe)	0,872	1,127	0,261	-0,654	2,399
İlgilenilen yöntem (Var)	2,647	2,195	0,029*	0,269	5,026
Sorgulama (Evet)	1,586	1,994	0,048*	0,018	3,155

*p<0,05

**p<0,01

TTKYTÖ puanına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirildi. Analize TTKYTÖ puanı üzerine tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olduğu saptanan yaş, meslekte çalışma süresi, büyüdüğü yer, ilgilenilen tamamlayıcı ve destekleyici tedavi olması durumu ve hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama değişkenleri bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin TTKYTÖ puanına ait varyansın %13'ünü açıkladığı bulundu ($R^2_{adj}=0,130$, $F=5,358$, $p<0,001$). Modelde büyüdüğü yer, ilgilenilen tamamlayıcı ve destekleyici tedavi olması durumu ve hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama değişkenlerinin anlamlı şekilde yer aldığı saptandı. Köyde büyüyen hemşirelerin puanlarının 3,609 birim daha büyük olduğu saptandı [Beta (%95 GA): 3,609 (1,570, 5,647), $p=0,001$]. Kasabada büyüyen hemşirelerin puanlarının 3,928 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA): 3,928 (1,423, 6,434), $p=0,002$]. İlgilenilen tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi olan hemşirelerin puanlarının 2,647 birim daha büyük olduğu saptandı [Beta (%95 GA): 2,647 (0,269, 5,026), $p=0,029$]. Hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulayan hemşirelerin puanlarının 1,586 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA): 1,586 (0,018, 3,155), $p=0,048$] (Tablo 11).

Tablo 12. KDHYTÖ İnanç Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi
Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

İnanç	Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	21,455	22,515	<0,001**	19,576	23,334
Eğitim durumu (Ön lisans)	1,596	1,004	0,317	-1,540	4,732
Eğitim durumu (Lisans)	3,766	3,625	<0,001**	1,717	5,815
Eğitim durumu (Yüksek lisans/doktora)	4,071	3,463	0,001**	1,753	6,390
TAT Bilgi (Evet)	1,322	2,172	0,031*	0,122	2,522
Sorgulama (Evet)	1,880	2,799	0,006**	0,556	3,205
KDH eğitim (Evet)	3,601	5,760	<0,001**	2,368	4,833

*p<0,05

**p<0,01

KDHYTÖ İnanç alt boyut puanına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize KDHYTÖ İnanç alt boyut puanı üzerine tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olduğu saptanan eğitim durumu, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma, hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama ve KDH ile ilgili eğitim alma değişkenleri bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KDHYTÖ İnanç alt boyut puanına ait varyansın %33,3'ünü açıkladığı saptandı ($R^2_{adj}=0,333$, $F=18,005$, $p<0,001$). Modelde eğitim durumu, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma, hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama ve KDH ile ilgili eğitim alma değişkenlerinin anlamlı şekilde yer aldığı saptandı. Lisans mezunu hemşirelerin puanlarının 3,766 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA): 3,766 (1,717, 5,815), $p<0,001$]. Yüksek lisans / doktora mezunu hemşirelerin puanlarının 4,071 birim daha büyük olduğu saptandı [Beta (%95 GA): 4,071 (1,753, 6,390), $p=0,001$]. Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olan hemşirelerin puanlarının 1,322 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA): 1,322 (0,122, 2,522), $p=0,031$]. Hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulayan hemşirelerin puanlarının 1.880 birim daha büyük olduğu saptandı [Beta (%95 GA): 1,880 (0,556, 3,205), $p=0,006$]. KDH ile ilgili eğitim alan hemşirelerin puanlarının 3.601 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA): 3,601 (2,368, 4,833), $p<0,001$] (Tablo 12).

Tablo 13. KDHYTÖ Uygulama Niyeti Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

Uygulama niyeti	Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	13,692	22,352	<0,001**	12,484	14,899
Eğitim durumu (Ön lisans)	0,508	0,497	0,620	1,509	2,526
Eğitim durumu (Lisans)	0,968	1,451	0,148	-0,347	2,283
Eğitim durumu (Yüksek lisans/doktora)	1,336	1,798	0,074	-0,129	2,802
KDH eğitim (Evet)	1,776	4,510	<0,001**	1,000	2,553

**p<0,01

KDHYTÖ Uygulama niyeti alt boyut puanına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize KDHYTÖ Uygulama niyeti alt boyut puanı üzerine tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olduğu saptanan eğitim durumu, KDH ile ilgili eğitim alma değişkenleri bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KDHYTÖ Uygulama niyeti alt boyut puanına ait varyansın %13,1'ini açıkladığı saptandı ($R^2_{adj}=0,131$, $F=8,675$, $p<0,001$). Modelde KDH ile ilgili eğitim alma değişkeninin anlamlı şekilde yer aldığı bulundu. KDH ile ilgili eğitim alan hemşirelerin puanlarının 1.776 birim daha büyük olduğu saptandı [Beta (%95 GA): 1,776 (1,000, 2,553), $p<0,001$] (Tablo 13).

Tablo 14. KDHYTÖ Duygular Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

Duygular	Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	13,483	17,409	<0,001**	11,956	15,011
Cinsiyet (Kadın)	1,019	2,010	0,046*	0,019	2,019
Eğitim durumu (Ön lisans)	-0,289	-0,254	0,800	-2,534	1,956
Eğitim durumu (Lisans)	0,977	1,315	0,190	-0,489	2,444

Eğitim durumu (Yüksek lisans/doktora)	1,178	1,425	0,156	-0,452	2,808
Sorgulama (Evet)	0,922	1,899	0,059	-0,036	1,880
KDH eğitim (Evet)	1,643	3,745	<0,001**	0,778	2,508

*p<0,05

**p<0,01

KDHYTÖ Duygular alt boyut puanına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize KDHYTÖ Duygular alt boyut puanı üzerine tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olduğu saptanan cinsiyet, eğitim durumu, hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama ve KDH ile ilgili eğitim alma değişkenleri bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KDHYTÖ Duygular alt boyut puanına ait varyansın %13,4'ünü açıkladığı bulundu ($R^2_{adj}=0,134$, $F=6,254$, $p<0,001$). Modelde cinsiyet ve KDH ile ilgili eğitim alma değişkenlerinin anlamlı şekilde yer aldığı saptandı. Kadın hemşirelerin puanlarının 1,019 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA): 1,019 (0,019, 2,019), $p=0,046$]. KDH ile ilgili eğitim alan hemşirelerin puanlarının 1.643 birim daha büyük olduğu saptandı [Beta (%95 GA): 1,643 (0,778, 2,508), $p<0,001$] (Tablo 14).

Tablo 15. KDHYTÖ Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi
Amacıyla Gerçekleştirilen Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

Toplam	Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	47,688	21,717	<0,001**	43,358	52,019
Cinsiyet(Kadın)	2,403	1,676	0,095	-0,425	5,231
Eğitim durumu (Ön lisans)	2,144	0,660	0,510	-4,264	8,552
Eğitim durumu (Lisans)	5,755	2,706	0,007**	1,561	9,950
Eğitim durumu (Yüksek lisans/doktora)	6,871	2,859	0,005**	2,132	11,610

Tamamlayıcı Ve Destekleyici Tedavi Bilgi (Evet)	0,542	0,436	0,663	-1,911	2,996
Sorgulama (Evet)	3,144	2,287	0,023*	0,432	5,855
KDH eğitim (Evet)	7,155	5,600	<0,001**	4,635	9,675

*p<0,05

**p<0,01

KDHYTÖ Toplam puanına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirildi. Analize KDHYTÖ Toplam puanı üzerine tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olduğu saptanan cinsiyet, eğitim durumu, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma, hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama,

KDH ile ilgili eğitim alma değişkenleri bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KDHYTÖ Toplam puanına ait varyansın %26.7'sini açıkladığı bulundu ($R^2_{adj}=0.267$, $F=11.640$, $p<0.001$). Modelde eğitim durumu, hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama ve KDH ile ilgili eğitim alma değişkenlerinin anlamlı şekilde yer aldığı saptandı. hemşirelerin Yüksek lisans / doktora mezunu hemşirelerin puanlarından 6.871 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA): 6.871 (2.132, 11.610), $p=0.005$]. Hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulayan hemşirelerin puanlarının 3.144 birim daha büyük olduğu saptandı [Beta (%95 GA): 3.144 (0.432, 5.855), $p=0.023$]. KDH ile ilgili eğitim alan hemşirelerin puanlarının 7.155 birim daha büyük olduğu bulundu [Beta (%95 GA):

7.155 (4.635, 9.675), $p<0.001$] (Tablo 15).

5.TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p>0.05$) yaş grubu arttıkça hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumlarının azaldığı bulundu (Tablo 6). Literatürde hemşireler ya da meslek yaşamına başlamamış olan hemşire adayları üzerinde yürütülen araştırmada tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutum düzeyi ile araştırmaya katılanların yaşları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$) (129). Bu kapsamda yaş grubu değişkenine göre elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir. Tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutum düzeyinin küçük yaş gruplarında yer alan hemşireler lehine anlamlı farklılık

göstermesinin temelinde küçük yaş grubunda yer alan hemşirelerin meslek yaşamlarının başlarında oldukları için iş motivasyonlarının yüksek olmasının ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri konusunda kendilerini geliştirmelerinin yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Elde edilen bulgulara göre meslekte çalışma süresi arttıkça hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumlarının azaldığı belirlenmiştir(Tablo 6). Bu sonucun ortaya çıkmasında hemşirelerde çalışma yılı arttıkça mesleki tükenmişliğin artmasının, iş doyumunun azalmasının, bununla beraber, tedavi yöntemleri konusunda kendini geliştirme isteklerinin azalmasının yattığı düşünülebilir. Buna karşılık çalışma yaşamının ilk yıllarında olan hemşirelerde tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik tutum düzeyinin yüksek olmasının temelinde ise iş yaşamının başında olmalarının, buna bağlı olarak iş motivasyonlarının ve kendini geliştirme isteklerinin yüksek olmasının yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6). Sağlık çalışanları üzerinde bu konuda yapılan bir araştırmada tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin çalışan görüşlerinin bazı sosyo-demografik değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmış, araştırmaya 199 kadın ve 85 erkek çalışan katılmıştır. Araştırmanın sonunda katılımcıların tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutumlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (130). Literatürde yer alan bazı araştırma bulguları ise cinsiyet değişkenine göre farklı sonuçlar gözleendiğini ortaya koymaktadır. Baştaş ve Özbey tarafından bu konuda yapılan bir araştırmada hemşire adaylarında tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik tutumlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$) (129). Bu araştırmanın sonucu bazı araştırmalarda litaretürle benzerlik gösterirken bazı araştırmalarda litaretürle benzerlik göstermemektedir.

Hemşirelerin medeni durumları ile tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutumlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 6). Literatürde yer alan araştırmalarda hemşirelerde medeni durum değişkenine göre tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutumların incelendiği araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Yapılan bu araştırmada hemşirelerin

tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutumlarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde tamamlayıcı tedavi konusundaki tutumların medeni durumdan ziyade konu hakkında bilgi sahibi olmakla ilişkili olmasının yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 6). Literatürde yer alan ve sağlık çalışanları üzerinde yürütülen benzer araştırmalarda da tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin katılımcı görüşlerinin ve tutumlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir ($p>0.05$) (130). Bu araştırma literatürü ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyüdüğü yer ile tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutumları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bulgulara göre köyde yetişmiş olan hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumlarının ilde yetişmiş hemşirelerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 6). Diğer yerleşim yerleri arasındaki farklılıkların ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı belirlenmiştir. İlde yetişmiş hemşireler ile kıyaslandığı zaman köylerde yetişmiş olan hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemleri konusundaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasının temelinde köylerde tamamlayıcı tedavi yöntemlerine daha fazla başvurulmasının yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumları ile tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutumları arasında anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6). Literatürde bu konuda yapılan araştırmalar sınırlı olmakla beraber, sağlık çalışanları üzerinde bu konuda yapılan bir araştırmada tamamlayıcı tedavi yöntemleri konusunda bilgili olma ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini daha önce duymuş olma değişkenlerine göre çalışanların tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutumlarının anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (130). Bu araştırma sonucu literatürü desteklemektedir.

Hemşirelerin bireysel olarak ilgilendikleri tamamlayıcı ve destekleyici tedavi bulunması durumu ile tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini kullanmaya

yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bulgulara göre, bireysel olarak ilgilendikleri tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi bulunan hemşirelerin tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bu konuda yapılan araştırmalar sınırlı olmakla beraber, yapılan araştırmalarda da bireysel olarak destekleyici ve tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanan ya da kullanmayan sağlık çalışanlarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerine ilişkin tutumlarının anlamlı farklılık gösterdiği bulgularına ulaşılmıştır ($p<0.05$) (130). Bu araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama durumları ile tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bulgulara göre hastaların tedavi yöntemlerini kullanıp kullanmadıklarını sorgulayan hemşirelerin tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde hastaların tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini kullanma durumlarını sorgulayan hemşirelerin söz konusu tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olmasının, bununla beraber hem hastaları tedavi konusundaki sorgulama hem de tedavi yöntemlerine yönelik tutumlarının yüksek olmasının yattığı düşünülebilir. Literatürde bu konuda yapılan bazı araştırmalarda ise bu araştırmada ulaşılan bulguların aksine hastalarda destekleyici ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma durumunu sorgulama değişkenine göre sağlık çalışanlarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerine yönelik tutumlarının anlamlı farklılık göstermediği bulgularına ulaşılmıştır ($p>0.05$) (130). Bu araştırma literatür ile benzerlik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 8). Araştırmada elde edilen bu sonucun literatürde yer alan ve farklı hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir (131-132).

Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği bulundu ($p>0.05$)

(Tablo 8). Hemşireler üzerinde yürütülen benzer bir araştırmada da hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik alt boyutlarına ilişkin tutumlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Aynı araştırmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik ölçeğinden aldıkları toplam puanın da meslekte çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$)(133). Farklı birimlerde görev yapan hemşireler üzerinde yapılan diğer bir araştırmada da hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir ($p>0.05$) (134). Bu araştırma literatür sonuçlarını desteklemektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bölümde çalışma süreleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 8). Literatürde yer alan benzer araştırmalarda da farklı birimlerde görev yapan hemşirelerde çalıştığı bölümde çalışma süresi değişkenine göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği bulgularına ulaşılmıştır($p>0.05$) (135,136). Bu araştırma literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$) (Tablo 9). Elde edilen bulgulara göre, kadın hemşirelerin hem duygular alt boyutuna hem de ölçek toplamına ilişkin puanlarının erkek hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Literatürde bu konuda yapılan araştırmalarda farklı bulgulara ulaşıldığı görülmektedir. Literatürde yer alan ve 200 hemşire üzerinde yürütülen bir araştırmada kadın ve erkek hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$)(137). Yapılan başka bir araştırmada hemşirelerde kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırma bulguları arasında paralellik olmamasının temelinde araştırmaların farklı birimlerde görev yapan hemşireler üzerinde yapılmasının yattığı düşünülebilir (133). Bu araştırma bazı literatür kaynakları ile benzerlik gösterirken bazıları ile benzerlik göstermemektedir.

Hemşirelerin medeni durumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Literatürde yer alan araştırma sonuçlarının da bu araştırmada ulaşılan bulgular ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Marmara bölgesinde bulunan hastanelerde görev yapan hemşireler üzerinde yürütülen araştırmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik alt boyutlarına ve toplam ölçek puanına ilişkin bulguların medeni duruma göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (137). Farklı hastanelerde görev yapan hemşireler üzerinde yapılan diğer araştırmalarda da hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir ($p>0.05$) (131). Elde edilen bulgular ve literatürde yer alan araştırma bulguları değerlendirildiği zaman hemşirelerde medeni durum değişkeninin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutum üzerinde belirleyici olmadığı söylenebilir. Bu araştırma literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$) (Tablo 9). Literatürde hemşireler üzerinde yapılan benzer araştırmalarda da kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutum düzeyinin farklılık gösterdiği belirtilmiştir ($p<0.05$) (137-138). Cerrahi hemşireleri üzerinde yürütülen ve 186 hemşirenin katıldığı bir araştırmada hemşirelerde eğitim düzeyi arttıkça kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının da yükseldiği bulunmuştur (139). Bu kapsamda eğitim düzeyinin yüksek olmasının kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin tutumu olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Buna karşılık literatürde yer alan sınırlı sayıda araştırmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir ($p>0.05$) (131-134,140). Bu araştırma bazı literatür kaynakları ile benzerlik gösterirken bazı kaynaklar ile benzerlik göstermemektedir.

Hemşirelerin büyüdükları yerleşim yerleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 9). Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin tutumların yaşanan yerleşim yerinden ziyade alınan eğitim ile yakından ilişkili olmasının yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 9). Hemşireler üzerinde bu konuda yapılan bir araştırmada dahili birimlerde çalışan hemşireler ile cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik

tutumlarının incelenmesi amaçlanmış, araştırmanın sonunda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının çalışılan bölüm değişkenine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$)(137). Yapılan başka bir araştırmada hemşirelerin görev yaptıkları bölüme göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının anlamlı farklılık göstermediği, bu kapsamda görev yapılan bölüm değişkeninin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum üzerinde belirleyici olmadığı rapor edilmiştir (133). Başka bir araştırmada da hemşirelerin görev yaptıkları bölüm (yoğun bakım, acil, ameliyathane, ortopedi, göğüs cerrahi-beyin cerrahi, üroloji, KBB, genel cerrahi) değişkenine göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (134,136). Bu araştırma literatür sonuçlarını desteklemektedir.

Hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi kullanma durumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 9). Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde hemşirelerin genel olarak kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyde olmasının, bu kapsamda tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerini kullanan ve kullanmayan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgi düzeylerinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış ($p<0.05$), bilgi sahibi olan hemşirelerin tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri konusunda bilgi düzeyi yüksek olan hemşirelerin tedavi süreçlerinde kanıtlara daha fazla dikkat etmelerinin yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin bireysel olarak ilgilendikleri tamamlayıcı ve destekleyici tedavi bulunması ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 9). Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bir bölümünün (%91.7) tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi kullanmıyor olmasının yattığı düşünülebilir. Bu kapsamda konuyla ilgili olarak bireysel olarak tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi kullanan ve kullanmayan hemşirelerin sayısal

dağılımlarının birbirine yakın olduğu araştırmalar yapılabilir.

Hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili eğitim alma durumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 9). Literatürde farklı birimlerde çalışan hemşireler üzerinde yapılan araştırma bulguları tamamlayıcı ve destekleyici tedavi eğitimi alma durumuna göre hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedaviye yönelik tutumlarının anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır ($p>0.05$) (131). Bu araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama durumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$) (Tablo 9). Elde edilen bulgulara göre tedavi durumunu sorgulayan hemşirelerin ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasında hastaların tedavi yöntemlerini kullanma durumlarını sorgulayan hemşirelerin konuya ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olmasının yattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili eğitim alma durumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Elde edilen bulgulara göre bu konuda eğitim almış olan hemşirelerin tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bu konuda yapılan benzer bir araştırmada hemşirelere hizmet içi eğitim faaliyeti kapsamında verilen kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları eğitiminin kanıta dayalı tutum üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmış, araştırmaya katılan hemşirelere verilen eğitim programının ardından hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu yönde geliştiği bulunmuştur (141). Yapılan bir araştırmada da cerrahi hemşirelerinde kanıta dayalı hemşirelik üzerine eğitim almanın kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu olumlu yönde etkilediği rapor edilmiştir (134). Bu araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu, bu kapsamda hemşirelerde kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum düzeyi arttıkça kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutlarının tutum düzeylerinin de arttığı sonucuna

ulaşılmıştır($p<0.05$) (Tablo 10). Cerrahi hemşireleri üzerinde bu konuda yapılan benzer bir araştırmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu yönde olmasının kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanma düzeylerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$) (134). Hemşire adayları üzerinde yapılan diğer bir araştırmada hemşire adaylarında hemşirelik mesleğine ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum üzerinde belirleyici olduğu rapor edilmiştir ($p<0.05$) (142). Bu araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe ve tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %80'inin kadın, %59'unun bekar, %60'ı lisans mezunu olduğu, %54,1'i ilde büyüdüğü bulundu.
- Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin tamamlayıcı tedaviyi kullanmaya yönelik tutum ölçeği puan ortalaması $17,18\pm4,95$ olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puan ortalaması $59,26\pm9,52$ olarak bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği inanç alt boyutu puan ortalaması $27,65 \pm 4,89$ olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği uygulama niyeti alt boyutu puan ortalaması $15,46 \pm 2,78$ olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği duygular alt boyutu puan ortalaması $16,14 \pm 3,10$ olarak bulunmuştur.
- Hemşirelerin yaşları, meslekte çalışma süreleri, bireysel olarak ilgilendikleri TAT yöntemi bulunup bulunmaması, hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanıp kullanmadıklarını sorgulama durumlarına göre TTKYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$).
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan bölüm, bölümde çalışma süreleri, TAT ile ilgili eğitim alma durumları, KDH ile ilgili eğitim alma durumları, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre TTKYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).
- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre KDHYTÖ İnanç ve Uygulama niyeti ve Duygular alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Eğitim almış olan hemşirelerin puanlarının eğitim almamış olan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu bulundu.
- Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KDHYTÖ İnanç ve Uygulama niyeti alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KDHYTÖ Duygular alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p = 0,021$). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KDHYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p < 0,05$). Kadınların puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu saptandı.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, meslekte çalışma süresi, bölümde çalışma süresi, medeni durum, büyüdükleri yer, çalıştıkları bölüm, bireysel olarak ilgilendikleri tamamlayıcı ve destekleyici tedavi olup olmaması, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre KDHYTÖ inanç, uygulama

niyeti ve duygular alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

- Hemşirelerin TTKYTÖ puanlarına göre KDHYTÖ İnanç, Uygulama niyeti ve Duygular alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Araştırmada hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri ile kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarına yönelik elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Hemşirelerde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerine yönelik tutum düzeyine ilişkin geniş kapsamlı bilgilere ulaşılması için daha büyük örneklem grupları ile benzer araştırmalar yapılabilir.
- Hemşirelerde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerine yönelik bilgi düzeyinin artırılması için konu hakkında hizmet içi eğitimler verilebilir. Eğitimlerin sonunda hemşirelerin konu hakkındaki bilgi düzeylerinin hangi seviyede geliştiğine yönelik sonuçlara ulaşılabilir.
- Hemşirelerde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerine yönelik tutumların şekillenmesinde hastanelerin söz konusu tedavi yöntemlerine yönelik donanım ve departmanlarının yeterli özelliklere sahip olması önemli bir konudur. Bu noktada hem hemşirelerin tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerine yönelik tutumlarının artırılması hem de tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinin daha fazla kullanılmasının önünü açmak için hastanelerde tamamlayıcı ve destekleyici tedavi birimleri oluşturulabilir.
- Hemşirelerde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutum düzeyinin yüksek olması doğru tanı, teşhis ve tedavi uygulaması için oldukça önemlidir. Bu noktada hemşirelere tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri konusunda hizmet içi eğitimler verilebilir.



KAYNAKLAR

1. Ernst, E., Cassileth B.(1998). “*The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: A systematic review*”. Cancer, 83,777-782.
2. National Cancer Institute (2012, 2014). Nov, Complementary and Alternative Medicine in Cancer Treatment.
3. Ernst E., White A.(2000). “*The BBC survey of complementary medicine use in the UK*”. Complementary Therapies in Medicine, 8: 32-36.
4. Furnham A. (2002). Complementary and Alternative Medicine. Psychologist, 15: 228-231.
5. Shorofi SA & Arbon P.(2010). “*Nurses’ knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): a survey at five metropolitan hospitals in Adelaide*”. Complementary Therapies in Clinical Practice, 16, 229–234.

6. Fontaine K.(2011). Healing practices. Complementary & alternative therapies for nursing practice. 3rd ed. Boston, MA: Pearson Education Inc.
7. Christina J.(2014). Flinders Üniversitesi. *Hemşirelerin kanserli erişkin hastalar için tamamlayıcı tedaviye yönelik bilgi ve tutumları*: Tez.
8. Clarke SJ., Mclachlan AJ.(2011). *Konvansiyonel anti-kanser ilacı ile tamamlayıcı ve alternatif tıp arasındaki etkileşim*. Kanser Forumu, 35 : 18-23.
9. Forsberg A., Fagevik Olsén M.(2011). “İsveç'teki cerrahi bakımda kayıtlı meslekler arasında tamamlayıcı tedavilerin algılanması”. *Kompleman Ther Kliniği Uygulaması*,17, 44-9.
10. Walshe, K.,Rundall, T. G.(2001). “*Evidence-based management: From the oryptopractice in healthcare*”. The Milbank Quarterly, 79(3), 429-457
11. Temel, A.B., Ardahan, M.(2011). “*Hemşirelik araştırmalarının kullanımı, engeller ve araştırma kullanımında değişim modelleri*”. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 63-70.
12. Babaoğlu, Ö.M. Yaşar, Ü., Dost, T., Kayalp, O.(2009). “*Kanıtı Dayalı Tıp: Kavramlar, Örnekler ve Görüşler*”. *Türkiye Klinikleri*, 29(5), 1298-305.
13. Erden, A.(2004). “*Kanıtı Dayalı Radyoloji*”. *Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi*, 10(2), 89-91.
14. Kocaman, G.(2003). “*Hemşirelikte Kanıtı Dayalı Uygulama*”. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (2), 61-69.
15. Kara, M., Babadağ, K.(2003). “*Kanıtı Dayalı Hemşirelik*”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3), 96-104.
16. Çavuşoğlu, H.(2007). “*Oral Mukozit Yönetiminde Kanıtı Dayalı Hemşirelik*”. *Türkiye Klinikleri*, 27(3), 398-406.
17. Fink, R.,Thompson, C.J., Bonnes, D. (2005). “*Overcoming barriers and promoting theuse of research in practice*”. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 121-129.
18. Yılmaz, M.(2005). “*Hemşirelik bakım kalitesini geliştirme yolu olarak kanıtı dayalı uygulam*”. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1), 41-48.
19. Şencan A., Bulam H., Aral M., Özmen S.(2011). “*Bitkisel İlaç Kullanımının Cerrahi Açıdan Önemi*”. *Türk Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 19(1), 18- 22.
20. International Council of Nurses.(2009). About The International Council of Nurses.

Available from: URL: <http://www.icn.ch/abouticn.htm>.

21. Akdemir N, Birol L.(2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No:2.
22. Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi.(1981). Hemşireliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerini Kapsayan Bir Rehber. Ankara.
23. Atalay M.(1981). Hemşireliğin Felsefesi ve Tanımı. Türk Hemşireler Dergisi, 31(4): 13
24. Ulusoy F.(1998). “*Türkiye’de Hemşirelik Eğitimi Tarihsel Süreci*”. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi, 2(1): 1-8.
25. Çevik E, Tapucu A, Aksoy Ş. (2004). “*Florence Nightingale’in Hemşirelik Öğretilerine ve Feminist İdeolojiye Katkılarına Genel Bir Bakış*”. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 12(3): 177–182.
26. Kozier B, Erb G.(2000). Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice. 6th Ed. New Jersey: Prentice-Hall Health- Multi-Media Edition.
27. Bayık A.(1991). “*Ülkemizde Hemşirelik Eğitiminin Gelişimi ve Öğretime İlişkin Sorunlar*”. Ege Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 7(3); 29-40.
28. Aydın H. (2007). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş etme Durumları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
29. Aslan F.(2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 1.
30. Yavuz M. (2009). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana, s:293.
31. Eti Aslan F. (2009). “*Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi*”. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1): 104-113.
32. Özer N.(2016). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi Cerrahinin Sınıflandırılması Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Üzerindeki Etkileri. Eti Aslan F. (Ed.), *Cerrahi Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 3-38.
33. Yava A, Çiçek H, Tosun N, Yanmış N, Koyuncu A, Güler A & Akbayrak N. (2008). “*Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Hemşirelerinin Araştırma Sonuçlarını Kullanmalarını Etkileyen Faktörler*. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi, 2(4):160-166.

34. Temel AB, Ardahan M. (2011). “*Hemşirelik Araştırmalarının Kullanımı, Engeller ve Araştırma Kullanımında Değişim Modelleri*”. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3: 63-70.
35. Beyea SC, Slattery MJ.(2006). Evidence-Based Practice in Nursing. A Guide to Successful Implementation, 1-113.
36. Çavuşoğlu H.(2007). “*Oral Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Hemşirelik*”. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 27(3):398-406.
37. Karadaş C, Özdemir L.(2015). “*Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*”. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, S:30–39.
38. Muslu GK, Baybek H, Yıldız HT & Kıvrak A.(2015). “*Öğrencilerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*.” Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi,3(2):1-16.
39. Seçginli S.(2014). Hemşirelikte Araştırma Kullanımı ve Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, (Eds), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s.333-358.
40. Tan M, Sahin ZA & Özdemir FK.(2012). “*Barriers of Research Utilization From The Perspective Of Nurses in Eastern Turkey*”. Nursing Outlook, 60(1):44-50.
41. Glacken M, Chaney D.(2004). “*Perceived Barries and Facilitators to Implementing Research Findings in the Irish Practice Setting*”. Journal of Clinical Nursing, 13,731-740.
42. Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M & Doğan S.(2008). “*Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Yapma ve Araştırma Sonuçlarını Bakımda Kullanma İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi*”. Turkish Journal Of Research & Development in Nursing, 10(2):3-16.
43. Brown CE, Ecoff L, Kim SC, Wickline MA, Rose B, Klimpel K & Glaser D.(2010). “*Multi-Institutional Study of Barriers to Research Utilisation and Evidence-Based Practice Among Hospital Nurses*”. Journal of Clinical Nursing, 19:1944– 1951.
44. Koyuncu AS, Özgülbaş, N.(2009). Veri Madenciliği: Tıp ve Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı ve Uygulamaları. Bilişim Teknolojileri Dergisi, 2(2):21-32.

45. Karagözoğlu Ş.(2006). “*Bilim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik*”. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 13(2):64-71.
46. Ateşyan Y.(2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıt Temelli Uygulama Yetkinlikleri. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
47. Brown CE, Mary W, Laurie E, Dale G.(2009). “*Nursing Practice, Knowledge, Attitudes and Perceived Barriers to Evidence-Based Practice at an Academic Medical Center*”. Journal of Advanced Nursing, 65(2): 371-381.
48. Şenyuva E.(2016). “*Hemşirelik Eğitimi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar*”. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24(1):59-65.
49. Muslu-Karayağız, G. ve Öztürk, C.(2008). “*Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı*”. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51, 62-67.
50. World Health Organization.(2017). Traditional and complementary medicine. Erişim adresi: <http://who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>.
51. Bilge, A., Uğuryol, M., Dülgerler, Ş., & Yildiz, M.(2018). “*Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*”. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34, 55-63.
52. Ayhan, Y. Kocaman, G. ve Bektaş, M.(2015). “*Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması*”. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 17(2-3), 21-35.
53. Jordan, M.L., Delunas, L.R. (2001). “*Quality of life and patterns of nontraditional therapy use by patients with cancer*”. Oncology Nursing Forum, 28: 1107-1113.
54. Magee, K.A.(2005). “*Herbal therapy: a review of potential health risks and medicinal interactions.*” Orthodontics & Craniofacial Research, 8: 60-74.
55. Kav, S., Hanoğlu, Z., Algier, L.(2008). “*Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması*”. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi,18(1): 32-38.
56. Tascilar, M., De Jong, F.A., Verweij, J., Mathijssen, R.H.J.(2006). “*Complementary and alternative medicine during cancer treatment: beyond innocence*”. The Oncologist, 11: 732–741.
57. Kalpaklıoğlu, F.(2002). “*Allerjik Rinitte Tamamlayıcı/Alternatif Tedavi,*” Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Özel, 4(2): 100-107

58. Cattell, E. (1999). "*Nurse practitioners' role in complementary and alternative medicine: active or passive?*". Nursing Forum, 34(3): 14-23.
59. Kara, B.(2006). "*Kronik Böbrek Yetmezliğine Bitkisel Ürünlerin Etkisi*". Gülhane Tıp Dergisi, 48: 189-193.
60. Brown, J., Cooper, E., Frankton, L., Steeves-Wall, M., Gillis-Ring, J., Barter, W. ve diğ.(2007). "*Complementary and alternative therapies: survey of knowledge and attitudes of health professionals at a tertiary pediatric/women's care facility*". Complementary Therapies in Clinical Practice, 13: 194–200.
61. Uzun, O., Tan, M. (2004). "*Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies*". Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 10(4): 239-244.
62. Rampes, H., Sharples, F., Maragh, S., Fisher, P. (1997). "*Introducing complementary medicine into the medical curriculum*". Journal of the Royal Society of Medicine, 90(1): 19-22.
63. Bourgeault, I.L. (1996). "*Physicians' attitudes toward patients' use of alternative cancer therapies*". Canadian Medical Association Journal, 155: 1679-1685.
64. DeKeyser, F.G., Cohen, B.B., Wagner, N. (2001). "*Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine*". Journal Of Advanced Nursing, 36(1): 41–48.
65. Rankin-Box, D.(1997). "*Therapies in practice: a survey assessing nurses' use of complementary therapies*". Complementary Therapies In Nursing And Midwifery, 3: 92–99.
66. Sohn, P.M., Cook, C.A.L.(2002). "*Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice*". Journal of Advanced Nursing, 39(1): 9–16.
67. Salmenpera, L., Suominen, T., Lauri, S.(1998). "*Oncology nurses' attitudes towards alternative medicine*". Psycho-Oncology, 7: 453–459.
68. Wang, S.Y., Yates, P.(2006). "*Nurse's responses to people with cancer who use complementary and alternative medicine*". International Journal Of Nursing Practice, 12: 288-294.
69. Topuz, E.(2008). Kanserde Alternatif Ve Tamamlayıcı Tıp (Bilimsel Yaklaşım) (7.bs). İstanbul: İletişim Yayınları.
70. Ceyhan, D, Tasa Yiğit, T.(2017). "*Güncel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi*

Tedavilerin Sağlık Uygulamalarındaki Yeri” . Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6 (3) , 178-189.

71. Patwardhan B, Chopra A, Vaidya ADB.(2003). “*Herbal remedies and the bias against Ayurveda*”. Curr Sci, 84:1165–6.
72. Bilge Z.(2010). Kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanımı (Tez).Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Medikal Onkoloji Bilim Dalı.
73. Köksoy S.(2008). Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire Ve Ebelerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumları (Tez). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
74. Aydın D.(2006). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan pretermlere dinletilen klasik müziğin, bebeklerin stres belirtileri, büyümesi, oksijen sturasyon düzeyi ve hastanede kalış süresine etkisi (Tez) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
75. Yeter G.(2012). Çocuk kanser hastalarında semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı (Tez).Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
76. Çoban H.(2005). Transandantal meditasyon (içeriği, amacı, Türkiye’deki faaliyetleri) (Tez).Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı.
77. <http://www.drhulyapekar.com/index.php/akupunkturun-tarihcesi> Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2016.
78. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Akupunktur> Erişim tarihi:20 Ağustos 2016.
79. Madenci E.(2007). “Klasik Masaj”, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 53; 58- 61.
80. Muslu, G., Öztürk, C.,(2008). “*Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı*”, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51,62-67.
81. Arslan M, Şar S. (2013). “*An alternative treatment system: Homeopathy*”. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi,1(1):38.
82. Khorshid L, Yapucu Ü. (2005). “*Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü*”. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2):124-30.

83. Acupuncture, <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/> Erişim: 14 Ocak 2009.
84. Göksoy T.(2010). “*Akupunkturun tarihçesi*”. Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Özel Dergisi, 3(1):1-5.
85. Lao, L., Hamilton, G.R., Fu, J., Bermani B.M.(2003). “*Is acupuncture safe? A systematic review of case reports*”, Alternative Therapies in Health And Medicine, 9(1): 72-83.
86. Pawardhan, B., Warude, D., Pushpangadan, P., Bhatt, N.(2005). “*Ayurveda and traditional chinese medicine:a comparative overview*”. Evidence Based Complementary and Alternative Medicine, 2(4): 465-473.
87. Gordon, J.S.(2008). “*Mind-body medicine and cancer*”. Hematology/Oncology Clinics of North America, 22: 683-708.
88. Yıldırım, G., Hotun Şahin, N.(2003). “*Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı*”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1): 14-20.
89. Argyl, M.(2006). İbadet Ve Dua (M. KOÇ, Çev.). Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,21(2): 317-338.
90. Doksat, K.(1998). “*Baş Ağrıları Ve Psikiyatri*”. İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş Ağrıları-Baş Dönmeleri Sempozyumu, İstanbul. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/10/1007kd.pdf>.
91. Marcus, J., Elkins, G., Mott, M.(2003). “*A model of hypnotic intervention for palliative care*”. Advances in Mind-Body Medicine, 19(2): 24-27.
92. Richardson, J., Smith, J.E., Mccall, G., Richardson, A., Pilkington, K., Kirsch, I.(2007). “*Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy : a systematic review of the research evidence*”. European Journal of Cancer Care (Engl), 16(5): 402-412
93. Kav, S., Hanoğlu, Z., Algier, L.(2008). “*Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması*”. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 18(1): 32-38.
94. Ezeome, E.R., Anarado, A.N.(2007). “*Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the university of Nigeria teaching hospital, Enugu, Nigeria*”. BMC Complementary and Alternative Medicine, 12(7): 28

95. Zaffani, S., Cuzzolin, L., Benoni, G. (2006). “*Herbal products: behaviors and beliefs among Italian women*”. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 15:354359.
96. Aslan, O., Vural, H. Komurcu. S., Ozet, A.(2006). “*Use of complementary and alternative medicine by cancer patients in Turkey: a survey*”. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(4): 355-356.
97. Altun, T., Usta, F., Çelik, F., Danabaş, D.(2008). “*Su Ürünlerinin İnsan Sağlığına Yararları*”. www.akuademi.net/USG/USG2004/CK/ck02.pdf
98. Guyton, C.A., Hall, J.E.(2007). *Tıbbi Fizyoloji* (H. Çavuşoğlu, B.Ç. Yeğen, Çev.). Ankara: Nobel Kitabevleri.
99. Milan, F.B., Landau, C., Murphy, D.R., Balletto, J.J., Szykowski, T., Hart, J.A. ve diğ.(1998). “*Teaching residents about complementary and alternative medicine in the United States*”. *Journal of General Internal Medicine*, 13: 562567.
100. Hakverdioglu, G., Turk, G.(2006). “*Acupressure*”, *Journal of Hacettepe University School of Nursing*, 13(2): 43-47.
101. White, E., Shannon, J.S., Patterson, R.E.(1997). “*Relationship between vitamin and calcium supplement use and colon cancer.*” *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 6: 769-774.
102. Smith, M.C., Kemp, J., Hemphill, L., Vojir, C.P. (2002). “*Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients*”. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3): 257-262.
103. Field, T., Diego, M., Reif, M.H.(2007). “*Massage therapy research*”, *Developmental Review*, 27: 75-89.
104. White, R.A., Moody, C.R., Campbell, L.J.(2007). “*Acupressure for smoking cessation- a pilot study.*” *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7(8): 1-9.
105. Harmon, D., Gardiner, J., Harrison, R., Kelly, A.(1999). “*Acupressure and the prevention of nausea and vomiting after laparoscopy*”. *British Journal of Anaesthesia*, 82(3): 387-390.
106. Karagülle, Z.(2008). “*Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talassoterapi*”. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28(Suppl), S224-S229.
107. Mackereth, P.A., Booth, K., Hillier, V.F., Caress, A.L.(2009). “*Reflexology and progressive muscle relaxation training for people with multiple sclerosis: a crossover trial*”. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15: 14-21.

108. Wang, M.Y., Tsai, P.S., Lee, P.H., Chang, W.Y., Yang, C.M.(2008). “*The efficacy of reflexology: systematic review*”. Journal of Advanced Nursing, 62(5): 512-520.
109. Quinn, F., Hughes, C.M., Baxter, G.D.(2008). “*Reflexology in the management of low back pain: a pilot randomised controlled trial*”. Complementary Therapies in Medicine, 16: 3-8.
110. Busse, J.W., Wilson, K., Campbell, J.B.(2008). “*Attitudes towards vaccination among chiropractic and naturopathic student*”s. Vaccine, 26: 6237-6243.
111. Milan, F.B., Landau, C., Murphy, D.R., Balletto, J.J., Szytkowski, T., Hart, J.A. ve diğ.(1998). “*Teaching residents about complementary and alternative medicine in the United States*”. Journal of General Internal Medicine, 13: 562-567.
112. Aksoy, C. (1998). “*Manipulatif Tedavi*”. Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi, 1(Özel Sayı:1).
113. Lubeck, W. (2003). Reiki El Kitabı (S. Karakaya, Çev.). İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.
114. Pamela Miles, P., True, G.(2003). “*Reiki- Review of a biofield therapy history, theory, practice, and research*”. Alternative Therapies, 9(2): 62-72.
115. Olson, M., Sneed, N.(1995). “*Anxiety and therapeutic touch*”. Issues in Mental Health Nursing, 16(2): 97-108.
116. Wardell, D.W., Weymouth, K.F.(2004). “*Review of studies of healing touch. Journal of Nursing Scholarship*”, 36(2): 147-154.
117. Smith, D.W., Arnstein, P., Rosa, K.C., Federman, C.W.(2002). “*Effects of integrating therapeutic touch into a cognitive behavioral pain treatment program: report of a pilot clinical trial*”. Journal of Holistic Nursing, 20(4): 367-387.
118. Köse, E., Sarsılmaz, M., Ögeturk, M., Kus, İ., Kavaklı, A., Zararsız, İ.(2007). “*Öğrenme Davranışlarında Gül Esans Yağ Aromasının Rolü: Deneysel Bir Çalışma*”. Fırat Tıp Dergisi, 12(3): 159-162.
119. Buckle J.(2014). Clinical aromatherapy-e-book: Essential oils in practice: Elsevier Health Sciences.
120. Steflitsch, W., Steflitsch, M.(2008). “*Clinical aromatherapy*”. Journal of Men's Health, 5(1): 74-85.
121. Ozcakir, A., Aydin, S.(2007). “*Complementary/alternative medicine use in primary care*”. Research Journal of Medical Sciences, 1(1):21-25.

122. Pal, S.K.(2002). “*Use of alternative cancer medicine in India*”, The Lancet Oncology, 3(7): 394-395.
123. Ernst, E. (2000). “*The role of complementary and alternative medicine*”, British Medical Journal, 321: 1133-1135.
124. Molassiotis, A., Pud, D., Scott, J.A., Margulies, A., Browallet, M., Madsen, E.(2005). et al. “*Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey*”. Annals of Oncology, 16(4): 655-663.
125. Isıkhhan, V., Kömürçü, S., Ozet, A., Arpacı, F., Ozturk, B., Balbay, O. ve diğ.(2005). “*The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey, Cancer Nursing*”, 28(5): 355-62.
126. Ernst, E., Cassileth, B.(1998). “*The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer, A Systematic Review*”. Cancer, 83: 777-82.
127. Wang, S.Y., Yates, P.(2006). “*Nurses’ responses to people with cancer who use complementary and alternative medicine*”. International Journal Of Nursing Practice, 12: 288-294.
128. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Madrigal- Torres M.(2011). “*Attitude towards evidence-based nursing questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses*”. J Eval Clin Pract, 17(4): 664-670.
129. Fadlon, J., Granek-Catarivas, G., Roziner, I., Weingarten, M.A.(2008). “*Familiarity breeds discontent: senior hospital doctors’ attitudes towards complementary/ alternative medicine*”. Complementary Therapies in Medicine, 16: 212-219.
130. Başday, Ö., Özbey, H.(2020). “*Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi*”. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17, 32-37.
131. Demir, E.(2019). Sağlık Çalışanlarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları. Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
132. Taşçı, Ö.(2018). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimleri İle Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Erzurum.

133. Görücü, R.(2018). Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (Tat) Yöntemlerine Yönelik Görüş ve Tutumları. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli.
134. Yıldırım, M.S.(2018). Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumunun Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
135. Erişen, M.A., Yeşildal, M., Akman-Dömbekci, H.(2019). *“Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi”*. Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi, 6(44): 3682-3689.
136. Kar, M.(2019). Çocuk Acil Hemşirelerinin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumları, Algıladıkları Engeller ve Çözüm Önerileri. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
137. Şerment, S.(2019). Cerrahi Servislerde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
138. Şadi, E.(2019). Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
139. Durmuş, M., Gerçek, A., Çiftci, N.(2017). *“Sağlık Çalışanlarının Problem Çözme Becerilerinin Kanıta Dayalı Tutum Algıları Üzerindeki Etkisi.”* Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 5(53): 648-661.
140. Yılmaz, E., Çeçen, D., Aslan, A., Kara, H., Kızıl-Toğaç, H., Mutlu, S.(2018). *“Cerrahi kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ve Araştırma Kullanımında Algıladıkları Engeller”*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15(4): 235-241.
141. Alperen, A.(2019). Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karabük.
142. Ayhan-Öncü, Y.(2017). Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.

EKLER

EK I . HEMŞİRE TANITIM FORMU

- 1) Yaş :
- 2) Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek
- 3) Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar
- 4) Eğitim durumu: ☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora
- 5) Çalıştığınız bölüm ? ☐ Klinik ☐ Yoğun Bakım ☐ Ameliyathane
☐ Diğer
- 6) Meslekte çalışma yılınız? (.....)
- 7) Çalıştığınız bölümde çalışma süreniz? (.....)
- 8) Büyüdüğünüz yer? ☐ Köy ☐ İlçe ☐ Kasaba ☐ İl
- 9) Alternatif ve Tamamlayıcı tedavi ile ilgili bilginiz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Cevabınız evet ise bilgiyi nereden aldınız ?
- 10) Bireysel olarak ilgilendiğiniz yöntem var mı? ☐ Yok ☐ Var Cevabınız var
ise ilgilendiğiniz yöntemi belirtiniz.
- 11) Alternatif ve Tamamlayıcı tedavi ile ilgili eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Cevabınız evet ise eğitimi nereden aldınız?
- 12) Hastalarınızın Alternatif ve Tamamlayıcı tedavi kullanıp kullanmadıklarını
sorguluyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
- 13) Kanıta Dayalı Hemşirelik ile ilgili eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Cevabınız evet ise eğitimi nereden aldınız?

EK II. KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

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

EK III. TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KULLANMAYA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

Maddeler	Hiç katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Oldukça katılmıyorum	Tümüyle katılmıyorum
1.Tamamlayıcı Tedavilerin daha kolay uygulanabilir olduğuna inanırım.				
2.Tamamlayıcı tedaviler telkin etkisi yapar.				
3.Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ilaç tedavilerinden daha etkili olduğunu düşünürüm.				
4.Tamamlayıcı tedavi uygulamalarından sonra kendimi iyi hissederim.				
5.Tamamlayıcı tedavilerin vücudun doğal güç kaynakları olduğunu düşünürüm.				
6.Herhangi bir sağlık sorununda hekime başvurmadan önce tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvururum.				
7.Sağlık sorunu yaşadığımda ilaç tedavisi ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini eşit oranda kullanırım.				
8.Tamamlayıcı tedavilerin daha kolay ulaşılır olduğuna inanırım.				
9.İlaç tedavisinin tamamlayıcı tedaviden daha etkili olduğunu düşünürüm.				
10.Sağlık sorunu yaşadığımda yalnızca ilaç tedavisi kullanırım				
11.Çevremdekilere tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmalarını öneririm.				
12.İlaç tedavisinin tek başına faydalı olmayacağına inanırım.				
13.İlaç tedavisinin yanında tamamlayıcı tedavilerinde faydalı olduğuna inanırım.				

EK IV. KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ YAZILI İZİN

Gönderen: Yasemin AYHAN ÖNCÜ

Gönderildi: 24 Aralık 2019 Salı 14:42:39

Kime: ilknur caliskan

Bilgi: Gulseren Kocaman

Konu: Re: ölçek izni hk

Sayın İlknur Çalışkan;
Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Kullanım belgeleri ektedir.
İyi Çalışmalar.
Saygılarımla..

EK V. TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KULLANMAYA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

YAZILI İZİN

Gönderen: Merve uguryol

Gönderildi: 23 Aralık 2019 Pazartesi 09:10

Kime: ilknur caliskan

Konu: Ynt: ölçek kullanım izni

Merhabalar,
Öncelikle duyarlılığınız için çok teşekkür ederim, iyiyim. Umarım sizde iyisinizdir. Memnuniyetle ölçeği ve makalesini ekte gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar dilerim.

EK VI. ETİK KURUL ONAYI

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 05.02.2020

Toplantı Sayısı: 119

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Mübariz Hasanov	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 05.02.2020 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 8. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Metin BULUT'un** “**Cerrahi Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi**” başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Metin	Soyadı	Bulut
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Telefon	
e-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Okan Üniversitesi	2020
Lisans	19 Mayıs Üniversitesi	2015
Lise	Tokat Erbaa Yılmaz Kayalar Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	M.S.Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2015-2021