

Kanıt Dayalı Hemşirelik: Kavram, Kanıt Düzeyleri, Uygulama Basamakları ve Türkiye'deki Durum

Evidence-Based Nursing: Concept, Levels of Evidence, Implementation Steps, and the Situation in Türkiye

Özet

Bu çalışma, hemşirelikte kanıt dayalı uygulamaların kavramsal temellerini, metodolojik yapısını ve Türkiye'deki tarihsel gelişimini incelemektedir. Kanıt dayalı hemşirelik, en iyi mevcut bilimsel kanıtların, klinik uzmanlığın ve hasta değerlerinin bütünleştirilmesiyle karar verme sürecini sistematikleştiren bir yaklaşımdır. Kanıt dayalı tıptan köken alan bu yaklaşım, yalnızca araştırma bulgularının uygulanmasını değil, aynı zamanda klinik deneyim, hasta tercihleri ve mevcut kaynakların bütüncül bir şekilde ele alınmasını öngörür. Günümüzde sağlık hizmetlerinde maliyet-etkinlik, güvenlik, kalite ve etik sorumluluk ilkeleri doğrultusunda kanıt dayalı hemşirelik, hemşirelik uygulamalarının vazgeçilmez bir bileşeni haline gelmiştir.

Türkiye'de kanıt dayalı hemşirelik uygulamalarının kökeni, 1960'lı yıllarda Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu ve Columbia Üniversitesi iş birliğiyle yürütülen ilk araştırmalara dayanmaktadır. 1990'lardan itibaren Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) ve Hemşirelik Araştırma Geliştirme Derneği gibi kuruluşlar, hemşirelik araştırmalarının yaygınlaşmasına ve kanıt dayalı yaklaşımların tanıtılmasına öncülük etmiştir. Ancak günümüzde, araştırmaların büyük çoğunluğu akademik düzeyde kalmakta; klinik ortamlara entegrasyonu sınırlı olmaktadır.

Son yıllarda yapılan araştırmalar, hemşirelerin kanıt dayalı yaklaşımlara yönelik tutumlarının olumlu yönde geliştiğini, bunun da bakım kalitesi, hasta güvenliği ve mesleki özerklik üzerinde belirgin bir iyileşme yarattığını göstermektedir. Kanıt dayalı hemşireliğin sürdürülebilirliği için müfredatların güncellenmesi, araştırma okuryazarlığının artırılması, akademi-klinik iş birliğinin güçlendirilmesi ve yönetim desteğinin kurumsallaştırılması gereklidir. Bu bütüncül stratejiler, hemşirelikte bilimsel düşünme kültürünü yerleştirerek mesleğin profesyonelleşmesine ve hasta bakım kalitesinin sürekli gelişimine katkı sağlayacaktır.

Beratiye ÖNER¹

BÖ:0000-0002-8004-4657

Melek AKSÜT ÖZTÜRK²

MAÖ:0009-0001-1388-3207

¹Dr. Öğr. Üyesi, Hemşirelik Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Ankara, Türkiye

²Uzman Hemşire, Sorumlu Hemşire, Ordu Akkuş Devlet Hastanesi, Ordu, Türkiye

Received/Geliş Tarihi:

18/10/2025

Accepted/Kabul Tarihi:

24/12/2025

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Beratiye ÖNER

E-posta: beratiye.oner@lokmanhekim.edu.tr

Anahtar Kelimeler: Kanıta Dayalı Hemşirelik, Kanıta Dayalı Uygulama, Klinik Karar Verme, Hemşirelik Araştırmaları, Türkiye.

Abstract

This study examines the conceptual foundations, methodological structure, and historical development of evidence-based nursing in Türkiye. Evidence-based nursing is an approach that systematizes the decision-making process by integrating the best available scientific evidence, clinical expertise, and patient values. Originating in evidence-based medicine, this model envisions not only the application of research findings but also the integration of clinical experience, patient preferences, and available resources. Today, evidence-based nursing, in line with the principles of cost-effectiveness, safety, quality, and ethical responsibility in healthcare, has become an indispensable component of nursing practice.

The origins of evidence-based nursing practice in Turkey can be traced back to the first study, conducted in the 1960s, in collaboration with the Florence Nightingale School of Nursing and Columbia University. Since the 1990s, organizations such as the Semahat Arsel Nursing Education and Research Center (SANERC) and the Nursing Research and Development Association have pioneered the dissemination of nursing research and the introduction of evidence-based approaches. However, the vast majority of research remains at an academic level, with limited integration into clinical settings. Recent research demonstrates that nurses' attitudes toward evidence-based approaches have evolved positively, resulting in significant improvements in quality of care, patient safety, and professional autonomy. The sustainability of evidence-based nursing requires updating curricula, increasing research literacy, strengthening academic-clinical collaboration, and institutionalizing administrative support.

These holistic strategies will foster a culture of scientific thinking in nursing, contributing to the professionalization of nursing and the continuous improvement of patient care quality.

Keywords: Evidence-Based Nursing, Evidence-Based Practice, Clinical Decision Making, Nursing Research, Türkiye.

Giriş

Kanıta dayalı hemşirelik (KDH), hemşirelik bakımını en iyi mevcut kanıt, klinik uzmanlık ve hasta değer/tercihleri ile bütünleştirerek karar verme sürecini yapılandıran bir yaklaşımdır. Dayanağını kanıta dayalı tıp (KDT) kavramından alır ve yalnızca klinik deneyime değil, güncel bilimsel bulgulara ve hasta tercihine dayalı karar vermeyi önceleyerek maliyet etkinlik, hasta güvenliği ve hata azaltma hedeflerini destekler (Kahveci Ceylan ve Mete, 2023; Melnyk ve Fineout-Overholt, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)'nın Hemşirelik ve Ebelikte Küresel Stratejik Yönelimler belgesi de hemşirelik uygulamalarının bilimsel kanıtlara dayandırılmasını ulusal politika önceliği olarak vurgular (WHO, 2021). Türkiye'de ilgi artmakla birlikte, "kanıta dayalı uygulama (KDU)" kavramının hem akademide hem klinikte tutarlı ve sistematik kullanımı halen geliştirilmesi gereken bir alandır (Polit ve Beck, 2021).

"Kanıt" kavramının modern anlamda kullanımı Sackett ve arkadaşlarının (1996) KDT tanımı ile yerleşmiş, bu yaklaşım zamanla hemşirelik literatürüne de uyarlanmıştır (Melnyk ve Fineout-Overholt, 2023). Sağlık bilimlerinde kanıt, belirsizliği azaltan, kararları bilgilendiren, sistematik biçimde üretilmiş güvenilir bilgi bütünü olarak kabul edilir. KDU ise bu bilgiyi klinik uzmanlık ve hasta değerleri ile bir araya getiren, bilgi aktarımının ötesinde karar odaklı, planlı bir süreçtir (Nilsen vd., 2024; Polit ve Beck, 2021).

KDH'nin tarihsel kökleri, Florence Nightingale'in gözleme ve veri analizine dayalı bakım uygulamalarına uzanır (White vd., 2024). Yirminci yüzyılın ikinci yarısında hemşirelik araştırmalarının

kurumsallaşması, kanıta dayalı yaklaşımların sistematik biçimde gelişmesini sağlamıştır. McMaster ekolünün katkıları, Archie Cochrane'in öncülüğünde Cochrane iş birliğinin kurulması ve sistematik derlemelerin yaygınlaşması, hemşirelikte kanıt dayalı karar vermeyi güçlendiren önemli dönüm noktalarıdır (Baron, 2009; Karamanou vd., 2010; Shah ve Chung, 2009). Uluslararası Hemşireler Konseyi [International Council of Nurses (ICN)], hemşirelik kararlarının bilimsel kanıt, klinik muhakeme ve hasta değerlerini bir arada gözetken etik bir çerçevede alınması gerektiğini vurgular (ICN, 2012).

Türkiye'de KDH, özellikle 2000'li yıllardan itibaren yayımlar, kongreler ve eğitim programları ile giderek görünür hale gelmiştir (Kara ve Babadağ, 2003). Bununla birlikte kavramın tanımlanması, uygulama ölçütlerinin netleştirilmesi, eğitim ve klinik politika düzeyinde ortak bir dil oluşturulması gereksinimi devam etmektedir. Bu derlemenin amacı, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kavramsal temellerini ve tarihsel gelişimini özetlemek, Türkiye'deki durumu tartışmak ve hemşirelikte bilimsel karar verme süreçlerinin güçlendirilmesine yönelik öneriler sunmaktır. Bu çerçevede, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kavramsal temellerini ve Türkiye'deki güncel durumu açıklamak amacıyla anlatı derleme niteliğinde bir çalışma yürütülmüştür; izleyen bölümde çalışmanın yöntemi özetlenmektedir.

Yöntem

Bu çalışma, kanıta dayalı hemşirelik kavramını ve Türkiye'deki gelişimini ele alan bir anlatı derleme olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmada, son 20 yıllık literatür PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus, TR Dizin ve Google Scholar veri tabanlarında; "evidence-based nursing", "evidence-based practice", "nursing", "clinical decision making", "Turkey/Türkiye" anahtar sözcükleri ve Türkçe karşılıkları kullanılarak taranmıştır. Aramaya ek olarak Dünya Sağlık Örgütü, ICN ve ulusal meslek örgütlerinin raporları ile ilgili rehberler de gözden geçirilmiştir. Dahil etme ölçütleri; kanıta dayalı hemşirelik kavramını açıklayan, kanıt düzeyleri ve KDU basamaklarını tartışan, hemşirelikte kanıta dayalı uygulamaların Türkiye'deki durumunu veya uygulama örneklerini bildiren Türkçe ya da İngilizce tam metin makaleler, raporlar ve tezler olarak belirlenmiştir. Hemşirelikle doğrudan ilişkili olmayan, yalnızca özet şeklinde yayımlanan ve tam metnine erişilemeyen çalışmalar dışlanmıştır.

Anlatı derleme yaklaşımına uygun olarak, çalışmaların metodolojik kalitesine ilişkin biçimsel puanlama yapılmamış; bunun yerine, kavramsal katkısı, güncelliği ve Türkiye bağlamına uygunluğu yüksek olan kaynaklar ayrıntılı biçimde tartışılmıştır.

Kanıt Türleri ve Hiyerarşi

Belirlenen kaynaklar incelendikten sonra, öncelikle kanıta dayalı hemşireliğin temelini oluşturan kanıt türleri ve kanıt hiyerarşisi ele alınmıştır.

1- Kanıt Türleri, Düzeyleri ve Uygulamadaki Gücü

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kanıtlar yalnızca araştırma makaleleriyle sınırlı değildir; farklı metodolojik güçlere sahip çok sayıda bilgi kaynağı klinik kararları beslemektedir. Literatürde bu kaynaklar genel olarak dört ana grupta toplanmaktadır (Melnik ve Fineout-Overholt, 2023; Polit ve Beck, 2021).

1.1. Deneysel Kanıtlar: Bilimsel güvenilirliği en yüksek olan bu grup, randomize kontrollü çalışmalar (RCT), sistematik derlemeler ve meta-analizler gibi deneysel tasarımları içerir. Bu çalışmalar, değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerini doğrudan test etmeleri nedeniyle en güçlü kanıtları sağlar.

1.2. Deneysel Olmayan Kanıtlar: Kohort, vaka-kontrol ve gözlemsel çalışmalar gibi tasarımlar, doğrudan müdahale yapılmadan veri toplanan araştırmalardır. Bu tür çalışmalar, özellikle nedensel ilişkilerin gözlemlenmesi güç olan durumlarda önemli bilgi kaynağıdır.

1.3. Uzman Görüşü ve Konsensüs: Randomize çalışmaların bulunmadığı veya uygulanmasının güç olduğu alanlarda, uzman panel raporları, rehberler ve görüş birliği bildirileri karar verme sürecine katkı sunar.

1.4. Deneyim ve Klinik Gözlem: Sağlık profesyonellerinin klinik deneyimleri ve tarihsel uygulamalardan elde ettikleri gözlemler, kanıt piramidinin en alt basamağında yer almakla birlikte, özellikle bağlamsal kararlar için tamamlayıcı niteliktedir.

Bu sınıflama, günlük uygulamada karşılaşılan bilgi kaynaklarının rastgele değil, belirli bir hiyerarşi içinde değerlendirilmesini sağlamaktadır ve hemşirelerin karar verirken hangi kanıtın ne ölçüde güvenilir olduğunu tartmalarına yardımcı olmaktadır.

2- Kanıt Düzeyleri ve Kalite Değerlendirmesi

Hemşirelikte ve genel sağlık bilimlerinde klinik karar verme süreci, araştırmalardan elde edilen kanıtların düzeylerine ve kalitesine göre yapılandırılmaktadır. Tablo 1, kanıt düzeylerinin bu hiyerarşik yapısını özetlemektedir (LoBiondo-Wood ve Haber, 2021).

Tablo 1. Kanıt Düzeyleri

Düzyey I	En güçlü kanıtlar: Randomize kontrollü çalışmalar, sistematik derlemeler ve meta-analizler
Düzyey II	Yarı deneysel çalışmalar
Düzyey III	Gözlemsel, kohort ve vaka-kontrol çalışmaları
Düzyey IV	Tanımlayıcı ve niteliksel araştırmalar
Düzyey V	Uzman görüşü, rehberler ve konsensüs raporları

Kalite düzeyleri ise A (yüksek), B (orta), C (sınırlı) ve D (düşük) şeklinde derecelendirilir. Düzey I-A kanıtlar “altın standart” olarak kabul edilmektedir. Düzey V-D düzeyindeki çalışmalar ise genellikle sistematik derlemelerin dışında bırakılmaktadır.

Stetler vd. (1998), niteliksel araştırmaların bu hiyerarşide alt düzeylerde yer almasına rağmen, özellikle hemşirelik uygulamalarında insan deneyimlerini, bağlamsal etkileşimleri ve bakım süreçlerinin anlamını anlamada önemli katkılar sunduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle hemşirelikte, niteliksel ve yarı deneysel araştırmalar da değerli ve geçerli bilgi kaynakları olarak değerlendirilir.

Polit ve Beck (2021), kanıtların geçerliliğini değerlendirirken çalışmaların birkaç temel ölçüt çerçevesinde incelenmesi gerektiğini belirtmektedir. Buna göre öncelikle araştırma sorusunun uygun bir yöntemle yanıtlanıp yanıtlanmadığı sorgulanır. Ardından bulguların yeterince güçlü, güvenilir ve metodolojik olarak geçerli olup olmadığı değerlendirilir. Elde edilen sonuçların klinik uygulamalara aktarılabilirliği dikkate alınır ve son olarak bu sonuçların farklı popülasyonlara genellenebilirliği gözden geçirilir. Bu ölçütler, kanıtların niteliğini belirlemede ve uygulama kararlarının bilimsel temele dayandırılmasında kritik bir yol gösterici işlevi görür. Böylece sağlık alanında hangi bilgi türlerinin “kanıt” sayıldığı ve nasıl sınıflandığı netleşmektedir. Bir sonraki bölümde bu kanıtların düzeyleri ve klinik uygulamadaki göreceli güçleri ayrıntılı olarak tartışılmaktadır.

3- Kanıtın Uygulamadaki Gücü ve Sınıflaması

Kanıtların klinik uygulamadaki gücü, yalnızca bilimsel kalitesiyle değil, aynı zamanda bağlamsal uygunluğu ve uygulama ortamına transfer edilebilirliği ile de ilişkilidir. Melnyk ve Fineout-Overholt (2023), uygulamada kullanılan kanıtları aşağıdaki şekilde sınıflandırmaktadır:

- **Mükemmel Kanıt:** Yüksek düzeyli bilimsel güce sahip olup, klinik rehberlerin oluşturulmasında doğrudan kullanılabilir.
- **İyi Kanıt:** Klinik kararlar için güvenilir temel oluşturur; ancak farklı örneklemelerde tekrarlanması önerilir.
- **Orta Düzey Kanıt:** Uygulama açısından sınırlı genellenebilirliğe sahip olup, pilot çalışmalar veya ön araştırmalar için uygundur.
- **Yetersiz Kanıt:** Metodolojik eksiklikleri nedeniyle klinik karar verme süreçlerinde temel alınmaması önerilir.

Bu bağlamda, hemşirelikte KDU’nun geliştirilmesi, yalnızca nicel araştırmaların değil, aynı zamanda nitel bulguların da sistematik olarak değerlendirilmesine dayanmalıdır. Klinik kararlar, en yüksek bilimsel düzeydeki kanıtlarla birlikte profesyonel deneyim ve hasta tercihleri doğrultusunda bütüncül bir şekilde verilmelidir.

Kanıt düzeylerinin bu şekilde tanımlanması, hemşirelerin klinik karar verirken hangi tür çalışmalara ne ölçüde güvenebileceğini göstermektedir. İzleyen bölümde ise bu kanıtların uygulamaya nasıl aktarıldığı ve KDU sürecinin başlıca basamakları açıklanmaktadır.

KDU Süreci ve Temel Basamaklar

KDU yalnızca bilimsel kanıtların kullanımı değil, aynı zamanda klinik uzmanlık, hasta tercihleri ve mevcut kaynakların bütüncül biçimde entegrasyonunu

gerektiren çok yönlü bir karar verme sürecidir. Bu süreç hemşirelik bakımının kalitesini artırmak ve klinik kararları nesnel temellere dayandırmak için sistematik biçimde yürütülmelidir (Melnik ve Fineout Overholt, 2023). Literatürde KDU'yu açıklamak üzere birçok model önerilmiştir; ancak bu modellerin büyük bölümü benzer yapısal adımları paylaşmaktadır. Hemşirelik pratiğinde en sık kullanılan çerçeve, KDU sürecini altı temel basamak üzerinden tanımlar (Butler vd., 2016, Fineout Overholt, 2019, Stucky vd., 2020, Zimmerman, 2017). KDU'nun bu altı temel basamağı Tablo 2'de şematik olarak sunulmaktadır.

Tablo 2. KDU Sürecinin Basamakları

- | | |
|---|---|
| 1 | Klinik sorunun PICOT modeliyle tanımlanması |
| 2 | Sistematik literatür arama |
| 3 | Kanıtların eleştirel değerlendirilmesi |
| 4 | Klinik karar oluşturma (kanıt + uzmanlık + hasta değerleri) |
| 5 | Uygulamaya uyarlama |
| 6 | İzlem ve sonuç değerlendirme |

PICOT: P; Hasta/Popülasyon, I; Müdahale, C; Karşılaştırma, O; Sonuç, T; Zaman.

Bu basamaklar, klinik sorunun netleştirilmesinden kanıtların uygulanmasına ve sonuçların değerlendirilmesine kadar uzanan döngüsel bir süreci ifade eder. Örneğin PICOT (P; Hasta/Popülasyon, I; Müdahale, C; Karşılaştırma, O; Sonuç, T; Zaman) formülasyonu ile odaklanmış bir soru oluşturmak, sonraki basamaklarda hangi veri tabanlarının taranacağına ve hangi çalışma tasarımlarının önceliklendirilmesi gerektiğine yön verir. Benzer şekilde, son aşamada elde edilen sonuçların izlenmesi hem bakım kalitesinin değerlendirilmesini sağlar hem de yeni araştırma sorularının ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Ancak yapılandırılmış bir KDU sürecinin varlığı tek başına yeterli değildir; bu sürecin eğitim, klinik ve yönetim alanlarında ne ölçüde hayata geçirilebildiği, çeşitli bireysel ve kurumsal faktörlere bağlıdır. Bu nedenle, bir sonraki bölümde KDU'nun yaygınlaşmasını etkileyen unsurlar ve karşılaşılan başlıca engeller ele alınmaktadır.

KDU'nun Yaygınlaşmasını Etkileyen Faktörler ve Karşılaşılan Engeller

Geleneksel bilgi kaynakları, güncel sağlık dinamiklerine yanıt vermekte yetersiz kalmaktadır. Bu durum hemşirelerin araştırma bulgularını izleme, yorumlama ve uygulama yetkinliklerini önemli hale getirmiştir. Elektronik veri tabanlarının ve açık erişimli akademik platformların yaygınlaşması, güvenilir kanıtlara erişimi kolaylaştırırken; sürekli mesleki eğitim programlarının güçlendirilmesi de KDU'nun hem eğitim müfredatlarında hem de klinik uygulamalarda daha geniş yer bulmasını sağlamıştır (Teolis, 2020). Bu gelişmeler, hemşirelerin yalnızca bilgiye ulaşma değil, aynı zamanda elde ettikleri bulguları eleştirel biçimde değerlendirme ve klinik uygulamaya dönüştürme yetkinliklerini artırmıştır. Böylece KDU, yalnızca bireysel uygulama kararlarını değil; kurum politikalarını, sistem düzeyinde alınan

kararları ve sağlık hizmetlerinin bütününe yönlendiren bir araç haline gelmiştir (Oh, 2016).

Can ve Akyüz Özdemir (2023), KDU'nun sıklıkla "araştırma kullanımı" kavramıyla karıştırıldığını, ancak bu kavramdan çok daha geniş bir çerçeveye sahip olduğunu vurgulamaktadır. Araştırma kullanımı yalnızca bilimsel verilerin uygulanmasına odaklanırken, KDU bilimsel kanıtların klinik uzmanlık, hasta değerleri ve mevcut kaynaklarla bütünleştirildiği çok yönlü bir karar verme sürecini ifade eder. Bu yönüyle KDU, hemşirelikte bilime dayalı uygulamaların yaygınlaşmasını teşvik ederken profesyonel özerkliği de güçlendirmektedir (Sackett vd., 1996). KDU'nun potansiyel faydalarına rağmen, araştırma bulgularının klinik uygulamalara entegrasyonu çoğu zaman bireysel, kurumsal ve sistemsel düzeyde çeşitli engeller nedeniyle sınırlı kalmaktadır (Fontaine vd., 2024; LoBiondo-Wood ve Haber, 2021).

a. Bireysel Düzeyde Engeller: KDU'nun yaygınlaştırılmasında ilk olarak hemşirelerin bireysel özellikleri ve yetkinlikleri belirleyici olmaktadır. Hemşirelerin araştırma okuryazarlığı, istatistiksel bilgi eksiklikleri, zaman yetersizliği ve araştırma sonuçlarına yönelik güvensizlikleri, KDU'nun önündeki en sık bildirilen bireysel engellerdir. Edwards (2002), hemşirelerin %92,5'inin uygulamaların araştırmaya dayanması gerektiğini düşündüğünü, ancak yalnızca %30'unun araştırma yürüttüğünü saptamıştır. Mendoza (2024) da klinik iş yükü ve araştırma bulgularını yorumlama konusundaki güvensizliğin uygulamaları sınırlandırdığını belirtmektedir. Bu bulgular hem bireysel motivasyon hem de yeterlilik açısından eksikliklere işaret etmektedir.

b. Kurumsal Düzeyde Engeller: Bireysel özelliklerin yanı sıra, hemşirelerin çalıştığı kurumların yapısal özellikleri de KDU'nun uygulanmasını doğrudan etkilemektedir. Kurumsal düzeyde en belirgin sorunlar arasında yönetsel desteğin yetersizliği, araştırmaya dayalı eğitim fırsatlarının sınırlılığı ve yenilikçi uygulamaların teşvik edilmemesi yer almaktadır. Yava ve arkadaşları (2007), hemşirelerin karar alma süreçlerinde yeterli otoriteye sahip olmamaları ve özgüven eksikliklerinin uygulamaya geçişte önemli bir bariyer oluşturduğunu belirtmiştir. Wang ve arkadaşları (2025) ise yönetim desteğinin bulunmadığı kurumlarda KDU girişimlerinin sürdürülemediğini

ortaya koymuştur. Dolayısıyla, örgütsel liderlik ve yönetim desteği, KDU'nun sürekliliği için temel belirleyicilerdendir.

c. Sistemsel Düzeyde Engeller: Kurum içi dinamiklerin ötesinde, sağlık sisteminin genel işleyişi ve politika düzeyindeki tercihler de kanıta dayalı uygulamaların hayata geçirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Sistem düzeyinde, teori ile klinik uygulama arasındaki kopukluk, araştırmaların uygulamaya dönük olmaması ve araştırmacı hemşirelerle klinik uygulayıcılar arasındaki iletişim eksikliği en önemli engeller arasındadır. Pape (2003), araştırmacı ve uygulayıcı hemşirelerin "farklı diller konuştuğunu" ve bu durumun iş birliğini zorlaştırdığını vurgulamıştır. Benzer şekilde, Jabonete ve Roxas (2022) da teorik bilgi ile klinik pratik arasındaki uçurumun halen devam ettiğini belirtmiştir. Mun ve arkadaşları (2024) ise, iş bağlılığı yüksek hemşirelerin KDU'ya daha yatkın olduklarını, ancak zaman kısıtlılığı ve bilgiye erişim zorluklarının uygulamayı engellediğini göstermiştir.

Türkiye'de KDH Uygulamaları: Durum Değerlendirmesi

Türkiye'de hemşirelikte araştırmaya dayalı yaklaşımın temelleri, 1959 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nun Columbia Üniversitesi iş birliğiyle yürütülen eğitim değerlendirme çalışmasına dayanmaktadır. Bu çalışma, hemşirelik eğitiminin bilimsel temellere oturtulması ve araştırma kültürünün gelişmesi açısından bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir (Karabulut vd, 2019; Velioğlu ve Oktay, 1999). Bunu izleyen yıllarda hemşirelik yüksekokullarının kurulması ve müfredata araştırma ile istatistik derslerinin eklenmesi, hemşirelikte bilimsel düşünme ve araştırma kültürünün güçlenmesine katkı sağlamıştır.

1992 yılında Vehbi Koç Vakfı tarafından Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) kurulmuş ve klinikte kanıta dayalı yaklaşımların tanıtılmasına öncülük etmiştir. 1996 yılında kurulan Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği (HEMAR-G) ise, mesleki gelişimi destekleyen ve araştırma kültürünü kurumsallaştıran önemli bir girişimdir (Velioğlu ve Oktay, 1999). Aynı yıl ICN'nin "Hemşirelikte Araştırma (Research in Nursing)" teması, bilimsel bulguların bakım uygulamalarına entegrasyonunun önemine dikkat

çekmiş, kanıta dayalı uygulamaları hızlandırmıştır (White ve McCarthy, 2007).

Bununla birlikte, Türkiye’de yürütülen hemşirelik araştırmalarının önemli bir kısmı akademisyenler tarafından gerçekleştirilen tanımlayıcı çalışmalar düzeyinde kalmakta, bu durum araştırma sonuçlarının klinik ortama aktarılmasını sınırlamaktadır (Dönmez ve Uçar, 2025). Araştırma bulgularının uygulamaya geçirilmesindeki güçlükler, hemşirelerin klinik karar alma süreçlerinde çoğu zaman geleneksel bilgiye ve deneyime dayalı yaklaşımlara yönelmelerine yol açmaktadır. Nitelikli araştırma verilerine erişimde yaşanan sorunlar, hemşirelerin bağımsız rollerini tam olarak kullanamaması ve hasta merkezli bakım süreçlerinin yeterince yapılandırılmaması da bu tabloyu güçlendiren yapısal etmenler arasında yer almaktadır (Yılmaz vd., 2019).

Türkiye’de bir üniversite hastanesinin anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yürütülen doktora tezinde, basınç yarası önleme algoritması rehberliğinde verilen bakımın etkisi değerlendirilmiştir. Algoritma öncesinde 1000 hasta günü için 46,1 olan basınç yarası insidansı, algoritmanın uygulanmasından sonra 9,21’e düşmüş ve bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (Yılmaz, 2017). Bu sonuç, basınç yarası önleme algoritmalarının klinik bakım kalitesini ve hasta sonuçlarını belirgin biçimde iyileştirebildiğini göstermektedir. Türkiye’de yapılan yarı deneysel bir çalışmada kanıta dayalı enfeksiyon önleme bakım paketi uygulanmıştır. Paket uyumu arttıkça ventilatör ilişkili pnömoni hızı 1.000 ventilatör günü başına 23,4’ten 11,5’e gerilemiştir (Yazıcı ve Bulut, 2018).

Yoğun bakım literatüründe uluslararası bulgular da bu sonuçları desteklemektedir. Bird ve arkadaşları (2010), cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ventilatörle ilişkili pnömoni paketine uyumun %53-%63 aralığından %81-%91 aralığına yükseldiğini ve bu artışla birlikte ventilatörle ilişkili pnömoni hızının 1.000 ventilatör günü başına 10,2’den 3,4’olmaya düştüğünü bildirmiştir. Tayvan’da yürütülen başka bir çalışmada, bakım paketinin uygulanmasının ardından aylık ventilatör kullanımı azalmış; ventilatör ilişkili pnömoni yoğunluğu 1.000 ventilatör günü başına 3,3’den 1,4’olmaya gerilemiştir (Lim vd., 2014). Ayrıca yakın tarihli bir sistematik derleme, bakım paketlerinin kullanıldığı çalışmalarda ventilatörle ilişkili pnömoni oranlarında %36-%65 arasında azalma bildirildiğini

göstermiştir (Mastrogianni vd., 2023). Bu bulgular hem ulusal hem uluslararası düzeyde kanıta dayalı paket uygulamalarının yoğun bakımlarda enfeksiyon kontrolü ve hasta güvenliği açısından kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Son yıllarda yürütülen çalışmalar, Türkiye’de kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik farkındalığın ve olumlu tutumun giderek arttığını göstermektedir. Özdemir ve arkadaşlarının (2025) çalışmasında, bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarında hemşirelerin kanıta dayalı yaklaşımlara ilişkin tutumlarının hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini anlamlı biçimde etkilediği saptanmıştır. Gürkan ve arkadaşları (2025) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, karaciğer nakli birimlerinde görev yapan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik tutumları ile enfeksiyon kontrol protokollerine uyum düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, KDH’nin yalnızca hemşirelerin mesleki gelişimini desteklemediğini, aynı zamanda hasta güvenliği, bakım kalitesi ve klinik sonuçlar üzerinde doğrudan iyileştirici etkiler yarattığını ortaya koymaktadır.

Uluslararası karşılaştırmalar da Türkiye’deki durumu değerlendirmek için önemli bir çerçeve sunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan geniş örneklemli bir çalışmada hemşirelerin %53,6’sı kurumlarında kanıta dayalı hemşireliğin tutarlı biçimde uygulandığını belirtirken, yalnızca %34,5’i meslektaşlarının hastalarla çalışırken kanıta dayalı uygulamayı sürekli ve düzenli biçimde kullandığını ifade etmiştir (Melnik vd., 2012). Avrupa’dan elde edilen bulgular da benzer bir tabloyu ortaya koymaktadır. Saunders ve Vehviläinen Julkunen’in (2016) kapsamlı incelemesinde, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutum ve inançlarının genel olarak olumlu olduğu, ancak bilgi ve becerilerini çoğunlukla yetersiz gördükleri için kanıta dayalı uygulamayı klinik bakımda tutarlı şekilde hayata geçiremedikleri bildirilmiştir. Bu çalışmalar, birçok ülkede kanıta dayalı uygulamaya ilişkin farkındalık yüksek olsa da gerçek uygulama düzeyinin genellikle düşük ile orta aralığında kaldığını ve Türkiye’de gözlenen entegrasyon güçlüklerinin aslında uluslararası ölçekte de yaygın olduğunu göstermektedir.

Özetle, Türkiye’de KDH’ye yönelik farkındalık ve olumlu tutum artmakla birlikte, araştırma bulgularının

rutin bakıma entegrasyonu halen sınırlıdır. Çalışmanın sonuç ve öneriler bölümü, bu bulguları bütüncül bir çerçevede değerlendirerek uygulamaya ve politika yapıcılara yönelik somut çıkarımlar sunmayı amaçlamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de KDH uygulamaları, hemşirelik mesleğinin bilimsel temeller üzerine inşa edilmesini sağlayan, hasta bakımının kalitesini, güvenliğini ve etkinliğini artırmayı hedefleyen bütüncül bir yaklaşımdır. Son yıllarda hem akademik hem de klinik düzeyde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da KDH’nin kurumsal düzeyde sürdürülebilir ve yaygın bir biçimde uygulanabilmesi için sistematik bir yapılanmaya ihtiyaç vardır. Literatür incelendiğinde, KDH’nin eğitim ve uygulama arasındaki entegrasyonunda ciddi boşlukların bulunduğu, ayrıca araştırmaların klinik karar süreçlerine entegrasyonu konusunda çelişkili sonuçların olduğu görülmektedir. Özellikle Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin KDH’ye olumlu yaklaşımları bildirilirken, uygulamaya geçirme oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, araştırma-okuryazarlığı, yönetim desteği, bilgiye erişim gibi sistemsel engellerle ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte, uluslararası literatürde KDH’yi destekleyen yapıların etkili çalıştığı sistemlerde, hasta sonuçlarında anlamlı iyileşmeler bildirilmektedir. Araştırmaların büyük ölçüde akademik amaçlarla yürütülmesi, uygulamaya dönük çalışmaların sınırlılığı ve araştırma sonuçlarının klinik alana yeterince aktarılabilmesi, bu sürecin önündeki temel engeller arasında yer almaktadır.

KDH’nin kalıcılığı için hemşirelik eğitim müfredatlarının güncellenmesi, araştırma okuryazarlığının artırılması ve mentorluk sistemlerinin oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca, akademi ile klinik arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesi, hemşirelerin bilimsel verilere erişimini kolaylaştıracak bilgi transfer mekanizmalarının kurulması ve kanıta dayalı rehberlerin yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye’de KDH’nin sürdürülebilirliği; araştırma-egitim-uygulama ekseninde güçlü bir iş birliği, yönetsel destek mekanizmalarının geliştirilmesi ve bilimsel kanıtların etkin biçimde klinik karar süreçlerine entegre edilmesi ile mümkün olacaktır. Bu bütüncül yaklaşım, hemşirelikte kanıta dayalı düşünme kültürünün yerleşmesini, mesleki

özerkliğin güçlenmesini ve hasta bakım kalitesinin sürekli olarak iyileştirilmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

Baron, J.H. (2009). Sailors' scurvy before and after James Lind—a reassessment. *Nutrition Reviews*, 67(6), 315–332. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00205.x>

Bird, D., Zambuto, A., O'Donnell, C., ... Agarwal, S. (2010). Adherence to ventilator-associated pneumonia bundle and incidence of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care unit. *Archives of Surgery*, 145(5), 465–470. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.69>

Butler, A., Hall, H., Copnell, B. (2016). A guide to writing a qualitative systematic review protocol to enhance evidence-based practice in nursing and health care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 241–249. <https://doi.org/10.1111/wvn.12134>

Can, G., & Akyüz Özdemir, F. (2023). Hemşirelikte kanıta dayalı bakım ve araştırma süreci. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(3), 245-252. <https://doi.org/10.48071/sbuhemşirelik.1296623>

Connor, L., Dean, J., McNett, M., ... Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>

Dönmez, E., & Uçar, M.T. (2025). 1981- 2023 Yılları Arasında Türkiye’de Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dallarında Yapılmış Doktora ve Yüksek Lisans Tezlerinin Bibliyometrik Analizi. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 58-74.

Edwards, H. (2002). Utilization of research evidence by nurses. *Nursing and Health Sciences*, 4(3), 89-95.

Fineout-Overholt, E. (2019). A guide to critical appraisal of evidence. *Nursing Critical Care*, 14(3), 24–30. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000554830.12833.2f>

Fontaine, G., Vinette, B., Weight, C., ... Middleton, S. (2024). Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 19, 68. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0>

Gürkan, K., Okutan, Ş., Aktura, S.Ç., Cici, R. (2025). The effect of nurses' attitudes towards evidence-based nursing on the level of compliance with isolation measures in nurses caring for liver transplant patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(2), e14113. <https://doi.org/10.1111/jep.14113>

International Council of Nurses (ICN). (2012). Closing the Gap: From Evidence to Action. Geneva: ICN.

Jabonete, F.G.V., & Roxas, R.E.O. (2022). Barriers to Research utilization in nursing: A systematic review (2002-2021). *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221091073. <https://doi.org/10.1177/23779608221091073>

Kahveci Ceylan, B., & Mete, M. (2023). Kanıta dayalı hemşirelik kavramı ve kanıt niteliği oluşturan durumlar. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (15), 121-132.

Kara, M., & Babadağ, K. (2003). Kanıta dayalı hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 6(1), 1-8.

Karabulut, N., Gürçayır, D., Yaman Aktaş, Y. (2019). Hemşirelik araştırma tarihi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 121-128.

Karamanou, M., Karakatsani, A., Tomos, I., Androustos, G. (2010). PCA Louis (1787-1872): Introducing medical statistics in Pneumology. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(12), 1569. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.182.12.1569>

Majid, S., Foo, S., Luyt, B., ... Mokhtar, I.A. (2011). Adopting Evidence-Based Practice in Clinical Decision Making: Nurses' Perceptions, Knowledge, and Barriers. *Journal of the Medical Library Association*, 99(3), 229-236. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.99.3.010>

Lim, K.P., Kuo, S.W., Ko, W. J., ... Chang, S.C. (2014). Efficacy of ventilator-associated pneumonia care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care units of a medical center. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 48(3), 316-321. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2013.09.007>

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2021). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice* (10th ed.). Elsevier.

Mastrogianni, M., Katsoulas, T., Galanis, P., ... Myrianthefts, P. (2023). The impact of care bundles on ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention in adult ICUs: A systematic review. *Antibiotics*, 12(2), 227. <https://doi.org/10.3390/antibiotics12020227>

Melnyk, B.M., & Fineout Overholt, E. (2023). *Evidence based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.

Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Long, L.E., Fineout-Overholt, E. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a>

Mendoza, A. (2024). *The Well-Being of Nurses in Palliative Care: A Systematic Literature Review*. Theseus Repository, Finland.

Mun, K., Lee, M., Shim, J. (2024). Effects of work engagement and barriers on evidence-based practice implementation for clinical nurses: A cross-sectional study. *Healthcare*, 12(22), 2223. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222223>

Nilsen, P., Sundemo, D., Heintz, F., ... Petersson, L. (2024). Towards evidence-based practice 2.0: Leveraging artificial intelligence in healthcare. *Frontiers in Health Services*, 4, 1368030. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1368030>

Oh, E.G. (2016). Synthesizing quantitative evidence for evidence-based nursing: Systematic review. *Asian Nursing Research*, 10(2), 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.05.001>

Özdemir, C., Şendir, M., Eren, R., ... Kızıl, H. (2025). Effect of evidence-based nursing practices on individualised care: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(1), e14154. <https://doi.org/10.1111/jep.14154>

Pape, T.M. (2003). Evidence-Based nursing practice: To infinity and beyond. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(1), 15.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., ... Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine: What is it and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 128-140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>

Shah, H.M., & Chung, K.C. (2009). Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(3), 982-988. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181b03928>

Stetler, C.B., Brunell, M., Giuliano, K.K., ... Virginia, N-S. (1998). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *The Journal of Nursing Administration*, 28(7/8), 45-53.

Stucky, C.H., De Jong, M.J., Rodriguez, J.A. (2020). A five-step evidence-based practice primer for perioperative RNs. *AORN Journal*, 112(6), 593-601. <https://doi.org/10.1002/aorn.13220>

Teolis, M.G. (2020). Improving nurses' skills and supporting a culture of evidence-based practice. *Medical Reference Services Quarterly*, 39(1), 25-36. <https://doi.org/10.1080/02763869.2020.1688626>

Velioglu, P., & Oktay, S. (1999). Türkiye'de hemşirelik araştırmalarına tarihsel açıdan kısa bir bakış. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1(1), 7-12.

Wang, S., Liang, J., Zhang, X., ... Wu, X. (2025). Clinical nurses' evidence-based healthcare competence and associated Factors: A regional cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 3722. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03722-5>

White, J., & McCarthy, G. (2007). Nursing theory development in the context of evidence-based practice. In Alligood, M.R. (Ed.), *Nursing Theory: Utilization & Application* (pp. 433–447). Mosby Elsevier.

White, K.M., Dudley-Brown, S., Terhaar, M.F. (2024). *Translation of evidence into nursing and health care* (4. ed.). Springer Publishing.

World Health Organization (WHO). (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240033863>

Yava, A., Tosun, N., Çiçek, H., ... Hatipoğlu, S. (2007). Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49, 72-80.

Yazıcı, G., & Bulut, H. (2018). Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: A quasi-experimental pretest-posttest design study. *Applied Nursing Research*, 39, 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.009>

Yılmaz, D., Düzgün, F., Dikmen, Y. (2019). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 713-719. <https://doi.org/10.31067/0.2018.91>

Yılmaz, T. (2017). Algoritma rehberliğinde verilen bakımın basınç yarasını önlemeye etkisinin değerlendirilmesi (Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Türkiye).

Zimmerman, K. (2017). Essentials of evidence-based practice. *International Journal of Childbirth Education*, 32(2), 37.