

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK VE MESLEKLEŞME

Kamerya Babadağ*

Mağfired Kara**

ÖZET

Bu makalenin amacı meslekleşme süreci içinde olan hemşireliğin doğasına bilimselliği katmada araştırmanın önemini, kanıta dayalı uygulamalar ile hemşirelerin sağlık bakımındaki katkı ve değerine işaret ederek bu yolla hemşirelerin otonomilerini artırma ve meslekleşme arayışlarını destekleme girişimlerini tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı uygulama, hemşirelik, araştırma, etkinlik, meslek/meslekleşme

ABSTRACT

The purpose of this paper is to discuss such issues as including scientific methodology in nature of nursing being effort professionalization by emphasizing the important of research and demonstrating nurses' contributions and value in health care outcomes, through evidence based practice and finally supporting their seeking professionalization by enhancing their autonomy.

Keyword: Evidence-based practice, nursing, research, effectiveness, and profession/professionalization

Küresel ve toplumsal birçok değişim ve gelişmelerden önemli ölçüde etkilenen hemşirelik disiplini geçmişte olduğu gibi 21. yüzyıla girdiğimiz şu günlerde de yeni mücadele alanları ile karşı karşıyadır (Chitty 1997). Bir profesyon olma yolundaki hemşirelik birey, aile ve toplumun sağlığını korumayı, sağlığını yükseltmeyi, hastalıklardan korumayı ve hastalık halinde bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile bireyin ve sosyal grupların baş etme gücünü arttırmayı hedeflemektedir (Craven 2001).

Sağlık bakım hizmetlerinin amacı, varolan kaynakları kullanarak toplumsal düzeyde optimum fiziksel, psikolojik, sosyal sağlığı sağlamaktır. Bu hedefi başarmak için klinik hizmetlerin maliyetinin klinik etkinlik kanıtlarına dayandırılması bir zorunluluktur. Son yıllarda biyo-psiko-sosyal yönden bakımı

sağlamak, sürdürmek ve hasta bakımında kaliteyi yükseltmek için **kanıta dayalı hemşireliğe** yönelik giderek önem kazanmaktadır.

Sackett ve arkadaşları (1996) kanıta dayalı uygulama (KDU)'ı "bireysel hasta bakımına ilişkin kararlarda o anda elde bulunan en iyi kanıtları dürüst, açık ve akılcı bir şekilde kullanma" şeklinde tanımlarken, **KDU'nun** klinik uzmanlık ile sistematik araştırmalardan elde edilen sonuçların birleştirilme süreci olduğunu da ifade etmektedirler. Sackett ve arkadaşları'nın (1996) bu tanımı ile **kanıta dayalı uygulama sürecinde izlenen adımlar:**

- Öncelikle hasta bakımı ile ilgili soruları belirleme,
- İkinci olarak mevcut olan en iyi kanıtlarla bu soruları yanıtlama,

*İstanbul Üniv. FNHYO Hemşirelik Esasları AD. (Prof. Dr.)

**Atatürk Üniv. HYO Hemşirelik Esasları AD. (Yrd. Doç. Dr.)

- Üçüncü adımda bu kanıtları geçerlilik, güvenilirlik ve uygulanabilirlik yönünden değerlendirme,
- Dördüncü olarak sonuçların klinik alanda uygulanması ve
- Son olarak klinik performansını değerlendirme aşamaları ile açıklanmaktadır (Sackett ve Haynes 1995, Flemming 1998).

Ülkemizde, üniversiteler içinde eğitsel düzeydeki aşamaları ile hemşirelik son yıllarda birçok batı ülkesinden daha ileri bir görüntü sergileyen konuma ulaşmış olsa da; hemşirelik eğitimi dışında diğer hizmet ürünlerinde yetersizliklerden söz edilmektedir. Bu durumda belirli bir mesleki görüş ve anlayış benimsenmediği sürece, hemşirelik uygulamalarında kalite ve etkinliğin yetersizliğinin süregelmesi de kaçınılmaz bir sonuçtur (Babadağ 1998).

Geçmişten günümüze hemşireliğin meslekleşmesine ilişkin yaptığımız analizlerde “Hemşirelik bir meslek midir?” sorusu en sık karşılaştığımız soru olmuştur. Hemşirelik ile ilgilenen sosyologlar bu soruyu yanıtlarken hemşireliğin tam bir meslek olduğunu kabul etmemekte, ancak meslek olma yolunda hızla ilerlediğini ifade etmektedirler. **Sosyologlar “meslek” için vazgeçilmez ölçütler olarak:**

1. Hizmetin toplum için vazgeçilmez olması.
2. Uygulayıcıların hizmetin önemine inanmaları.
3. Araştırmalarla sürekli zenginleşen özel bir bilgi tabanının ve bu bilgiyi yaygınlaştıran yayınların olması.
4. Hizmetin psikomotor etkinliklerle birlikte entelektüel aktiviteleri de içermesi; meslek üyesinin bireysel sorumluluk ve bilinç özelliğini taşıması.

5. Uygulayıcıların yüksek öğrenimden geçmiş olması.
6. Uygulayıcılarda göreceli (izafi) bir bağımsızlığın olması ve kendi felsefe, amaç, politika ve etkinliklerini belirlemeleri.
7. Uygulayıcıların hizmet için motive olmaları (altırizm) ve görevlerini yaşamlarının önemli bir ögesi olarak düşünmeleri / görmeleri.
8. Uygulayıcıların karar verme ve uygulamalarına rehberlik eden etik ilkelere sahip olmaları.
9. Yüksek uygulama standartlarını teşvik eden ve destekleyen organizasyon /organizasyonların olmasını öngörmektedirler (Chitty 1997, Babadağ 1998).

Aslında hemşirelik sağlık bakıma temel oluşturan zihinsel bir aktiviteyi geçerli kılan ve benzersiz bir yaklaşımı kazandıran “**hemşirelik süreci**” ile uygulama/bakım için hem kritik hem de yaratıcı düşünmeyi gerektirir. Hemşirelik süreci; tıbbi tanı ve tedavi sürecinden bağımsız olarak hemşirelerin bireyin bakım gereksinimlerini tanılamalarına, bakım planı geliştirmelerine, uygulamalarına ve bu bakımın sonucunu değerlendirmelerine olanak tanımaktadır. İşte kanıta dayalı uygulama, hemşirelerin sağlık bakımı sistemindeki bu benzersiz katkılarını kanıtlayacak, mesleki prestij ve otonomilerini arttıracak meslekleşme mücadelelerini desteklemeye yaramaktadır (Bonell 1998). Araştırmaya dayalı uygulama ile desteklenen hemşirelik kuramları profesyonel gelişim yolu ile uygulamada otonomi elde etmek için esastır. Ama hemşireliğin bir disiplin olarak kuram ve kavramsal içerikli gelişimi hemşire eğitimcilerle klinik uygulayıcılar arasında ikilemlere neden olmaktadır (Cook 1991). Kuram ve uygulama arasındaki yetersiz tümleşme, farklı bakış açıları ve girişim farklılıkları

bu ikilemi zaman zaman ciddi boyutlara taşımaktadır (Deborah 1999).

Hemşirelikte genelde kuram ve uygulamanın birbirinden ayrı varoluşlar olmadığı inancına rağmen, geçmişten günümüze kuram ve uygulamaya ilişkin gelişmeler uygulayıcılardan ziyade öncelikle eğitimci/akademisyen hemşirelerin alanı olarak yorumlanmaktadır (Babadağ 1998, Deborah 1999). Sanatının yanı sıra bilim olarak algılandığında hemşireliğin pozitivist bilimsel paradigmanın geleneksel bilimsel paradigma perspektifinde geliştiği görülmektedir. Hemşirelik değer ve hizmetinin eşsizliğini ve bütüncül bakım felsefesini anlayamama, hemşirelik kuramlarının gelişimini ve uygulamalarını önemli ölçüde engellemekte ve kuram-uygulama arasındaki tümlük yerine farklı vektörlerle farklı açıların oluşumuna neden olmaktadır (Wilson- Thomas 1995, Bonell 1999). Bu durumu geleneksel bilimsel paradigmanın İNSAN'I bireysel ve bütüncü görüş ile ele alamamasının bir yansıması olarak açıklamak olasıdır (Deborah 1999).

Hemşireliğin ne olduğu ve bütüncü ilişkinin nasıl oluştuğuna ilişkin çağdaş görüş, hemşirelik bilgi ve kuramlarının oluşumunda çok farklı yöntemleri gerektirmektedir. Lutjens and Horan'a (1992) göre kuram, uygulama ve araştırma üçlemesi hemşirelikte neyin eşsiz olduğunu doğru tanımlayabilmesi ile hemşirelik biliminin gelişmesine katkıda bulunur. Öncelikle hemşirelik bir bilim midir ve kuramlar disiplinelere özgü bilgiyi geliştirmeyi sağlar mı? Yoksa, hemşirelik başka disiplinlerden ödünç alınan ve uygulanan bilginin sentezi olan uygulamalı bir bilim midir? sorularına açıklık kazandırmalıdır (Aggleton and Chalmers 1986, Chitty 1997). Bu noktada KDU devreye girdiğinde sağlık profesyonellerinin uygulamalarını gelenek, sezgi ve inançtan öte araştırma sonuçları ve bilimsel tabana dayandırmanın gerekliliği açıkça anlaşılacaktır.

Literatürde geçmişte hemşirelerin hizmet için boyun eğme ve çıraklık kültürü ile yetiştirilmeleri sonucu, araştırmalarda yer almadıkları ve geleneksel olarak da hemşirelik eğitimi ve kültürünün hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımını engelleyecek bir tutuculuk içinde olduğu kaydedilmektedir (Bonell 1999). Ayrıca hemşirelerin otonomi eksikliği ve hekimlerle mücadelede yetersizlikleri de araştırma yapma ve sonuçlarını uygulama eksikliğine dayandırılmaktadır. Halen işleyen organizasyonda bir çok sistem hemşireler için karar verme fırsatlarını tıkadığından, hemşirelerin bilgi tabanlarını anlama isteği ve dürtüleri gelişmemektedir (Chitty 1997).

Ancak kanıta dayalı hemşireliğe ilişkin bu kültürel, eğitsel ve yasal engellemelere karşı duran hemşirelikteki meslekleşme hareketlerinin kısmi başarısı ortaya çıkmaktadır. 2000'li yıllarda hemşirelikte yeni yaklaşımlar hemşireleri "bakımın hizmetçileri" kimliği yerine "bakımın profesyonelleri" olma olanağı yaratarak, hemşirelik bilgi ve uygulamasının değerini arttıracakı düşünülmektedir (Bonell 1999). Bu hemşirelik yaklaşımı hemşirelikte aynı zamanda "hemşirelik süreci" olarak bilinen bilimsel sorun çözümü yöntemi çok daha sistematik olarak uygulamaya da teşvik edecektir (DeLa Cuesta 1983).

Yine de yeni bir yaklaşım olarak kanıta dayalı hemşireliğin uygulanabilmesinde önemli sorunlar vardır. Ne var ki tüm sorunsal yönlerine karşın hemşireliğin **meslekleşmesi** ve **hemşirelik süreci** gibi spesifik araç ve uygulamalar hemşirelerin geleneksel olarak sezgisel, görev merkezli, tıbbi direktife dayalı (Aggleton and Chalmers 1986) ve hemşireliğin hiçbir şekilde kanıta dayalı olmayan yaklaşımlarından uzaklaşmasını sağlamaktadır (Bonell 1999). Böylece giderek hasta bireyin gereksinimlerini belirleme, kendi uygulamalarını değerlendirme ve araştırmaları kullanma sonu-

cunda hemşirelerin araştırmaya dayanmayan geleneksel ve tıbbın egemen olduğu uygulama biçimi ile baş etmeleri daha kolaylaşacaktır. Sonuçta kanıta dayalı hemşirelik mesleğe daha fazla otonomi ve prestij getirerek, hemşireliğin meslekleşmesine daha fazla katkıda bulunabilecektir (Bonell 1999, Fawcett 1999). Bu açıdan bakıldığında meslek statüsünde olan bazı geleneksel alanlardan daha kısa bir geçmişi olan hemşireliğin, meslek olma yolunda hızla ilerlediği görülmektedir (Chitty 1997, Babadağ 1998).

Meslekleşme hareketi ve KDU bir dereceye kadar hemşirelerin araştırmadan bilgi üretme ve kullanımları ile desteklense de, doğal bilimlerde geçerli araştırma yöntemlerini benimsemenin sonucu kantitatif ve deneysel araştırmaların hemşirelikte fazlaca kullanımı bu noktada büyük/önemli tereddütler yaratmaktadır. PooleandJones (1996) gibi araştırmacılar daha spesifik bir görüşün temsilcileri olmakla birlikte bu gün hala bir çok hemşire araştırmacı kantitatif ve deneysel yöntemleri kullanmakta olduğundan, bu stereotipi birçok hemşirenin tereddütünü haklı kılmaktadır. Yine de felsefi ve diğer kantitatif çalışmaların yanı sıra kantitatif çalışmalar ve deneysel yöntemlerle bağlantılı alanlardan bazıları "**pozitif paradigma**" içinde bu yöntemleri değerlendirmektedirler. (Chitty (1997) kantitatif ve deneysel yöntemleri; gözlem yapma, verileri değerlendirme, genel kuralları geliştirme, kuramı test etme, redüksiyon/sonuç çıkarma, sebebi ve etkiyi ayırma, değişkenleri kontrol etme ve hipotezi test etme olarak açıklamaktadır. Yazar bu düzenlemenin pozitif araştırma paradigması olduğunu ileri sürmektedir.

KDU'da araştırma konularının uygulama kaynaklı ve uygulamaya dönük olması gereği üzerinde durulmaktadır (Bonell 1999). Bu yaklaşım, hem kantitatif hem de kantitatif araştırmaların birlikte yapılmasını ve uygulayıcının öncelikle

kendi ortamından başlayarak, hasta bakımında iyileşmeyi ve maliyet etkinliğini sağlayacak bilgiye dayalı bu önerileri daha çok birey ve gruplara yönlendirmesini gerektirecektir (French 1999). Böylece hemşireliğin meslekleşmesine kanıta dayalı hemşirelik özellikle uygulamaya yönelik önemli bir perspektif kazandıracaktır.

Bireyin sağlığını geliştirmek için bilimsel yaklaşımı kullanma hemşireliğin sezgisel yönünün değerini azaltmaz. Tersine bu iki süreç arasındaki **denge** kaliteli ve etkili bakımın sunulmasına katkı sağlar. Kaldı ki duyuşsal ve bilişsel bir dengedeki araştırma sonuçlarının uygulamaya transferi sağlık bakımında hemşireliğin etkinliğini ve kabul edilme düzeyini yükseltebilir (Bonell 1999). CullomandSheldom'a (1996) göre bakımın en önemli bölümünü gerçekleştirdikleri ve en büyük profesyonel iş gücünü oluş-turdukları için hemşirelerin şu anki etkililik girişimine katılmaları zorunludur. Fawcett (1990) hemşirelerin araştırma yaparak ve araştırmaları kullanarak otoriter ve otonomik profesyonel bir grup gibi kabul görmeleri gereği üzerinde durmaktadır.

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamayı geliştirerek ve etkililiğe odaklanarak, sağlık bakım sistemindeki önemli katkılarını bu yolla belirgin-leştirmeleri olasıdır (Bonell 1999, ClossandCheater 1999, French 1999, Ray 1999). Belirtilmeye çalışılan bu donanım ile hemşireler kanıta dayalı sağlık uygulamaları içinde yer almadıklarında, genelde hemşireliğin özelde hemşirelerin performans değerlendirmesinde ve kanıta dayalı uygulamalara rehber geliştirmede hemşirelerin yerini başka gruplar alacaktır. Bu durum ise hemşirelerin yaptıkları işin rutinleşmesine ve otonomi ile prestij kazanarak meslekleşme yerine otonomi ve prestij kaybetmelerine neden olabilir (Bonell 1999).

Bir olguyu tanımlamayı, açıklamayı, tahmin ve kontrol etmeyi sağlayan

kuramsal bilgiyi kullanan hemşirelerin hizmetlerinin deneme-yanılma, sezgi ve geleneği kullanan hemşirelerinkinden daha güvenilir olacağı kuşkusuzdur. Uygulamalarını kurama temellendiren hemşireler kendi kararlarını verme yetkisini kazanacakları gibi bunu başkalarına açıklamaları da kolaylaşacaktır. Ayrıca kuramlar meslekteki uygulama, eğitim ve araştırma rollerine rehberlik ederek bireysel ve profesyonel gelişimi de arttırır. Sonuç olarak kuram analitik becerileri ve düşünmeyi de sağlayarak değer ve inançları güçlendirir ve eylemleri bilinçli ve sorumlulukla açıklamaya yardım eder (Chitty, 1997, Babadağ 1998, Velioğlu 1999).

Hemşirelik biliminin oluşumu için kuramın uygulamada testi zorunludur. Bu nedenle hemşirelerin uygulamalarını temellendirecekleri araştırma yapmaları, araştırma sonuçlarını değerlendirmeleri ve bu sonuçları yeni araştırmalarda kullanmaları hem hemşirelik kuramlarının hem de KDH'in gelişimine önemli katkı sağlayacaktır. Hemşirelik kendi kuramını tamamı ile geliştirdiğinde, kendi araştırma sonuçlarını değerlendirdiğinde ve elde edilen bu bilginin hemşirelik uygulamasını yönlendirmesi gereğine inandığında meslek kimliği ve bağımsızlığı tanınacaktır. Bu noktada hemşirelik başka disiplinlerden alınan ödünç bilgileri değil hemşirelik bilimi olarak adlandırılan, hemşirelik uygulamasını yönlendiren kendi bilimsel bilgisini kullanacaktır (Chitty 1997).

Kanıtı dayalı uygulamanın sağlık bakımına ve disiplinin meslekleşmesine katkıda bulunacağını yadsımak olası değildir. O halde araştırma bulgularını kullanma hemşireliğin daha iyi bir konuma gelmesini sağlayacaktır (Naish

1997, ClossandCheater 1999, Colyer andKamath 1999, Deborah 1999, French 1999, Ray 1999, Renshaw 1999). Ne var ki, öncelikle hemşireliğin geleneksel bilim paradigmasının yalnızca kuram ve araştırmayı değil aynı zamanda hemşirelik uygulamalarını sınırlayan ortak perspektifi ve felsefeyi güçlü kılma zorunluluğu vardır. Kanıtı dayalı uygulamayı başarmak için hemşireliğin önce yönetim, araştırma, eğitim ve uygulama alanları arasındaki **ilişkiyi** çözümleyip anlaması zorunludur. Hemşireliğin dört temel rolü olan uygulama, araştırma, eğitim ve yönetim alanlarındaki sorunlar devam ettiği sürece kanıtı dayalı uygulamanın gerçekleşmesi güçleşir. Hemşirelik bu sorunları/tutarsızlıkları çözmeden önce böyle karmaşık bir prosedüre girişmekten kaçınmalıdır (Deborah 1999).

Yeni yüzyıl hemşirelere değer ve inançları ile gelişen felsefeleri yönünde genel hemşirelik amacına götüren, bilgi, profesyonel gelişim ve hemşirelikte değişim için pozitif bir güce sahip olma misyonunu yüklemektedir. Hemşirelik **kuram ve uygulama tümleşmesini sağlayarak, bilimsel sorun çözümü yaklaşımı/hemşirelik süreci ve kanıtı dayalı uygulama** ile bakımda pozitif bir fark ve bakım için güvenli, huzurlu, insancıl çevre oluşturarak bu misyonunu gerçekleştirebilir. 21. yüzyılda sağlık bakımını ve hemşirelik mesleğini etkileyecek hemşirelik süreci yaklaşımı, kuram ve uygulama tümleşmesi ve kanıtı dayalı hemşirelik uygulamasını kapsayan bu üçlemeli yeni yaklaşımda yasal bazı düzenlemeler ve çağdaş bilimselliğe inancı sağlamada, diğer bir deyişle meslekleşmede bütün hemşirelerin iş birliği ile yer alması kaçınılmazdır.

KAYNAKLAR

- Aggleton P, Chalmers H** (1986). Nursing Models and the Nursing Process. Mcmillian, Basingstoke.
- Babadag K** (1998). Hemşirelik ve Değerler. Profesörlük Çalışması, İstanbul, 1998.
- Bonell C** (1999). Evidence-based nursing:a stereotyped view of quantitative and experimental research could against professional autonomy and authority. J Adv Nurse 30(1): 18-23.
- Chitty KK** (1997). Professional Nursing Concepts and Challenges, Second edition, WB Saunder Co. Philadelphia; 143-153.
- Closs SJ, Cheater FM** (1999). Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. J Adv Nurse 30(1): 10-17.
- Colyer H, Kamath P** (1999). Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some materials for consideration by professional practitioners. J Adv Nurse 29(1): 188-193.
- Cook S** (1991). Mind the theory/practice gap in nursing J Adv Nurse 16: 1462-1469.
- Craven RF, Constance JH** (2000). Fundamentals of Nursing, Third edition, Lippincott Williams /Wilkins, Phaledelphia; 56-57.
- Cullom N, Sheldon T** (1996). Clinically challenged. Nurse Man 3(4):14-16.
- De la Cuesta C** (1983). The nursing process from to implementation. J Adv Nurse 8 (5): 365-371.
- Deborah J** (1999). How can we acheive evidence-based practice if we have a theory-practice gap in nursing today. J Adv Nurse 39(3).549-555.
- Fawcett J** (1990). A decleration of independence: the relationship of theory and research to nursing practice. J Nurse Admin. 10 (6): 36-39.
- Flemming K** (1998). Asking answerable questions. Evidence-Based Nurse 1(2): 36-37.
- French P** (1999). The development of evidence-based nursing. J Adv Nurse 30(1): 72-78.
- Hunt JM** (1996).Guest editorial. J Adv Nurse 23: 423-425.
- Lutjens L, Horan M** (1992). Nursing education: an educational imperative. Journal Professional Nursing (8 (5): 276-281.
- Naish J** (1997). So where's the evidence. Nurs Times 93 (12): 29-31.
- Poole K, Jones A** (1996). A reexamination of the experimental design for nursing research. J Adv Nurse 24: 103-114.
- Ray L** (1999). Evidence and outcomes: agendas, presuppositions and power. J Adv Nurse 30(5): 1017-1026.
- Renshaw M** (1999). Sifting evidence. Nurs Times 95 (38): 26-27.
- Sacket DL, Haynes RB** (1995) On the need for evidence medicine. Ev Bas Med 1: 5-6.
- Sacket DL, Rosenberg WMC., Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS** (1996).Evidence Based Medicine: what is it and what isn't it. British Med 312: 71-72.
- Velioğlu P.** Hemşirelikte Kavram Kuramlar. Alaş Ofset. İstanbul 1999:180-195.
- Wilson-Thomas L** (1995). Applying critical social theory in nursing education to bridge the gap between theory, research and practice. J Adv Nurse 21: 568-575.