

KANITA DAYALI TIP

Arda Demirkan • Yahya Ekici • Keriman Uçar • Semih Baskan

ÖZET

90'lı yılların başlarında önemi giderek artan kanıta dayalı tıp, pratik anlamda birbirinden farklı hastalarda, elde edilen sistemik bulguların, hekimin klinik tecrübeleri ve bilgileri ile bir arada değerlendirilerek, en uygun kararlara varılabilmesidir. Geçen zaman, tecrübe ve bilgilerini en iyi şekilde birleştirmiş olanları bile çağ dışı bırakabilmektedir. Gelişmeleri takip ederek yeni bilgilere zamanında ulaşmanın önemi küçümsememelidir. Tamamen kanıta dayalı ve hastaların bireysel ihtiyaçları göz önüne alınarak verilen kararlar da, toplumsal etikten çok hastanın ve hekimin şahsi etik anlayışı doğrultusunda şekillenebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı tıp, araştırma, klinik deneyim

SUMMARY

Evidence Based Medicine

Evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. In the early 1990's it became the focus for improving healthcare. Without reaching current best evidence, even integrating clinical expertise and clinical evidence should become rapidly out of date. It is important to provide the information sources actually. Eliciting and respecting patients' preferences is especially important when there is reasonable doubt about the best course of action but even good evidence can lead to bad practice if applied in an unthinking or unfeeling way.

Key words: Evidence based medicine, research, clinical expertise

Kanıta dayalı tıp konusu, 19'uncu yüzyılın ortalarında ilk kez Paris'te ortaya çıkmıştır. Geçmişinin eskilere dayanmasına karşın, özellikle 90'lı yılların başlarında önemi giderek artmış olan genç bir disiplindir (1,2,3,4).

Bugün dahili tıp bilimleri, çocuk sağlığı, cerrahi tıp bilimleri, patoloji, farmakoloji, diş hekimliği, pratisyen hekimlik ve hemşirelik alanlarında konu tek tek ele alınmakta, dergiler çıkartılmakta ve bu konuya yönelik pratiğin öğretilmeye çalışıldığı mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları düzenlenmektedir (2).

Kanıta dayalı tıp, pratik anlamda birbirinden farklı hastalarda, elde edilen sistemik bulguların, hekimin klinik tecrübeleri ile bir arada değerlendirilerek en uygun kararlara varılabilmesi anlamına gelmektedir. Ancak tek başına doğru kararlar alabilmek, ciddi bir klinik tecrübe gerektirmektedir (1).

Başarılı bir hekim elindeki delillerin ve tecrübelerinin tek başına anlam taşımadığını bilmelidir. Yetersiz tecrübe ile, elindeki delillere dayanarak yola çıkanların başarısızlıkları sürpriz olmadığı gibi, sadece tecrübelerine dayanarak hareket edenler de günümüzde

kuşkusuz çağdışı kalmaya mahkumdurlar. Kanıta dayalı tıp tecrübesi; hayat boyu süren, kişinin kendi kendini eğittiği uzun bir yoldur (1,5).

Bu kavram kesinlikle herkesin gittiği yoldan gitmek anlamında düşünülmemelidir. Hasta değerlendirmenin, kitaba bakarak yemek pişirmekten çok farklı olduğu unutulmamalıdır (2). Kanıta dayalı tıp randomize çalışmalar ve meta analizler ile sınırlı kalmayıp, sık rastlanmayan ancak sorularımıza cevap olabilecek deneyimlerden de yararlanmaktadır.

Biz sahip olduğumuz kanıt ve tecrübelerden yararlanırken, sürekli yenileri de ortaya çıkmaktadır. Bunların çoğu da gelecekte anlaşılıp, kullanılmaya başlanıldıklarında hastalıklara yaklaşımlarımızı değiştirecektir (6).

Gelişmeleri takip ederek yeni delillere zamanında ulaşmanın önemi de küçümsememelidir. Bugün artık yeni gelişmeleri izleme alışkanlığına sahip kliniklerde çalışanlar zaten bu delillerin %30 kadarına arkadaşları ile konuşarak da ulaşabilmektedirler. Bunun dışında, zamanı yakalayabilmek konusunda karşılaşılan temel problemler ise zaman kısıtlılığı, eski ve modası geçmiş

kitaplar ve literatüre ulaşmak için iyi organize olunamaktan kaynaklanmaktadır (1). Oysa ki temel bilgi kaynağı olan klasik kitaplar yeni iken bile çoğu zaman modası geçmiş olduklarından hekimler günlük bilgileri ve yeni delillere zamanında ulaşabilmelidirler. Geçen zaman tecrübe ve bilgilerini en iyi şekilde birleştirmiş olanları bile çağ dışı bırakabilmektedir. Geleneksel tıp eğitim programları ise bu problemlerin üstesinden gelememektedir (1).

Geçen elli yıl içerisinde tıbbi problemlere bilimsel yaklaşımlar, antibiotiklerin bulunması ve Polio aşısı gibi tıp alanında birçok rüyanın gerçeğe dönüşebileceğini kanıtladı. Moleküler genetiğin genetik kodu çözmesi ve bu tekniklerin moleküler biyoloji ve klinik tıbbı uygulanması daha önce tedavi edilemez diye düşünülen bir çok hastalığın tedavisi konusunda çığır- lar açmıştır. Bilim ve tıp arasında belirgin bir boşluk olduğu gerçektir ve bilimsel gelişme ile hastalıkların tedavisi arasında bir doğru oran yoktur (1,5).

Kanıt dayalı tıp yeni entellektüel bir alandır. Bu alan geleneksel tıbbın en iyi delillerle desteklenerek, klinik araştırmaların;güvenilir tanısıl testlerle değerli prognostik markerlerle ve tedavinin etkinliği ile birlikte değerlendirilerek pratiğe aktarıldığı yeni bir alandır. Klinik deneyim ve klinik çalışmalardan elde edilen bilgileri birleştirerek bunların klinik pratiğe yansımaları ile hastaya ve hastalıklara yaklaşımı en iyi hale getirmeyi amaçlamaktadır (1,5).

Hastalarımıza yaklaşımda daha güvenli ve etkili olabilmek amacıyla karşımıza çıkan klinik probleme yaklaşımda tanısıl, prognostik veya tedavi açısından kaynaklarımız doğru yeni ve geçerli olmak zorundadır (1,5).

Önceki jenerasyondaki klinisyenler karşılaştıkları klinik problemleri sadece kendilerinin ve beraber çalıştıkları arkadaşlarının deneyimlerine dayanarak çözmeye çalışırlardı. Komplike ve daha önce hiç karşılaşmadıkları bir problemi çözmek için en etkili yolu bu konuda klinik deneyimi daha fazla olan bir diğer hekim arkadaşına danışmaktı. Bu ise tıbbi eğitimin bir bakıma osmos yolu ile geçmesi anlamına gelir. Yeni klinik tıp yaklaşımı ise alınacak her kararın delillere dayanmasıdır. Deneyimlerimize göre bu delilleri toplamakta gecikmekteyiz ve bu da sonuçta bizim klinik performansımızın düşmesine neden olmaktadır (1,5).

Kanıt dayalı tıbbi uygulayabilmek için

1. Cevaplanabilir sorular oluşturabilmek,
2. En iyi kanıt bulmak için araştırmak,

3. Eldeki delilleri önem ve geçerliliğine göre değerlendirebilmek,
4. Pratik uygulamaya geçirebilmek,
5. Klinik performansı arttırabilmek gerekmektedir.

1. Cevaplanabilir sorular oluşturabilmek

Hastalar ile karşılaştığımızda, "ilaçların başlangıç dozu ne kadar olmalıdır?" gibi cevabı belli sorular karşımıza çıkabildiği gibi problemler genellikle çok daha karmaşık olabilmektedir. Bu nedenle uygun yaklaşımlarda bulunabilmek için hastalık tablosunu anlaşılır ve cevaplanabilir sorulara dönüştürmek başlangıç için son derece yararlıdır (1,3).

Doğru soruları ortaya koyabilmek kanıt dayalı tıp konusunda ilk ve en önemli basamağı oluşturduğu gibi hiç kuşkusuz ciddi bir tecrübeyi de gerektirmektedir. İyi bir hekimin öncelikle bu konuda kendisine güveni tam olmalıdır. Yeni bilgiler ile cevabına ulaşılmayan soruların da tek başlarına hiç bir bilimsel değeri olmadığı açıktır (1,3,6).

Hasta değerlendirilirken sorular nasıl oluşturulmalıdır?:

1. Klinik Bulgular: Hastanın fizik muayenesinden ve hikayesinden elde edilen bilgileri değerlendirmeye yönelik sorular.

2. Etiyoloji: Hastalığın nedenini bulmaya yönelik sorular (İatrojenik nedenler de dahil)

3. Ayırıcı Tanı: Olası hastalık nedenlerini hastaya uygunluk, birbirlerine benzerlik, önem ve tedavi edilebilirliklerine göre ortaya koymaya yönelik sorular.

4. Tanıya yönelik testler: Tanıyı ortaya koyabilmek ve desteklemek için hangi testlere ihtiyacımız olduğunun sorulması.

5. Prognoz: Hastanın klinik durumunun nasıl gelişebileceği ve hangi komplikasyonlarla karşılaşılacağına yönelik sorular.

6. Tedavi: Hastaya zarar yerine fayda getirecek tedavinin nasıl olması gerektiğine yönelik sorular.

7. Korunma: Hastalık tablosu oluşmadan önce, risk faktörlerini belirleyerek onları nasıl ortadan kaldırılabileceğimize ve riskli hastaların nasıl takip edilmeleri gerektiğine yönelik sorular.

8. Kişisel Gelişim: En iyi şekilde güncel bilgiyi yakalayarak, etkili klinik pratiğe ve beceriye nasıl sahip olunabileceğine yönelik sorular.

2. En İyi Kanıt İçin Araştırmak

Hastaların değerlendirilmesinde en önemli problem elimizdeki delilleri en iyi şekilde değerlendirebilecek kadar güncel bilgiyi yakalayabilmiş olmaktır. Geçmişten edinilmiş tecrübelerle göre, bugün sahip olduğumuz bilgilerin beş yıl içerisinde yarısının doğru olmadığı ortaya çıkacaktır. Daha da kötüsü bunun hangi yarısı olduğunu da önceden tahmin etmek imkansızdır (1). Bu nedenle problemleri kavramaya yönelik ve araştırarak öğrenmeye yönelik bir eğitimin çok daha başarılı hekimler yetiştireceği de ortadadır. En iyi delillere ulaşabilme yeteneği, yüzmek ya da bisiklete binmek gibi okumadan çok pratik uygulamalarla elde edilebilir (1,4,5).

Klinik kararlarımızı desteklemek amacı ile sıklıkla başvurduğumuz kaynakların da hiç kuşkusuz güvenilirliğini, güncelliğini ve geçerliliğini iyi değerlendirmemiz gerekir (5).

Klinikçiler araştırma becerilerini değişik biçimlerde elde etmektedirler. Bazıları kendi kendilerine öğrenirken, diğerleri arkadaşlarını seyrederek, çeşitli kitaplar okuyarak, ya da bilimsel toplantılara örneğin; kongre, seminer, sempozyum ve kurslara katılarak bu becerilerini geliştirmektedirler (1).

3. Eldeki kanıtları önem ve geçerliliğine göre değerlendirebilmek:

Delilleri değerlendirirken önemli iki nokta vardır, birincisi delilin geçerliliğine karar vermek, ikincisi de delilin önemini belirlemektir (1). Hastaya uygulanan tanıya yönelik bir testin örneğin bilgisayarlı tomografinin doğru olmadığını düşünüyorsak ve de uygulanan tedavinin örneğin antibiyotik tedavisinin kayda değer bir etkisi gözlenemiyorsa, elimizdeki delillerin geçerliliğini tekrar değerlendirmemiz gerekmektedir. Stratejimizi etkileyen tanısal test, prognostik marker veya uygulanan tedavinin geçerliliğini ve önemini iyi kavramamız gerekmektedir.

Bazı basit sorular bize sahip olduğumuz delillerin geçerliliklerini ve değerlerini belirlemede yardımcı olacaktır.

Kullandığımız diagnostik testler:

1. Testin, sonuçlarını destekleyen otopsi ya da biopsi benzeri güvenilir bir dayanağı var mı?
2. Test uygun hasta gruplarında mı geliştirilmiştir?
3. Teste ait referanslar doğru olarak belirlenmiş midir? (Test sonuçlarından etkilenmeksizin)

4. Kullanılan test sahip olduğumuz şartlarda kolayca uygulanabiliyor mu, yeterince kesin sonuç verebiliyor mu?
5. Testin sonucu tedavi planımızı etkileyecek mi ve hastaya yeterince fayda sağlayacak mı?
6. Testin sonucu, test öncesinde öngörülebiliyor mu? (Direk bilirubin değerleri yüksek bir hastada, yüksek alkalin fosfataz değerleri beklenmesi gibi)

Prognozu belirlememize yardımcı olacak olan deliller:

1. Erken evrede tanı konabilmiş yeterli sayıda hasta örneği var mı?
2. Hasta takipleri yeterli sürede ve tam olarak yapılabildi mi?
3. Objektif olarak mı değerlendirilmiş?
4. Farklı prognoza sahip alt gruplar var mı?
5. Prognostik tanımlamalar istatistiksel değer taşıyor mu ve zaman içerisinde değişiklik gösteriyor mu?
6. Hastalığın prognozu değerlendirilirken, uzun dönemdeki prognoz beklentisi, hastanın hastalığın hangi evresinde olduğunun da dikkate alınması gerekmektedir.

Tedavimizi değerlendirmemize yardımcı olacak olan deliller:

1. **Tedavimizi destekleyen, aşağıdaki özelliklere sahip yeterli sayıda randomize çalışma var mı?**
 - a. Çalışma gerçekten randomize ve çift kör olarak gerçekleştirilmiş mi?
 - b. Çalışmaya giren tüm hastalarda sonuca ulaşılabildi mi?
 - c. Deneysel tedavi dışında hastalar eşit olarak tedavi edilmişler mi?
 - d. Başlangıçta hasta grupları benzer özelliklere sahipti mi?
 - e. Çalışmaların sonuçları:
 - Sahip olduğumuz diğer tedavi seçeneklerinden de bahsediyor mu? Ters düşmeksizin aynı sonuçları savunan birden fazla araştırmacı var mı ve sonuçlar bir çalışmadan diğerine değişmeden tekrarlıyor mu?

2. Tedavi seçeneklerinin ekonomik olarak değerlendirilmesi:

Hiç kuşkusuz seçtiğimiz tedavinin ekonomik boyutu da iyi değerlendirilmiş olmalıdır. Hekim maliyet yarar oranını iyi belirlemeli, daha ucuz tedavi seçeneklerinin olup olmadığını iyi araştırmalı ve hastasına en uygun tedaviyi belirlemelidir. Bir hastalık birinci kuşak sefalosporinler ile daha ucuza tedavi edilebilirken, daha pahalı olan üçüncü kuşak sefalosporine yönelmek doğru değildir. Çoğu zaman ucuz olduğu halde daha faydalı olabilecek tedavi seçeneklerinin gözden kaçırılabilmesi unutulmamalıdır. Hastalığın hastayla birlikte ailesi ve çevresini ilgilendiren boyutu etik olarak da gözden geçirilmelidir (1,3).

3. Verilen klinik kararların analizi:

Hekim tedavisini planlarken bütün önemli klinik stratejileri ve olası tüm sonuçları gözden geçirmiş olup iyice değerlendirdiğinden emin olmalıdır. Varılabilecek sonuçların özellikle hasta açısından tolere edilebilir olup olmadığı son derece önemlidir.

Beklediğimiz en iyi sonuç hastaya neler kazandıracak ve hayat beklentisini arttıracak mıdır?

4. Hastaya zarar vermemek:

Tedavi seçeneğimizin hastaya yarar sağlamak amaçlanırken zarar verme olasılığı olup olmadığı da gözden geçirilmelidir. Hekim tedavisinin hastaya yarar sağlamak yerine zarar vermeye başladığına inandığı zaman elindeki diğer tedavi seçeneklerine yönelmelidir.

- Tedavi seçeneğimize ait istenmeyen etkilerin gözlemlendiği hastalar olmuş mu ve bu etkiler çok sayıda hasta da görülmüş mü?
- Yan etkilerin gözlemlendiği hastaların tümünün hastalığın aynı evresinde olup olmadığı ve aynı hastalık grubunda kabul edilip edilemeyecekleri iyi değerlendirilmelidir.
- Sonuçlar benzer metodlarla mı değerlendirilmiştir?
- Karşılaşılan istenmeyen etkilerin tedavimizin sonucu olup olmadığı güvenilir metodlarla desteklenebiliyor mu?
- Hastaların takibi yeterli sürede ve tam olarak gerçekleştirilebilmiş mi?

4. Pratik uygulamaya geçirebilmek:

Elde ettiğimiz tüm delillerin geçerliliği ve önemini kanıtlamış olsak bile tabii ki hepsinden daha da önemli olan bizim hastamıza bu yöntemlerin uygulanabilir

olmasıdır. Hastamız tanımlanan şartlardan çok farklı bir konumda olabilir. Her hastanın aynı tedaviden farklı yarar sağlayacağı açık olup, tedavi öncesi hasta bu açıdan da değerlendirilmelidir. Yaklaşımların ekonomik yönünün yanısıra, kimi zaman hastaların sosyal, ekonomik durumu, beklentileri ve tercihleri de ön plana geçebilmektedir. Bu aşamada alınan kararların etik yönü de ortaya çıkmaktadır (1,3,5,6).

5. Klinik performansı arttırabilmek

Günü yakalayabilmek ve sürekli performansını arttırabilmek her hekimin ilk amacı olmalıdır. Aldığı kararları herşeyden önce kendi kendisine açıklayabilmeli ve zaman içerisinde daha doğru sonuçlara varıp varmadığını yargılamalıdır.

Kanıt dayalı tıp konusunda farklı görüşler:

Kanıt dayalı tıp uygulayıcılarının, hastalara bazı bilimsel temellere dayandırılmış, görünüşte daha faydalı olan ve maliyeti çok daha yüksek olabilecek tedavi yöntemlerini seçmelerini kullanışlı, ancak eksik bir yaklaşım olarak görenler de vardır (7,8).

Eldeki kanıtlara göre en uygun olduğuna karar verilen yaklaşımların hastaya uygulanması aşamasında hastanın ve yakınlarının da tercihi mutlaka göz önüne alınmalıdır. En uygun görünen yaklaşımlar zaman zaman hastaların tercihlerinden çok uzaklaşabilmektedir. Boyun ve yüz kanserine yakalanmış bir hastanın tercihi, "komando cerrahisi" gibi agresif ve hastanın yaşam standartlarını son derece düşürmek pahasına hayatını ancak biraz olsun uzatabilen bir girişim yerine yaşamının sonlanması yönünde olabilecektir (7,8).

Tamamen kanıtlara ve hastaların bireysel ihtiyaçları göz önüne alınarak karar verilen uygulamaların, toplumsal etikten çok hastanın ve hekimin şahsi etik anlayışı doğrultusunda şekillenebilmektedir (1,7,8).

Klinik yaklaşım seçeneklerine ait risk yarar oranının yeterince açık olmadığı ya da seçeneklerin çoğunun kontrendike olduğu klinik tıbbın bu gri bölgesinde kanıt dayalı tıbbın yardımı çok az olabilmektedir (7).

Ayrıca yapılan araştırmalar; Cerrahların, dahili branşlarla ilgilenenlere oranla çok daha az kararsızlığa düştüğünü, ayrıca pratisyen hekimlerin konservatif yöntemleri daha çok tercih ettiğini göstermiştir (6,7).

Çağımız kronik ve pahalı hastalıklar çağıdır. Moleküler biyolojinin hızla gelişerek alt branşlara ayrıldığı günümüzde birçok yeni teknik imkanlar ve seçenekler karşımıza çıkmaktadır (6,7,9,10). Seçeneklerin tümünü de aynı anda birbirleri ile karşılaştırmak mümkün olmadığından gri bölge giderek genişlemektedir.

KAYNAKLAR

1. Sacket D. L, Richardson W. L, Evidence Based Medicine. Churchill-Livingstone, London: 1997
2. Sacket D. L, Rosenberg W. M. C. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-72
3. Jos K, What is Evidence Based Medicine, 6th European Conference on Advances in Wound Management 1-4 Oct. 1996 Amsterdam: 1
4. Cochrane A, Databases and Evidence Based Medicine in General Practice, MJA 1999; 170: 52-53
5. Zoccali C, Evidence Based Medicine: The Clinicians Perspective, Nephrol Dial Transplant 1999; 14 Suppl.3: 42-45
6. Terence J. R, Need for Evidence Based Medicine, 6th European Conference on Advances in Wound Management 1-4 Oct. 1996 Amsterdam: 1-3
7. Naylor C. D, Grey Zones of Clinical Practice: Some Limits to Evidence Based Medicine, Lancet 1995; 345: 840-842
8. Maynard A, Evidence Based Medicine: An Incomplete Method for Informing Treatment Choices, Lancet 1997; 349: 126-128
9. Oxman A, Guyatt G.H, The Science of Reviewing Research, Ann Acad Sci 1993;703:125-134.
10. Davis D. A, Thompson M. A, Changing Physicians Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies, JAMA 1995; 274: 700-705
11. Cutler A.F, Havstad S, Accuracy of Invasive and Noninvasive Tests to Diagnose H.Pylori Infection, Gastroenterology 1995;109:136-141.

DÜZETLME

Dergimizin Cilt 53, Sayı 2'de yayınlanan;

M. PNEUMONIAE'NİN İNSAN ALVEOLER MAKROFAJLARINA TUTUNMASI adlı yazının "**Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Rektörlüğü tarafından (97-09-00-27 kod) desteklenmiştir.**" biçimindeki açıklama notu dalgınlıkla unutulmuştur.

Düzeltilir özür dileriz.