

## MATERNAL BAKIMDA KANITA DAYALI UYGULAMA KÜLTÜRÜNÜN OLUŞTURULMASI

### CREATION OF EVIDENCE-BASED PRACTICE CULTURE IN THE MATERNAL CARE

Ayşe DELİKTAŞ<sup>1</sup>, Kamile KABUKCUOĞLU<sup>2</sup>

#### ÖZET

Kanıt dayalı uygulama, klinik karar verme sürecinde problem çözücü bir yaklaşımdır. Kanıt dayalı uygulamanın birçok yararı olmasına rağmen, maternal bakımda kanıt temelli uygulamalar yetersizdir. Bu çalışma, ülkemizde maternal bakımda kanıt dayalı uygulama kültürü oluşturmada gerekli olan unsurları belirlemek amacıyla derleme şeklinde planlanmıştır. Yapılan literatür taraması sonucu kanıt dayalı uygulama kültürü oluşturmak için gerekli olan unsurlar; "değişime hazır olma", "mentörlük sistemleri", "kaynakların temini", "ödüllendirme sistemleri", "sürekli eğitimler", "kanıt dayalı uygulama modelleri" ve "karar destek sistemleri" olarak bulunmuştur. Maternal bakımda kanıt dayalı uygulama kültürü oluşturmak için mentörlerin var olması, klinikte karar destek sistemleri ve modellerin kullanılması, sürekli eğitimlerin, hemşireleri teşvik etmede ödüllendirme sistemlerinin oluşturulması, kliniklerde rehberlere ulaşmayı sağlayan kaynakların var olması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanıt Dayalı Uygulama Kültürü, Kanıt, Maternal Bakım, Sağlık Profesyonelleri

#### ABSTRACT

Evidence-based practice is a problem-solving approach in clinical decision making. Although there are many benefits, evidence-based practices in maternal care is inadequate. This study was planned as review in order to determine the elements needed to create a culture of evidence based practice in maternal care' our country. As a result of a literature search, it is found that the elements creating a culture of evidence based practice, being "readiness of changes", "the presence of mentoring system", "provision of resources," "reward system", "continuous training", "evidence based practice models" and "decision support systems". To create a evidence based practice of culture in the maternal care, existence of mentors, use of decision support systems and models in clinic, continuous training, creation of the reward system to encourage nurses, being clinical resources provide access to guideline in clinic is recommended.

**Keywords:** Maternal Care, Evidence-Based Practice Culture, Evidence, Health Care Professionals

\*Bu çalışma 2. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi' nde 25 Şubat 2016 tarihinde Antalya' da poster olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Arş. Gör. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

<sup>2</sup> Prof. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

**İletişim/** Corresponding Author: Arş. Gör. Ayşe Deliktaş  
**e-posta:** aysedeliktas@akdeniz.edu.tr

**Geliş Tarihi /** Received : 17.08.2017

**Kabul Tarihi /** Accepted: 25.04.2017

## GİRİŞ VE AMAÇ

Kanıt dayalı uygulama (KDU), klinik karar verme sürecine yönelik olan problem çözücü bir yaklaşımdır. Yaklaşım, bilimsel kanıt ile hasta ve uygulayıcıya ait deneysel kanıtın birleştirilmesini içermektedir<sup>1</sup>. Kanıt dayalı karar verme sürecinde; aynı zamanda hasta tercih ve değerleri de göz önünde bulundurulmalıdır<sup>2</sup>.

Literatürde kanıt dayalı uygulamanın yararlarını inceleyen birçok çalışma mevcuttur<sup>3-5</sup>. KDU, güvenli ve kaliteli bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. Böylece; bakımın kalitesini ve hastaların sağlık durumlarını iyileştirmekte, bakım sistemlerinin maliyetini azaltmaktadır<sup>3,4</sup>. Yapılan bir çalışmada kanıt dayalı uygulama kullanan hemşirelerin memnuniyet düzeyleri, profesyonel gelişim istekleri ve otonomi hislerinde artma, çalışma streslerinde ise azalma olduğu belirlenmiştir<sup>5</sup>.

Kanıt dayalı uygulama kullanımının birçok yararı olmasına rağmen hasta bakımı ve klinik uygulamalarda kanıt kullanımının yetersiz olduğu belirtilmektedir<sup>6,7</sup>. Hemşirelik uygulamalarında kanıttan ziyade deneyim, gelenek, sosyal etkileşim ve önsözlerin temel alındığı bildirilmektedir<sup>8,9</sup>.

Kanıt dayalı uygulamaya engel olan nedenler; zaman kısıtlılığı, kaynak eksikliği, ağır iş yükü, başarıların ödüllendirilmemiş olması, davranış değişikliğinin uygulamaya yansıtılmaması, uygulama değişikliği için otoriteden yoksun olma, literatür tarama, değerlendirme ve sentez etmeye dair bilgi eksikliğidir<sup>3,11</sup>. Kanıt dayalı uygulamaya engel olan başka bir unsur; hemşirelerin motivasyon, liderlik, vizyon ve stratejiden yoksun olmaları ve yöneticiler tarafından yönlendirilmelerde sorun yaşamaları olarak belirtilmiştir<sup>12</sup>.

Kanıtın klinik uygulamaya aktarılmasında bireysel becerilerden daha çok uygulamanın yaşama geçirilmesi aşamasında sorunlar yaşanmaktadır<sup>13</sup>. Son yıllarda hemşirelikte kanıt kullanımının birincil belirleyicisi olarak organizasyon yapıları incelenmektedir. İncelenen organizasyon yapılarından biri ise

organizasyon kültürüdür<sup>14</sup>. Organizasyon kültürünün; klinik araştırmaları desteklemeleri ve değişikliklere açık olması gerekmektedir<sup>15</sup>. İyi uygulamaları teşvik eden bir organizasyon kültürü; daha kaliteli bakım ve hasta sonuçları elde etmeyi sağlayacaktır<sup>16</sup>. Kanıt dayalı uygulamada var olan zorluklar tamamen ortadan kaldırılamayacaktır. Anca, ekip çalışması ve iş birliğinin katkısı ile KDU' ler hemşireler için ödüllendirici ve ilham verici deneyimler haline dönüştürülebilecektir<sup>17</sup>. Bu derleme, maternal bakımın sağlanmasında kanıt dayalı uygulama kültürünün oluşturulabilmesi için öneriler sunmak, farkındalık yaratmak ve organizasyon kültüründe değişikliklerin yapılmasına yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

### Maternal Bakım ve Kanıt Dayalı Uygulama

Maternal bakımın kalitesinde iyileşme, Binyıl Kalkınma Hedefleri' ne ulaşmada büyük bir öneme sahiptir<sup>18</sup>. Maternal bakımda kaliteyi sağlayan önemli bir strateji ise kanıt dayalı uygulamadır<sup>19</sup>. Ancak, maternal bakımda kanıt dayalı olmayan müdahale ve uygulamaların standart uygulama olarak kullanıldığı konusunda dünya çapında bir endişe bulunmaktadır<sup>20</sup>. Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde bazı etkisiz ya da zararlı uygulamalar bakımın rutin bir parçası olarak kullanılırken, birçok kadın bakım sürecinde yararlı uygulamalara ulaşamamaktadır<sup>21</sup>.

Maternal bakım sürecinde yapılan yanlış/gereksiz uygulamalar ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar, kadınların başlıca morbitide ve mortalite nedenlerindedir<sup>19,20</sup>. Yaşanan sorunlar göz önünde bulundurulduğunda komplikasyonların önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi ve önerilerde bulunulabilmesi için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir<sup>22</sup>.

Maternal bakım uygulamalarına yönelik olarak birçok rehberler düzenli olarak yayınlanmakta ve güncellenmektedir<sup>23</sup>.

Kadına uygulanan gereksiz girişimlerin azaltılması ve kanıta dayalı uygulamaların rehber alınması ile ana-çocuk sağlığının korunması/ geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik oluşturulan modeller; Amerika, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde çok uzun yıllardır kullanılmaktadır<sup>24</sup>. Ülkemizde ise son yıllarda bu modellerden "anne dostu hastane modeli" tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen anne dostu hastane kriterlerini karşılayarak yedi hastane Anne Dostu Hastane ünvanını almıştır<sup>25</sup>.

Türkiye’de anne bakımında kanıta dayalı uygulamaların durumunu inceleyen bir çalışmada; uygulamaların rutin epizyotomi içerdiği, doğum boyunca refakatçiye izin verilmediği, rutin olarak laksatiflerin kullanıldığı, mobilitenin ve oral sıvı alımının kısıtlandığı, doğumda supine pozisyonun kullanıldığı ve doğumun üçüncü aşamasının aktif yönetiminin kullanılmadığı gibi sonuçlar elde edilmiştir<sup>26</sup>. Ayrıca, ülkemizde postpartum dönemde uterus masajının ve erken dönemde ten tene temasın yeterince uygulanmadığı da gözlemlenmektedir<sup>27</sup>. Ancak, kanıta dayalı rehberler; rutin epizyotomi uygulamasından ziyade sınırlı epizyotomi uygulamasının kullanılmasını<sup>28</sup>, lavmanın rutinde yapılmamasını<sup>29</sup>, kadınların yürüyüş ve ayakta dik pozisyonların yararları hakkında bilgilendirilmesi ve cesaretlendirilmesini<sup>30</sup>, komplikasyon riski düşük gebelerin oral alımlarının kısıtlanmamasını<sup>31</sup> önermektedir. Rehberlere göre ülkemizde maternal bakımda kanıta dayalı uygulamaların yetersiz olduğu görülmektedir<sup>27</sup>.

### **Kanıta Dayalı Uygulama Kültürü Oluşturma**

KDU' nun başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi; birçok değişkenlere bağlıdır<sup>32</sup>. Araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya aktarılması yaklaşık 30 yılı bulmaktadır. Kanıt ve klinik uygulama arasındaki bu ısrarlı boşluk, dünya çapındaki sağlık bakımında eşitliğin bozulmasına ve kalitenin azalmasına neden olmaktadır<sup>33</sup>. Bu durumu önlemek için; sistem genelinde ortak bir vizyonun oluşması gerekmektedir. Bu

vizyonun, uygulamalarda ve karar verme sürecinde kanıta dayalı uygulamaların kullanımını desteklemesi gerekmektedir<sup>34</sup>.

Organizasyon kültürü, organizasyon üyeleri tarafından paylaşılan ortak değer, anlam ve inançlar olarak tanımlanmaktadır<sup>35</sup>. KDU kültürü; organizasyonun felsefe, misyon, vizyon ve stratejik planları ile kanıt temelli bakımı birleştirme sürecini içermektedir<sup>36</sup>. Bir sağlık organizasyonu, yüksek düzeyde bakımın sağlanması için uygun bir çevreyi sağlamak ve organizasyona ait engelleri ortadan kaldırmak ile görevlidir<sup>14</sup>. KDU kültürü oluşturma kısa dönemde gerçekleştirilemeyecektir. Bu nedenle, bilinçli bir alt yapının, çoklu yenilikçi stratejilerinin ve bunlara uzun dönem bağlılığın oluşturulması gerekmektedir<sup>37</sup>.

Kanıta dayalı uygulama için organizasyon değişikliği yapmanın beş adımı içerdiği belirtilmektedir. Bunlar; tartışma ve geribildirimi içeren bir sistemin geliştirilmesi, değişikliği kabul edecek bir ortamın oluşturulması ve değerlendirilmesi, eğitim ve araştırmalar için uygun kaynakların elde edilmesi, katılımcıların ve ödüllendirilecek olan personelin tanımlanması ve değişiklik için çaba sarf edilmesidir<sup>38</sup>. Straka, Brandt ve Brytus (2013) bir pediatri hastanesinde yaptığı çalışmada; KDU kültürü oluşturmak için oryantasyon eğitimleri ve aylık periyotta lider toplantıları düzenlemiş, kanıta dayalı uygulama derneği kurmuş, araştırma sınıfları ve ödüllendirme sistemleri oluşturmuştur. Çalışma sonucunda; uygulanan girişimlerin kanıta dayalı uygulama projelerini ve diğer araştırma türlerini anlamlı bir şekilde arttırdığı bulunmuştur<sup>39</sup>.

Sağlık profesyonellerinin neyi değiştirmeye ihtiyaçları olduğunu tanımlaması ve anlaması için literatürde var olan öneriler ise şunlardır;

### **Değişime hazır olma:**

Değişime hazır olma birey/bireylerin bilişsel ya da emosyonel olarak mevcut durumun amaçlı olarak değiştirilmesini kabul etme ve uyum sağlama eğilimidir<sup>40</sup>.

Organizasyon kültüründe değişim, yaygın bir değişim amacıdır<sup>41</sup>. Organizasyonun değişime hazırlığı, çok düzeyli ve çok yönlü yapıya sahiptir. Organizasyonda değişime hazır olma; organizasyon üyelerinin değişime bağlılığına ve değişim yeterliliğine bağlı olarak değişmektedir. Değişime hazırlığın değerlendirilmesindeki ilk aşama; hemşirenin bilgi, beceri ve kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumunun değerlendirilmesini içermektedir<sup>17</sup>. Değişime hazır olma algısının iyileştirilmesi için bilgi ve deneyimin paylaşılması, liderlerin tutarlı eylem ve mesajları kullanması gerekmektedir. Organizasyonun değişime hazırlığını kolaylaştıran unsurlar; inovasyonu benimsemek, risk almak, öğrenmeyi desteklemek, etkili iletişim kurmak ve talepleri dikkate almaktır<sup>42</sup>. Sağlık profesyonellerinin neyi değiştirmeye ihtiyaç olduklarını tanımlaması ve anlaması; değişimin gerçekleşmesini kolaylaştıran unsurlardır<sup>43</sup>. Yüksek düzeyde değişime hazır olduğunda, organizasyon üyelerinin değişime başlama, çaba sarf etme ve süreklilik göstermelerinde artma olacak ve kanıta dayalı uygulama yaşama daha kolay geçirilebilecektir<sup>42</sup>.

#### **Mentörlerin var olması:**

Mentörler, bireysel ve organizasyonel değişiklik yaratmada kanıta dayalı uygulama alanlarında özel bilgi ve beceriye sahip kişilerdir<sup>34</sup>. Mentörlük, hemşireliğe yeni bir sistem getirmede pozitif bir strateji olarak kabul edilmektedir<sup>43</sup>. Kanıta dayalı uygulama kültürünün oluşturulmasında önemli bir faktör; doğrudan hemşireler ile çalışacak olan kanıta dayalı uygulama mentörlerinin gelişimidir<sup>44,45</sup>.

Mentörler, sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerini değerlendirmeli ve sistem içerisinde var olan engellerin aşılmasına yardımcı olmalıdır. Bu durum, kanıta dayalı uygulamanın sağlık sistemi içerisinde sürekliliğini sağlayacaktır<sup>46</sup>. Wallen, ve arkadaşlarının (2010) mentörlük programının kanıta dayalı uygulama üzerine etkisini incelediği çalışmada; mentörlük programının KDU kültürünün oluşması, değişime hazır olma, meslek memnuniyeti, ekip uyumu ve

kurumda kalma isteği üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır<sup>45</sup>. Yapılan bir randomize kontrollü çalışma sonucunda; mentör desteği alan grubun kanıta dayalı uygulama düşüncelerinde önemli derecede düzelme, kanıta dayalı uygulamaların yaşama geçirilmesinde artış, çalışma boyunca çalışmayı yarım bırakmada yaklaşık %50 azalma olduğu bildirilmiştir<sup>46</sup>.

#### **Kaynak temini:**

Etkili bir organizasyon yapısı, insan ve materyal desteği sağladığı kadar okuma zamanları da oluşturarak KDU' nun yaşama geçirilmesini kolaylaştırabilmektedir<sup>47</sup>. Hemşirelerin sorularına cevap oluşturacak sağlam bir altyapının ve kaynakların organizasyon tarafından sağlanması gerekmektedir. Bu kaynaklar; araştırma veri tabanları, tam metin makaleler, araştırmalara yardımcı olabilecek nitelikte kütüphane personelleridir<sup>36</sup>. Meijers ve arkadaşları (2006) kanıta dayalı uygulama kültürünün oluşmasında materyal ve insan desteğinin önemini vurgulamıştır. Materyal destek; konferanslara katılım ve kütüphanenin sahip olduğu alt yapılar, insan desteği ise klinik uzman hemşirelere ve araştırma komitelerine ulaşımı içermektedir<sup>48</sup>.

#### **Ödüllendirme ve tanıtma sistemi:**

KDU kültür değişiminin gerçekleşmesi için kanıta dayalı uygulamada başarılı olan hemşirelerin ödüllendirilmesi gerekmektedir<sup>49</sup>. Davranış değişikliğini destekleyen ödüllendirme sistemi; algılanan organizasyonel destek düzeyini arttıracaktır. Ödüllendirme sistemi için kriterler; organizasyon tarafından belirlenmeli, ancak her bir hemşirenin yıllık değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır<sup>50</sup>. Her bir klinikte yapılan kanıta dayalı uygulama çalışmalarını gösteren posterlerin sunulması, haftalık ya da aylık grup içi iletişim etkinliklerinin düzenlenmesi, başarıların yerel ya da ulusal medyada duyurulması ve web sitelerinde reklamlarının yapılması tanıtma sistemlerine örnektir<sup>51</sup>. Ödüller; parasal ya da parasal olmayan şekilde, iç ya da dıştan gelen ödüller olmak üzere farklı şekillerde olabilmektedir. Ancak, kişiler dıştan gelen ödüllerle kendi kendine karar verme duygusunun



zayıflatıldığını düşünerek motivasyonlarını düşürebilirler. Aynı zamanda, dıştan gelen ödüller yarışma hissi uyandırarak motivasyona olumlu etkide de bulanabilir<sup>52</sup>. Ödül sisteminin istenilen davranış değişikliğini yaratmasında etkili olan bazı durumlar bulunmaktadır. Bunlar; ödülün algılanan güzelliği, zorlu hedeflere ulaşmak için sarf edilen çaba ve kişinin sorumlulukları yerine getirmede öz-yeterliliğe sahip olduğunu gösterecek uygulamalardır. Ödül sistemleri bu kriterleri karşıladığı takdirde etkili olabilecek, kişideki davranış değişikliği gözlemlenebilecek ve değerlendirilebilecektir<sup>53</sup>.

### Sürekli eğitim:

Kanıtı dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesindeki bir diğer engel; hemşirelerin kanıtı dayalı uygulama hakkında bilgi ve becerilerinin eksik olmalarıdır<sup>54</sup>. Kanıtı dayalı uygulamadaki yeterliliğe ise eğitim programları ile ulaşılabilir<sup>55</sup>. Sürekli eğitim programları; eğitimler tarafından geri bildirimler ile katılımcıların araştırmayı ve eleştirel değerlendirmeyi deneyimlemelerini sağlar. Sürekli eğitim programlarının workshop, bilgisayar destekli öz-yönetim programı, dergi kulüpleri ve klinik rehberleri içermesi gerekmektedir<sup>56,57</sup>. Kanıtı dayalı uygulamanın başarılı bir şekilde girişimlere aktarılması için; eğitim ve uygulama içeriğinin açık ve anlaşılır bir şekilde tanımlanması gerekmektedir<sup>37</sup>. Eğitim stratejilerinin amacı; organizasyon genelinde kanıtı dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesini ve uygulayıcının en uygun olan kanıtı karar vermesini sağlamaktır<sup>58</sup>.

Gifford, Davies, Edwards, Griffin ve Lybanon' un (2007) yaptığı çalışmada eğitimin önemini vurgulanmıştır. Eğitim, katılımcıların sürekli olarak rehber kullanmasını sağlayan etken olarak tanımlanmıştır<sup>59</sup>. Hemşirelerin sürekli rehber kullanımı uygulamalara yansiyarak organizasyon yapısı ve sürecini etkileyebilmektedir<sup>47</sup>. Ancak, farklı disiplinler ile yapılan birçok çalışmaya bakıldığında; sürekli eğitimlerin kişinin bilgi düzeyine etki ederken davranış değişikliği

yaratmada etkisinin olmadığı saptanmıştır<sup>60,61</sup>. Novak ve McIntyre' nin (2010) eğitimin etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; KDU bilgi düzeyinin programdan sonra hızlı bir şekilde arttığı, davranış değişikliğinin ise 18 ay sonra gerçekleştiği, sorunlara yönelik eleştirel bakış açısının önemli derecede arttığı belirlenmiştir<sup>58</sup>.

### Kanıtı dayalı uygulama modelini seçme:

Kanıtı dayalı uygulamada model kullanım amacı; kanıtın klinik uygulamaya aktarılmasında yaşanan zorlukları çözümlenektir. Model kullanımı, kullanılan kaynak ve zamanın azalmasını<sup>62</sup>, değişikliğin planlanıp uygulanmasını ve kalite gelişimini sağlamaktadır. Modellerin temelinde eğitim, motivasyon, sosyal etkileşim, sosyal öğrenme, sosyal network ve sosyal etki teorileri bulunmaktadır. Modeller, bir klinik araştırma sorusunun nasıl ele alınacağından başlayarak uygulamada organizasyonel değişikliğin nasıl yapılacağına kadar adım adım rehberlik yapmaktadır. Model kullanımı; kanıtı dayalı uygulama değişikliğini desteklemekte, tamamlanmamış uygulamaları önlemekte, kaynak kullanımını geliştirmekte ve sonuçların değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır<sup>63</sup>.

Hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamayı yaşama geçirme sürecini sistematik bir şekilde organize eden birçok model vardır. Bu modeller; Araştırma Kullanımında Stettler Model<sup>64</sup>, bakımın kalitesini yükseltmek için kanıtı dayalı uygulamada Iowa Model<sup>51</sup>, Johns Hopkins Hemşirelik Modeli<sup>65</sup> ve ACE Star Model' dir<sup>66</sup>. Literatürde kanıtı dayalı uygulama modellerinin birçok klinik süreçte kullanıldığı görülmektedir. Ventilator kaynaklı pnömonide uygulama rehberi oluşturmada ACE Modeli<sup>67</sup>, bir yoğun bakım ünitesinde sözel iletişimi olmayan hastalarda ağrı değerlendirmede ağrı gözlem aracının geliştirilmesinde ise Iowa Model'i kullanılmıştır<sup>68</sup>. Klinikte kullanılacak olan uygun modele, modellerin birbiri ile kıyaslanmasıyla karar verilmesi ve

organizasyona en uygun olanın seçilmesi gerekmektedir<sup>62</sup>.

### **Tranformasyonel liderlerin var olması:**

Transformasyonel liderler; vizyon, ilham ve motivasyon sağlayan kişilerdir<sup>43</sup>. Transformasyonel liderler; değişime uyum sağlayan, yeni fikir ve düşünceleri destekleyen bir çevre oluşturur<sup>69</sup>. Destekleyici liderlik, kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesi için önemli bir etkidir<sup>70,71</sup>. Melnyk' ın (2014) yaptığı çalışmada; kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesindeki en önemli engellerden biri hemşireler, liderler ve yöneticiler olarak belirlenmiştir<sup>36</sup>. Scott-Findlay ve Golden-Biddle (2005) ise kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesi için uygun çevreyi sağlamada liderlerin önemli bir etken olduğunu belirtmiştir<sup>6</sup>. Sandström, Borglin, Nilsson ve Willman' ın (2011) birçok çalışmayı inceleyerek yaptığı derlemede; geribildirim mekanizmalarını kullanan, rol model olan, destekleyen, ulaşılabilir ve etkili iletişime sahip olan liderlerin KDU' nun yaşama geçirilmesini kolaylaştırdığı saptanmıştır<sup>47</sup>. Hemşire liderlerin, ileri düzeyde akademik bir dereceye sahip olmamaları nedeni ile kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesinde rol almadığı belirlenmiştir<sup>73,2</sup>. Bu nedenle, hemşire liderler kanıta dayalı uygulama için eğitilmelidir. Kanıta dayalı uygulama eğitim programları; lider ve rol model olma, kanıta dayalı uygulama ile ilgili sorumlulukları ve liderlik stillerini içermelidir. Böylece, hemşire liderlerin kanıta dayalı uygulamayı desteklemede kendilerine olan güvenleri artmış olacaktır<sup>34</sup>.

### **Karar destek sistemlerinin kullanılması**

Karar destek sistemleri (KDS), insanların karar vermelerinde yardımcı olan bilgisayar tabanlı bilgi sistemleridir. KDS, bakım verme sürecinde kanıta dayalı önerilerin karar

vermede kullanılmasını sağlamaktadır<sup>73</sup>. Ancak, bu sistemin oluşturulması için öncelikli gereksinim; problemin çözümünde kullanılacak olan dikkate değer bilgidir. Karar destek sistemleri, öneriler, açıklamalar, alarmlar ve hatırlatıcı sistemleri kullanarak hastaya özel karar vermeyi sağlamaktadır<sup>74</sup>. Ancak, sistemlerin kullanılmasıyla birlikte birtakım sorunlar da meydana gelebilmektedir. Bu sorunlar; verilerin karmaşıklığına bağlı tasarım hataları, klinik uygulamalarla sistemin entegrasyonunun sağlanamaması, her uygulamadan başarılı sonuç alınamaması, sistemi kullanma yönünde isteksiz olma, sistemlerin fayda/riskleri konusunda bilgi eksikliği ve ortaya çıkan yeni yazılım, donanım ve personel eğitim masraflarıdır<sup>75</sup>. Bright ve arkadaşlarının (2012) KDS' lerin etkinliğini değerlendirdiği sistematik derleme çalışmasında; karar destek sistemlerinin sağlık bakım süreçlerini iyileştirmede etkili olduğu, ancak ekonomi, iş yükü ve sonuçların etkinliği hakkında verinin yetersiz olduğu bulunmuştur<sup>76</sup>.

Sistemlerin etkinliği, kullanılan kanıtın kalitesine bağlı olarak değişmektedir. Sistemlerin kullanımı standart bir bilgi yapısını oluşturarak kanıta dayalı bilgiye uyumu arttıracak ve klinikteki uygulama değişimlerini azaltabilecektir. Ayrıca, KDS ile karar verme bilginin yönetimini sağlamakta, zihinsel iş yükünü azaltmakta ve klinik iş akışını iyileştirilebilmektedir<sup>77</sup>. Sistemlerin kullanımı ile bakımın kalitesi, hasta güvenliği ve sağlık bakımının etkinliğinde de iyileşme sağlanabilecektir<sup>78</sup>. KDS kullanımını arttırmak için yöneticilerin, değerlendiricilerin, sağlık profesyonellerinin ve uygulanan hastalardan oluşan bir ekibin kurulması gerekmektedir. Sağlık profesyonelinin farkındalık ve uyumunun sağlanması için uygulayıcılara fırsat ve zaman tanınmalıdır<sup>79</sup>.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde, maternal bakıma yönelik güncel rehberlerde var olan kanıtların uygulamada kullanılmadığı göze çarpmaktadır<sup>26</sup>. Buna sebep olan temel faktörlerden birisi ise; organizasyon kültürünün kanıta dayalı uygulamaları destekleyen unsurlara sahip olmamasıdır. Kanıta dayalı uygulamada var olan zorluklar tamamen ortadan kaldırılamayacaktır. Ancak ekip çalışması ve iş birliğinin katkısı ile kanıta dayalı uygulamalar hemşireler için ödüllendirici ve ilham verici deneyimler haline dönüştürülebilecektir.

Sonuç olarak maternal bakımda KDU kültürü oluşturmak için;

- Organizasyonun değişime hazırlığının ve yeterliliğin değerlendirilmesi,
- Değişime hazırlığın teşvik edilmesi için organizasyon kültüründe iyileştirmelerin yapılması,
- Kanıta dayalı uygulamaların klinik ortama aktarılmasını sağlayacak, bireysel ve organizasyonel değişiklikler yapmada özel becerileri olan mentörlerin var olması,

- Rehberlere hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı sağlayan kaynakların organizasyon tarafından temin edilmesi,
- Klinik araştırmayı, bilgi paylaşımını ve davranış değişikliğini sağlayacak, motivasyonu arttıracak ödüllendirme sistemlerinin oluşturulması,
- Sağlık profesyonellerine kanıtın araştırılması, okunması, yorumlanması ve yaşama geçirilmesi sürecini ele alan sürekli eğitimlerin planlanması,
- Kanıtın klinik uygulamaya aktarılması sürecinde sağlık profesyonellerine adım adım yardımcı olacak uygun modellerin kullanılması,
- Kliniklerde değişime uyum sağlayan, yeni fikir ve düşünceleri destekleyen, rol model olan transformasyonel liderlerin var olması,
- Kanıt değeri yüksek bilgi temel alınarak hazırlanmış olan karar destek sistemlerinin kliniklerde yaygın olarak var olması ve sistemlerin etkin bir şekilde kullanımının sağlanması önerilmektedir. Böylece, kanıt temelli bakım ile maternal bakımın kalitesi artırılabilir, sağlıklı anneler ile birlikte sağlıklı nesillerin oluşturulmasına katkıda bulunulacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Hain DJ, Kear TM. (2015). "Using Evidence-Based Practice to Move Beyond Doing Things The Way We Have Always Done Them". *Nephrology Nursing Journal*, 42(1): 11.
2. Makic MBF, Rauhen C, Jones K, Fisk AC. (2015). "Continuing to Challenge Practice to Be Evidence Based". *Critical Care Nurse*, 35(2): 39-50.
3. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. (2007). "Factors Influencing The Development of Evidence-Based Practice: A Research Tool". *Journal of Advanced Nursing*, 57(3): 328-338.
4. Reigle BS, Stevens KR, Belcher JV, Huth MM, McGuire E, Mals D, Volz T. (2008). "Evidence-Based Practice And The Road To Magnet Status". *Journal of Nursing Administration*, 38(2): 97-102.
5. Baird LM, Miller T. (2015). "Factors Influencing Evidence-Based Practice For Community Nurses". *Br J Community Nurs*, 20(5): 233-242.
6. Scott-Findlay S, Golden-Biddle K. (2005). "Understanding How Organizational Culture Shapes Research Use". *Journal of Nursing Administration*, 35(7-8): 359-365.
7. Williams B, Perillo S, Brown T. (2015). "What Are The Factors Of Organisational Culture In Health Care Settings That Act As Barriers To The Implementation Of Evidence-Based Practice? A Scoping Review". *Nurse Education Today*, 35(2): 34-41.
8. Barker J. (2013). *Evidence-Based Practice for Nurses*. SAGE Publications. Sage.
9. Yadav BL, Fealy GM. (2012). "Irish Psychiatric Nurses' Self-Reported Sources of Knowledge For Practice". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1): 40-46.
10. Solomons NM, Spross JA. (2011). "Evidence-Based Practice Barriers And Facilitators From A Continuous Quality Improvement Perspective: An Integrative Review". *Journal of Nursing Management*, 19(1): 109-120.
11. Mills J, Field J, Cant R. (2009). "The Place of Knowledge and Evidence in The Context of Australian General Practice Nursing". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4): 219-228.
12. DiCenso A, Ciliska D, Guyatt G. (2005). "Introduction to Evidence-Based Nursing". *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*: 3-19.
13. Gale BVP, Schaffer MA. (2009). "Organizational Readiness For Evidence-Based Practice". *Journal of Nursing Administration*, 39(2): 91-97.
14. Cummings GG, Estabrooks CA, Midodzi WK, Wallin L, Hayduk L. (2007). "Influence Of Organizational Characteristics And Context On Research Utilization". *Nursing research*, 56(4): 24-39.
15. Hall HR, Roussel LA. (2014). *Evidence-Based Practice: An Integrative Approach To Research, Administration And Practice*. Burlington, MA: Jones & Bartlett.
16. Wallin L. (2009). "Knowledge Translation And Implementation Research In Nursing". *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 576-587.

17. Rebecca Richards, DNP. (2013). "The Experience of Implementing Evidence-Based Practice Change: A Qualitative Analysis". *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5): 544.
18. World Health Organization. *The World Health Report: Make Every Mother and Child Count, 2005*. Geneva: World Health Organization; 2005.
19. Garner P, Meremikwu M, Volmink J, Xu Q, Smith H. Putting evidence into practice: how middle and low income countries "get it together". *BMJ*. 2004;**329**(7473):1036-9. doi: 10.1136/bmj.329.7473.1036. [PubMed: 15514355].
20. Iravani, M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. (2016). Barriers to Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(2).
21. Karolinski A, Micone P, Mercer R, Gibbons L, Althabe F, Belizan JM, et al. Evidence-Based Maternal and Perinatal Healthcare Practices in Public Hospitals in Argentina. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;**105**(2):118-22. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.01.003. [PubMed: 19232607].
22. Shaw E, Kaczorowski J. (2007). "Postpartum Care-What's New?". *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(6): 561-567.
23. Ackley B, Ladwig G, Swan B, Tucker S. (2008). Evidence Based Nursing Care Guidelines. Medical Surgical Interventions. Mosby Elsevier, syf:15
24. Lothian JA. (2007). Discussion: The Coalition for Improving Maternity Services. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl 1), 89S.
25. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2016). Anne Dostu Hastane Kriterleri ve Anne Dostu Hastane Listesi [http://www.tkhk.gov.tr/6738\\_anne-dostu-hastane-k](http://www.tkhk.gov.tr/6738_anne-dostu-hastane-k).
26. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortaylı N, Erbaydar T. (2006). "Challenges For The Adoption Of Evidence-Based Maternity Care In Turkey". *Social Science & Medicine*, 62(9): 2196-2204.
27. Öztürk D, Yılmaz-Sezer N, Eroğlu K. PERİNATOLOJİDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR EVIDENCE BASED PRACTICE IN PERINATOLOGY. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014 3 (1-2-3), 13-28.
28. Carroli G, Mignini L. (2009). "Episiotomy For Vaginal Birth". *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. (edited in 2012).
29. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. (2013). "Enemas During Labour". *The Cochrane Library*. (7): CD000330. doi:10.1002/14651858.CD000330.pub4.
30. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. (2009). "Maternal positions and mobility during first stage labour". *The Cochrane Library*.
31. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. (2013). "Restricting Oral Fluid And Food Intake During Labour". *The Cochrane Library*. CD003930. doi:10.1002/14651858.CD003930.pub3.
32. Brady N, Lewin L. (2007). "Evidence-Based Practice in Nursing: Bridging The Gap Between Research and Practice". *Journal of Pediatric Health Care*, 21(1): 53-56.
33. DeBruyn RR, Ochoa-Marín SC, Semenic S. (2014). "Barriers And Facilitators To Evidence-Based Nursing In Colombia: Perspectives Of Nurse Educators, Nurse Researchers And Graduate Students". *Investigación y educación en enfermería*, 32(1): 9-2127.
34. Gallagher-Ford L. (2014). "Implementing and Sustaining EBP in Real World Healthcare Settings: Transformational Evidence-Based Leadership: Redesigning Traditional Roles to Promote and Sustain a Culture of EBP". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(2): 140-142.
35. McLean LD. (2005). "Organizational Culture's Influence On Creativity And Innovation: A Review Of The Literature And Implications For Human Resource Development". *Advances In Developing Human Resources*, 7(2): 226-246.
36. Melnyk BM. (2014). "Speeding the Translation of Research into Evidence-Based Practice and Conducting Projects That Impact Healthcare Quality, Patient Outcomes and Costs: The "So What" Outcome Factors". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1): 1-4.
37. Burns HK, Dudjak L, Greenhouse PK. (2009). "Building An Evidence-Based Practice Infrastructure And Culture: A Model For Rural And Community Hospitals". *Journal of Nursing Administration*, 39(7/8): 321-325.
38. Galambos C, Dulmus CN, Wodarski JS. (2005). "Principles For Organizational Change In Human Service Agencies". *Journal Of Human Behavior In The Social Environment*, 11(1): 63-78.
39. Straka KL, Brandt P, Brytus J. (2013). "Brief Report: Creating A Culture Of Evidence-Based Practice And Nursing Research In A Pediatric Hospital". *Journal of Pediatric Nursing*, 28(4): 374-378.
40. Holt DT, Armenakis AA, Feild HS, Harris SG. (2007). "Readiness For Organizational Change The Systematic Development Of A Scale". *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(2): 232-255.
41. Glisson C. (2007). "Assessing And Changing Organizational Culture And Climate For Effective Services". *Research on Social Work Practice*, 17(6): 736-747.
42. Weiner, B. J. (2009). "A Theory Of Organizational Readiness For Change". *Implementation Science*, 4(1): 1.
43. Barker, A. M., Sullivan, D. T., & Emery, M. J. (2006). "Leadership Competencies For Clinical Managers: The Renaissance Of Transformational Leadership." Jones & Bartlett Learning.
44. Melnyk BM. (2007). "The Evidence-Based Practice Mentor: A Promising Strategy for Implementing and Sustaining EBP in Healthcare Systems". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3): 123-125.
45. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, Hastings C. (2010). "Implementing Evidence-Based Practice: Effectiveness Of A Structured Multifaceted Mentorship Programme". *Journal of Advanced Nursing*, 66(12): 2761-2771.
46. Levin RF, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Barnes M, Vetter, MJ. (2011). "Fostering Evidence-Based Practice To Improve Nurse And Cost Outcomes In A Community Health Setting: A Pilot Test Of The Advancing Research And Clinical Practice Through Close Collaboration Model". *Nursing Administration Quarterly*, 35(1): 21-33.
47. Sandström B, Borglin G, Nilsson R, Willman A. (2011). "Promoting The Implementation Of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing On The Role Of Nursing Leadership". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4): 212-223.
48. Meijers JM, Janssen MA, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, YG Halfens R. (2006). "Assessing The Relationships Between Contextual Factors And Research Utilization In Nursing: Systematic Literature Review". *Journal of Advanced Nursing*, 55(5): 622-635.
49. Rapp CA, Etzel-Wise D, Marty D, Coffman M, Carlson L, Asher D, Holter M. (2010). "Barriers To Evidence-Based Practice Implementation: Results Of A Qualitative Study". *Community Mental Health Journal*, 46(2): 112-118.
50. Grant HS, Stuhlmacher A, Bonte-Eley S. (2012). "Overcoming Barriers To Research Utilization And Evidence-Based Practice Among Staff Nurses". *Journal for Nurses in Professional Development*, 28(4): 163-165.
51. Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, Raker BA, Budreau G, Everett LQ, Goode CJ. (2001). "The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care". *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4): 497-509.
52. Bartol KM, Srivastava A. (2002). "Encouraging Knowledge Sharing: The Role Of Organizational Reward Systems". *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 9(1): 64-76.
53. Bartol KM, Locke EA. (2000). "Incentives and Motivation". *Compensation In Organizations: Current Research And Practice*: 104-147.
54. Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Fischbeck Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L., & Kraus, R. (2004). "Nurses' Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Paradigm Shift". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3): 185-193.
55. Institute Of Medicine (IOM) (2010). *Redesigning Continuing Education In The Health Professions* The National Academies Press, Washington, DC..
56. Bradley P, Oterholt C, Herrin J, Nordheim L, Bjørndal A. (2005). "Comparison Of Directed And Self-Directed Learning



- In Evidence-Based Medicine: A Randomised Controlled Trial". *Medical Education*, 39(10): 1027-1035.
57. Buchan H, Lourey E, D'Este C, Sanson-Fisher R. (2009). "Effectiveness of Strategies To Encourage General Practitioners To Accept An Offer Of Free Access To Online Evidence-Based Information: A Randomised Controlled Trial". *Implementation Science*, 4(1): 1.
  58. Novak I, McIntyre S. (2010). "The Effect Of Education With Workplace Supports On Practitioners' Evidence-Based Practice Knowledge And Implementation Behaviours". *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6): 386-393.
  59. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. (2007). "Managerial Leadership For Nurses' Use Of Research Evidence: An Integrative Review Of The Literature". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3): 126-145.
  60. Stevenson K, Lewis M, Hay E. (2006). "Does Physiotherapy Management Of Low Back Pain Change As A Result Of An Evidence-Based Educational Programme?". *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 12(3): 365-375.
  61. McCluskey A, Lovarini M. (2005). "Providing Education On Evidence-Based Practice Improved Knowledge But Did Not Change Behaviour: A Before And After Study". *BMC Medical Education*, 5(1): 1.
  62. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. (2013). "Evidence-Based Practice Models for Organizational Change: Overview and Practical Applications". *Journal of Advanced Nursing*, 69(5): 1197-1209.
  63. Gawlinski A, Rutledge D. (2008). "Selecting a Model for Evidence-Based Practice Changes: A Practical Approach". *AACN Advanced Critical Care*, 19(3): 291-300.
  64. Stetler CB. (2001). "Updating the Stetler Model Of Research Utilization To Facilitate Evidence-Based Practice". *Nursing Outlook*, 49(6): 272-279.
  65. Newhouse R, Dearholt S, Poe S, Pugh LC, White KM. (2005). "Evidence-Based Practice: A Practical Approach to Implementation". *Journal of Nursing Administration*, 35(1): 35-40.
  66. Stevens KR. (2004). ACE Star Model Of EBP: Knowledge Transformation. Academic Center For Evidence-Based Practice. The University Of Texas Health Science Center At San Antonio, 1-3.
  67. Abbott CA, Dremsa T, Stewart DW, Mark DD, Swift CC. (2006). "Adoption of a Ventilator-Associated Pneumonia Clinical Practice Guideline". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4): 139-152.
  68. Kowal CD. (2009). "Implementing the Critical Care Pain Observation Tool using the Iowa Model". *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 41(1): 4-10.
  69. Klainberg M, Dirschel KM. (2010). *Today's Nursing Leader: Managing, Succeeding, Excelling*. Jones & Bartlett Learning.
  70. Pipe TB, Cisar NS, Caruso E, Wellik KE. (2008). "Leadership Strategies: Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels". *Journal of Nursing Care Quality*, 23(3): 265-271.
  71. Moser LL, DeLuca NL, Bond GR, Rollins AL. (2004). "Implementing Evidence-Based Psychosocial Practices: Lessons Learned From Statewide Implementation Of Two Practices". *CNS spectrums*, 9(12): 926-936.
  72. Udod SA, Care WD. (2004). "Setting The Climate For Evidence-Based Nursing Practice: What Is The Leader's Role?". *Age*, 30(39): 16.
  73. Anderson JA, Willson P. (2008). "Clinical Decision Support Systems In Nursing: Synthesis Of The Science For Evidence-Based Practice". *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 26(3): 151-158.
  74. Wyatt JC. (2000). "Decision Support Systems". *Journal of The Royal Society Of Medicine*, 93(12): 629-33.
  75. Özata M, Aslan Ş. (2004). "Klinik Karar Destek Sistemleri Ve Örnek Uygulamalar". *Kocatepe Tıp Dergisi*, 5(1): 11-17.
  76. Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, Bristow E, Bastian L, Coeytaux RR, Wing L. (2012). "Effect Of Clinical Decision-Support Systems: A Systematic Review". *Annals of Internal Medicine*, 157(1): 29-43.
  77. Karsh BT. (2009). "Clinical Practice Improvement And Redesign: How Change In Workflow Can Be Supported By Clinical Decision Support". Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. Publication, (09-0054).
  78. Coiera E, Westbrook J, Wyatt J. (2006). "The Safety And Quality Of Decision Support Systems". *IMIA Yearbook of Medical Informatics*, 45(1): 20-25.
  79. Sim I, Gorman P, Greenes RA, Haynes RB, Kaplan B, Lehmann H, Tang PC. (2001). "Clinical Decision Support Systems For The Practice Of Evidence-Based Medicine". *Journal of the American Medical Informatics Association*, 8(6): 527-534.