

KANITA DAYALI YAKLAŞIM VE SAĞLIK POLİTİKASI

EVIDENCE-BASED APPROACH AND HEALTH POLICY

Gamze BAYIN¹

Yasemin AKBULUT²

ÖZET

Sağlık alanında kanıta dayalı uygulamaların kökleri oldukça eskilere dayanmaktadır. Ancak uygulamaların, bugünkü anlamıyla kavramsallaşması ve politik süreçte kullanılması henüz yakın sayılabilecek bir tarihtedir. Sağlık alanında kanıta dayalı uygulamalar öncelikle tıp ve hemşirelik alanlarında yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık politikalarının kanıta dayalı olarak geliştirilmesi ise, son yıllarda tartışılır hale gelmiştir. Sağlık politikalarında kanıtların kullanıldığı çeşitli uygulama alanları bulunmaktadır. Kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı sağlık bakımı, kanıta dayalı tanı ve tedavi protokolleri, kanıta dayalı teknoloji değerlendirmeleri, kanıta dayalı sektörler arası değerlendirme bu alanlardan birkaçıdır. Kanıta dayalı araçların uygulanmasında, gerek kanıtın kendi yapısından, gerekse kanıttan yararlanılardan kaynaklanan sorunlar yaşanabilmektedir. Bu çalışmada, kanıta dayalı sağlık politikalarının önemini ortaya konulması, kanıta dayalı uygulama örneklerinin incelenmesi ve uygulamada karşılaşılabilecek engellerin tartışılması amaçlanmıştır. Bu amaçla, öncelikle kanıta dayalı sağlık politikasının tanımı, gelişim süreci, önemi açıklanmış, politika oluşturma modellerine yer verilmiştir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde, kanıta dayalı sağlık politikaları örneklerle açıklanmış ve kanıta dayalı sağlık politikalarının avantajlı yönleri vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık politikası, kanıta dayalı yönetim, sağlık kurumları yönetimi.

ABSTRACT

Evidence-based practices in the field of health date back to old times. However, conceptualization of application in today's literally and using it in the political process is a new issue. Evidence-based practices in the field of health have primarily become widely used in medicine and nursing. Development of evidence-based health policies has become questionable in

¹Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Sağlık İdaresi Bölümü, gamzebayin@hotmail.com

²Doç. Dr. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı., akbulut@health.ankara.edu.tr

the field of health in recent years. There are varieties of application areas using evidence in health policies. Evidence-based medicine, evidence-based health care, evidence-based treatment protocols, evidence-based inter-sectoral assessment, evidence-based technology assessments are some of these practices. However, problems can be occurred applying evidence-based health policy. These problems are caused by both the nature of the evidence and people benefit from it. The aim of this study is to present the importance of using evidence, analyze of evidence-based practices and discuss the barriers encountered in practices. For this purpose, firstly, the definition, development process and importance of evidence-based health policy were explained and the policy making models were given. In following sections, evidence-based health policy was explained with examples and its advantages were emphasized.

Key Words: Health policy, evidence-based management, health institutions management

GİRİŞ

Sağlık alanında kanıta dayalı uygulamaların kökleri, yöntem itibari ile oldukça eskilere dayanmaktadır. Ancak uygulamaların, bugünkü anlamıyla kavramlaşması ve politik süreçte kullanılması henüz yakın sayılabilecek bir tarihtedir. Sağlık alanında kanıta dayalı uygulamalar öncelikle tıp ve hemşirelik alanlarında yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık politikalarının kanıta dayalı olarak geliştirilmesi ise, sağlık alanında son yıllarda yoğunlukla tartışılmaktadır. Aslında sağlık politikaları, tıp ve hemşirelik uygulamaları dâhil sağlık alanındaki tüm uygulamaları etkileyecek kapsamdadır. Buna göre, kanıta dayalı sağlık politikası; tıbbi uygulamalarda, klinik tedavide, tedaviye karar verme sürecinde ve teknolojiyi değerlendirmede mevcut en iyi kanıtın bilinçli ve dikkatli bir biçimde kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Jadad ve Haynes, 1998).

Bu çalışmada, kanıta dayalı sağlık politikalarının öneminin ortaya konulması, kanıta dayalı uygulama örneklerinin incelenmesi ve uygulamada karşılaşılabilecek engellerin tartışılması amaçlanmıştır. Bu amaçla, öncelikle kanıta dayalı sağlık politikasının tanımı, gelişim süreci ve önemi açıklanmış ve politika oluşturma modellerine yer verilmiştir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde, kanıta dayalı sağlık politikaları örneklerle açıklanmış, kanıta dayalı sağlık politikalarının uygulanmasında karşılaşılabilecek engellerin neler olduğu üzerinde durulmuş ve kanıta dayalı sağlık politikalarının avantajlı yönleri vurgulanmıştır.

1. Kanıta Dayalı Sağlık Politikası: Tanımı ve Özellikleri

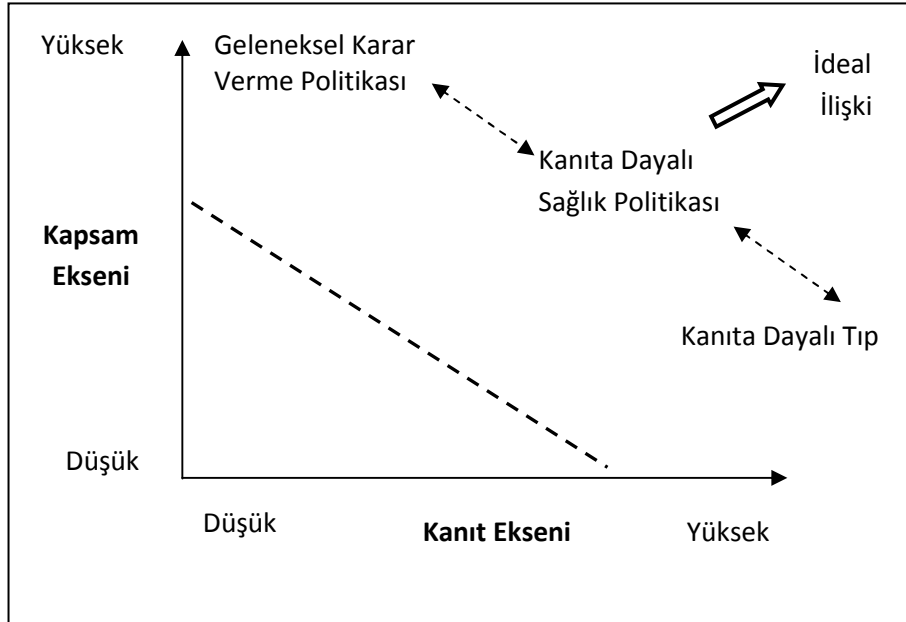
Sağlık politikası oluşturulurken, karar verme süreçlerinde şeffaflık ve rasyonalizmin sağlanmasına yönelik ilgi her geçen gün artmaktadır. Bu durum, sağlıkta kanıta dayalı yaklaşımların oluşmasını sağlamıştır (Niessen vd., 2000). Genel anlamda kanıt, bilinmeyen ya da doğruluğundan şüphe edilen bir şeyin doğruluğunun ispatlanması ya da mevcut inanç veya gerçekleri ispatlama ya da çürütme olarak tanımlanmaktadır (Closs ve Cheater, 1999). Sağlık alanında ise kanıt, sağlık sistemindeki bir uygulamanın tarihsel ve bilimsel değerlendirilmesine dayandırılan bilgi olarak tanımlanmıştır (Lee, 2003). Ancak sağlık alanında kanıt zemininin zayıf olduğu iddia edilmektedir. Ayrıca, kanıtların politikayı bilgilendirmesi ve etkilemesi konusunda aksaklıklar söz konusudur (Hunter, 2009). Sıklıkla sosyal değişim süreçlerinden etkilenen sağlık sektöründe, artan sağlık gereksinimlerinin azalan kaynaklarla nasıl karşılanacağı, kaynakların öncelikle hangi hizmetlere, bölgelere, programlara, hastalara ya da hastalıklara ayrılması gerektiği ile ilgili karmaşık karar verme süreçleri evrensel bir sorun haline gelmiştir (Hicks ve Hennessy, 1999; Top,2006). Bu tür karmaşık sistemlerde, politikayı en iyi şekilde bilgilendiren kanıtın önemi daha da artmaktadır (Hunter, 2009).

Sağlık politikası, hükümetlerin ve toplumdaki diğer aktörlerin, toplumların sağlığını iyileştirmeye yönelik faaliyetleri olarak tanımlanabilmektedir (Niessen vd., 2000). Kanıta dayalı sağlık politikası giderek artmakta olan sağlık hizmetleri talebini karşılamak üzere, açık bir biçimde gerekçelendirilen kararlar alınmasını öngören bir yöntemdir (Dobrow vd., 2004). Kanıta dayalı sağlık politikası, "sağlık politikacılarının topluma sunacağı sağlık hizmetini akılcı ve sağlam kanıtlara dayanarak amaç, yöntem ve içerik olarak düzenlemesi, alternatifler arasından güncel veriler ışığı altında karar vermesi ve açıklaması" olarak tanımlanabilir (Kahveci ve Tokaç, 2010). Sağlık politikasının hedefi, evrensel erişimli, kapsamlı, tek tip faydanın esas olduğu, kaynakların adaletli tahsis edildiği, harcamaların karşılığının alındığı, halka hesap verilebilirlik ile hastaların seçme özgürlüğünün sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık politikasını oluştururken, hedeflerin nasıl tanımlanabileceği, işlevselleştirilebileceği ve ölçülebileceğini anlamak önemlidir. Karar vericiler, geçmişte politikaları belirlerken, kendi yorumlarını kullanmaya mecbur kalmışlardır (Niessen vd., 2000). Bugün ise sağlık politikalarında, geleneksel uygulamalardan uzaklaşarak bilimsel olarak etkililiği kanıtlanmış bilgiyi kullanmaya doğru bir değişim söz konusudur (Hicks ve Hennessy, 1999). Bu duruma en uygun yaklaşım ise, kanıta dayalı uygulamalardır.

Kanıta dayalı uygulamaların kökeni eski yıllara dayanmasına karşın, kavramsallaşarak bugünkü anlam ve tanımıyla gelişmesi 20.

yüzyılın son 20 yılında gerçekleşmiştir. Archie Cochrane'in çalışmaları bu gelişmelere katkıda bulunmuştur. Cochrane, sınırlı olan sağlık kaynaklarının en iyi ve en etkin şekilde kullanılması gerektiğini, bu sayede sağlık hizmetlerinde etkinliğin geliştirilebileceğini savunmuştur (Cochrane, 1989; Akt.: Shah ve Chung, 2009). Onun görüşleri, Birleşik Krallık Hükümeti'nin sağlık hizmetleri politikasının da temel prensiplerini oluşturmuştur (Shah ve Chung, 2009).

Kanıtla dayalı uygulamalar ile ilgili çalışmalar, öncelikle kanıtla dayalı tıp ile başlamıştır (Suçin, 2006). Kanıtla dayalı tıp, hasta bakımı ile ilgili alınan kararlarda mevcut en iyi kanıtların dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanımını (Sackett vd., 1996). Tıp alanı, "her bir hastanın bakımına ilişkin karar almada, mevcut en iyi kanıtların itinalı, açık ve makul biçimde kullanımı" olarak tanımlanan kanıtla dayalı tıbbin gelişimiyle birlikte bu uygulamaları benimsemiştir (Dobrow vd., 2004). Kanıtla dayalı tıp akımı, kanıtla dayalı sağlık politikası kavramının tartışılmasını sağlamış ve gelişmesine olumlu katkı yapmıştır (Kahveci ve Tokaç, 2010). Bununla birlikte kanıtla dayalı tıp ile kanıtla dayalı sağlık politikası arasındaki kapsam ve kullanılacak kanıtlar açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar Şekil 1'de geleneksel sağlık politikası, kanıtla dayalı sağlık politikası ve kanıtla dayalı tıbbi uygulamalar açısından gösterilmektedir. (Dobrow vd., 2004)



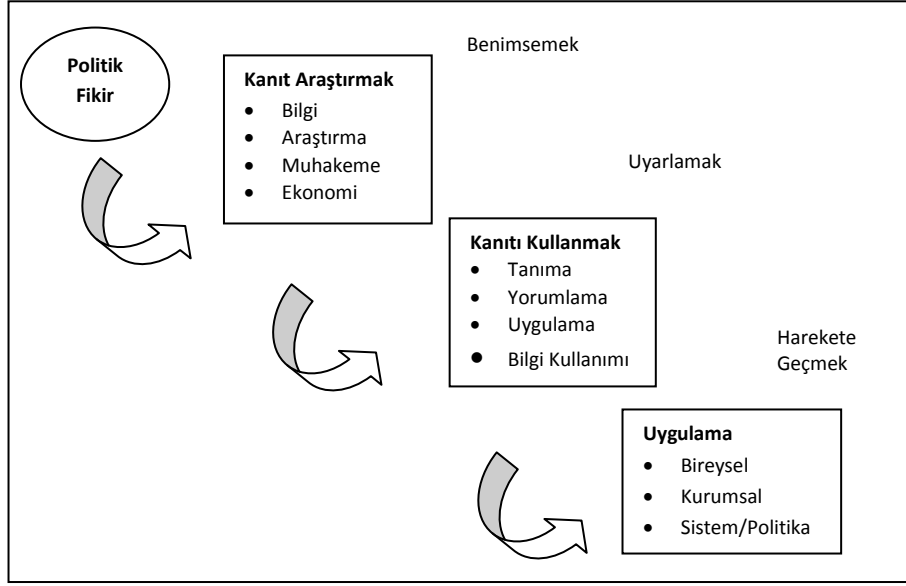
Şekil 1: Kanıtla Dayalı Karar Verme Grafiği

Şekil 1’de görüldüğü gibi, kanıta dayalı karar verme eksenini, kapsam ve kanıt eksenlerinden oluşmaktadır. Kanıt ekseninde soldan sağa ilerledikçe, karar vermede bilimsel veri sağlayan kanıtların önemi ve kanıta duyulan talep artmaktadır. Kapsam ekseninde ise, aşağıdan yukarıya doğru gidildikçe, alınan kararların kimleri, neleri kapsadığı ve nerede uygulandığı ile ilgili kapsam genişlemektedir. Kanıta dayalı tıp uygulamasında, kanıt ekseninin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum, uygulamada kanıta duyulan ihtiyacın da yüksek olduğunu göstermektedir. Kanıt yüksek düzeyde olduğunda ise kapsam ekseninin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum kanıta dayalı tıp uygulamalarının kapsamının dar olduğu gerçeğini yansıtır. Geleneksel karar verme politikası, kapsam açısından genişken, kanıta ihtiyaç duyma açısından zayıftır. Kanıta dayalı sağlık politikası ise, geleneksel karar verme politikası ile kanıta dayalı tıp uygulamalarının tam ortasında yer almakta ve ideal bir ilişkiyi açıklamaktadır (Dobrow vd., 2004; Evans, 2003).

Politik bir ikileme karşılaşıldığında en doğru yaklaşımın kanıta başvurmak olduğu açıktır. Çünkü karar alırken kişisel deneyim ve uzman görüşleri, bireysel kişilik özelliklerinden ya da politik becerilerden etkilenebilmektedir. Araştırmalar ise, evrensel gerçekleri vermekte ve genel bir bakış açısı sağlamaktadır (French, 2002). Kanıta dayalı sağlık politikası araştırma bulguları üzerine temellenmektedir. Ancak kanıta dayalı sağlık politikası ile araştırma sonucunun kullanımı aynı anlama gelmemektedir. Her ikisi de bilimsel süreçler olmakla birlikte, bilgi gelişiminin farklı aşamaları üzerine odaklanmaktadır. Araştırma sonucunun kullanımı, araştırmanın bir kısmının kullanılmasıdır. Kanıta dayalı sağlık politikası ise, kanıtı değerlendirmek için teori, karar verme, muhakeme, bilimsel bilgi ve araştırmanın birleşiminden oluşmaktadır (Lee, 2003). Dolayısıyla, kanıta dayalı sağlık politikası süreci; sistematik olarak elde edilen, değerlendirilen modern araştırma sonuçlarının, politik karar vericilerin tercihleri ve deneyimleriyle bütünleşmesi sürecidir. Diğer bir ifadeyle, kanıta dayalı sağlık politikası oluşturulurken, toplumun değer yargılarına ve beklentilerine politik karar tecrübeleri eklenmekte, hukuki, kültürel ve sosyal yapı dikkate alınmakta ve bilimsel veriler karar dinamiğine yansıtılmaktadır. Bu karar sürecinde vazgeçilmez iki temel unsur hakkaniyet ve erişilebilirlik olarak vurgulanmaktadır (Banta, 2003).

Bowen ve Zwi (2005)’e göre, kanıta dayalı sağlık politikalarının uygulanmasında izlenmesi gereken aşamalar bulunmaktadır (Şekil 2). Bu aşamalar benimsemek, uyarlamak ve harekete geçmek olarak

adlandırılmıştır. Buna göre, politik bir fikir üzerine kanıtların araştırılması, araştırma sonuçlarına dayalı olarak kanıtların kullanılması ve kararın bireysel, kurumsal ve sistem düzeyinde uygulanması aşamaları takip edilmelidir.



Şekil 2. Kanıta Dayalı Sağlık Politikasını Uygulama Aşamaları

Politika uygulama aşamalarında verilerin ve bilginin kullanımını anlamak ve politikayı nelerin yönlendirdiğini analiz etmek öncelikle ele alınmaktadır. Kanıtın nerede ve ne zaman kullanıldığı ya da kullanılıp kullanılmadığı, kanıta dayalı politika modellerinin oluşumunu sağlamıştır (Weiss, 1979). Aşağıda politika oluşturma sürecini tanımlayan altı model incelenmektedir.

- **Bilgi-Temelli Model:** Bu model, toplumsal bir sorun hakkında acil araştırma politikası uygulanmasını önermektedir. Araştırma bulgularına dayalı kanıtların uygulamada kullanılabilmesi için etkili stratejiler üzerine odaklanmaktadır (Bowen ve Zwi, 2005). Bazı politika oluşturucular tarafından hala ideal olarak desteklenen ve politikaya doğrudan uygulanan rasyonel bir modeldir (Hunter, 2009). Aşılama politikası bu modele örnek olarak gösterilmektedir (Nutbeam, 2003).
- **Problem-Çözme Modeli:** Bir politik sorunu çözmeye yardımcı olmak ve ampirik kanıt sağlamak amacıyla geliştirilen bir modeldir

(Hunter, 2009). Politik bir problemi, araştırmalar sonucu elde edilen kanıtlarla çözebilmei önermektedir. Kanıtlar sistematik olarak toplanmakta ve politika sürecine uyarlanmaktadır (Bowen ve Zwi, 2005). Yaygın ve sıklıkla benimsenen bir modeldir. Bir ülkenin sağlık hakkaniyetsizlikleri ile ilgili sorunlarını önlemek için uyguladığı politika, bu modele örnek olarak gösterilmektedir (Nutbeam, 2003).

- **İnteraktif Model:** Politika belirleyicilerin ve araştırmacıların etkileşim içinde olduğu bir modeldir (Hunter, 2009). Bu model, bir politika oluşturulurken, araştırmalardan elde edilen kanıtların yanı sıra, politik bakış açısı, tecrübeler, sosyal baskı, ilgi alanları ve çıkarlar gibi çeşitli değişkenlerin de göz önüne alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Bowen ve Zwi, 2005; Nutbeam, 2003; Weiss, 1979). Dolayısıyla bu modelde, sadece sosyal bilimciler değil, yöneticiler, politikacılar, planlayıcılar, medya, hastalar ve çıkar grupları gibi taraflar da söz sahibi olmaktadır (Weiss, 1979). En kapsamlı model olarak tanımlanmaktadır (Hunter, 2009).

- **Politik Model:** Politikacılar, siyasi kazanç sağlamadığı sürece araştırmalara destek vermeye pek gönüllü değillerdir. Bu modelde kanıtlar, sadece daha önceden belirlenmiş bir uygulamayı ya da problemi yasallaştırmak için kullanılmaktadır (Bowen ve Zwi, 2005; Nutbeam, 2003). Model, araştırma çabalarına zarar verdiği düşünüldüğu için araştırmacılar tarafından sıklıkla reddedilmektedir (Hunter, 2009).

- **Aydınlanma Modeli:** Bu model, kümülatif araştırmayı, bunun sonucunda oluşan kavramlar ve perspektiflerin kullanılmasını önermektedir. Böylece, insanların bakış açıları şekillendirilmekte ve etkilenmektedir. Ancak politika oldukça hızlı ilerlerken, geleneksel türden olan bu modelin ayak uydurmakta yetersiz kaldığı yönünde eleştiriler bulunmaktadır (Hunter, 2009).

- **Taktik Model:** Kanıt, hükümetin eylemsizliğini desteklemek, doğrulamak ya da bir politika konusunda verilen taahhüdü gecikmesi ya da reddedilmesi durumlarında kullanılmaktadır. Politika belirleyicilerin herhangi bir sebeple birtakım uygulamaları desteklemek istemediklerinde kullandıkları bu model, sıklıkla tercih edilmektedir (Hunter, 2009; Bowen ve Zwi, 2005).

İnteraktif model, araştırma ve politika arasında daha verimli ve yeni bir ilişki oluşturmayı sağladığı için öncelikli görülmektedir. Buna göre, araştırmaların amaca uygun olabilmesi için, daha az betimleyici olması ve daha fazla gerçek hayatla ilişkili olması üzerinde

durulmaktadır. Araştırmacıların, araştırma bulgularını daha fazla kullanması savunulmaktadır. Araştırma bulgularının sadece bilimsel yazılar olarak kullanılmaması, önemli mesajların verilebilmesi için yazılı ve görsel medyanın kullanılması da önerilmektedir (Hunter, 2009).

3. Kanıta Dayalı Sağlık Politikası Uygulamaları

Kanıta dayalı sağlık politikası yaklaşımı ile birlikte, karar mekanizmasında kullanılabilecek uygulamalara da ihtiyaç duyulmuştur (Kahveci ve Tokaç, 2010). Kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı sağlık bakımı, kanıta dayalı tanı ve tedavi protokolleri, kanıta dayalı olarak sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ve sağlık alanında kanıta dayalı sektörler arası değerlendirme kanıta dayalı sağlık politikası uygulama örnekleri arasında yer almaktadır. Sözü edilen uygulama örnekleri aşağıda açıklanmaktadır.

3.1. Kanıta Dayalı Tıp

Kanıta dayalı tıp; tanı ve tedavi sürecinde karar verirken, var olan en iyi kanıtların dikkatli, özenli ve akıllıca kullanılmasıdır (Sincan, 2003). Kanıta dayalı tıp; klinik kararlarda mevcut, güncel, en güvenilir bilgilerin kullanılmasını, bu bilgilerin hastanın değer ve beklentileri, hekimin klinik tecrübesi ve yargı becerisi ile birleşmesini öngörmektedir (Sackett vd., 1996).

Kanıta dayalı tıp, birbirleriyle çelişen sonuçların varlığında, geçerli olanın seçilebilmesine yardımcı olmakta, hastaya sunulan sağlık hizmetinin standart olmasını ve kalitesinin artırılmasını sağlamaktadır (Bayraktar, 2010). Kliniklerde tıbbi profesyonellerin öncelikli kararlarında çoğunlukla kullanılan bir anlayıştır. Kanıta dayalı tıp uygulamaları, etkisiz ve verimsiz tedavilerin ortaya çıkarılmasını da sağlayabilmektedir. Eğer belli bir hastalığın tedavisinde kullanılan tedavi şekillerinden bazıları diğerlerine göre etkisiz veya daha az etkili ise, o tedavi veya tedavi şekilleri sağlık sistemlerinden çıkarılarak kaynakların verimsiz ve etkisiz kullanımı önlenir. Kanıta dayalı tıbbi göstergeler, daha çok klinik açıdan tedavilerin veya sağlık hizmetlerinin sonuçlarına dayanmaktadır (Top, 2005).

Kanıta dayalı tıp uygulamasının bir örnekle anlatılması gerekirse, kanıtların viral enfeksiyon lehine olduğu ve antibiyotik önerilmesi gerekmeyen durumlarda hastaya antibiyotik başlanması, hastanın gereksiz yere yan etkilere maruz kalmasına ve antibiyotik direncinin artırılmasına neden olmaktadır. Bu durum hasta güvenliğini tehdit ederken maliyetleri de gereksiz yere artırmakta, başka bir alana

yapılabilecek bir yatırımın engellenmesi ile sonuçlanabilmektedir. Diğer taraftan, kanıtların enfeksiyon önlemi amaçlı antibiyotik kullanımı lehine olduğu durumlar da olabilmektedir. Bu gibi durumlarda antibiyotik kullanmamak ise, hastane enfeksiyonlarını artırarak can kaybına sebebiyet verebilmektedir. Bu şekilde, eklenen enfeksiyonların tedavi maliyetleri nedeniyle de kaynaklar gereksiz yere harcanmış olmaktadır (Kahveci, 2008).

3.2. Kanıta Dayalı Sağlık Bakımı

Kanıta dayalı sağlık bakımı, bakım ortamlarında hastalara en iyi bakımı sunabilmek için uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen klinik kanıtları bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır. Böylelikle, hastalara mevcut kaynaklarla etkili sağlık bakımı vermek mümkün olabilmektedir (Yılmaz, 2005). Ancak, yapılan birçok araştırmada, hemşirelerin yaptıkları uygulamaları bir kanıta dayandırmadıkları ve kanıta dayalı uygulamayı tanımlayamadıkları saptanmıştır (Güvenç, 2004). Örneğin, doğum sırasında yapılan uygulamalarla ilgili yapılan araştırmalarda, birçok gereksiz uygulamanın yapıldığı saptanmıştır. Epizyotomi³ ile ilgili olarak Eason vd. (2000) tarafından yapılan çalışmada, epizyotomisiz doğumlarda, daha az kan kaybı, daha düşük enfeksiyon riski ve ağrı olduğu saptanmasına rağmen, rutin epizyotomi uygulamalarının yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (Eason vd., 2000; Akt.: İnanç ve Üstünsöz, 2003).

Kanıta dayalı sağlık bakım yaklaşımının geliştirilebilmesi için, kliniklerde uygulamaya geçirecek, araştırmaların yapılması ve araştırma kanıtlarının değerlendirilerek, sonuçlarının hemşirelere ulaştırılabilmesine yönelik gerekli mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir (Güvenç, 2004). Ülkeler, özel sağlık bakım gereksinimleri doğrultusunda kendi kurumlarını ve ekonomik olanaklarını birbirine uygun şekilde düzenleyen politikalar oluşturarak maliyet etkili ve kaliteli sağlık bakımının verilmesini sağlamalıdır (Hicks ve Hennessy, 1999; Top, 2006).

3.3. Kanıta Dayalı Tanı ve Tedavi Protokolleri

Kliniklerde uygun bakımın sağlanması için, hasta ve hekimin kararlarına yardımcı olacak, sistematik olarak oluşturulmuş uygulama

³ Doğum esnasında vajina ile anüs arasında kesi yapılarak doğum esnasında oluşabilecek yumuşak doku hasarlarını önlemeye yönelik bir işlemdir.

yöntemlerine tanı ve tedavi protokolleri denilmektedir. Bu protokoller, hastaneye gelen hastanın klinik durumuna göre yapılması gereken tanı tedavi işlemlerini belirleyen uygulamalardır (Ceyhan vd., 2007).

Kanıtı dayalı tanı ve tedavi protokollerinin uygulanması, kliniklerin kendi tecrübe ve birikimlerini, literatürdeki güvenilir bilgiler ile birleştirerek her kliniğin ihtiyacına göre tanı ve tedavi protokollerinin hazırlanmasıdır. Oluşturulacak protokollerde yaygın, pahalı, belirsizliklerin fazla ve tıbbi hataların yoğun olduğu klinik durumlara öncelik verilmesi gerekmektedir. Ancak, tanı ve tedavi protokollerinin, statik ve değişmez öneriler olmaması önemlidir. Uygulama esnasında görülen eksiklikler ve literatürde görülen değişiklikler de göz önüne alınarak güncelleştirmeler yapılması gerekmektedir (Ceyhan vd., 2007). Örneğin, Türk Hematoloji Derneği'nin başkanlığında, birçok uzmanın ve komitenin katıldığı çalıştaylar düzenlenerek "akut lösemiler tanı ve tedavi kılavuzu" hazırlanmıştır. Hazırlanan taslak bir ay süre ile Derneğin internet sayfasında eleştiri ve düzeltmeler için bekledikten sonra yayınlanmıştır. Belirli aralıklarla bir araya gelinerek protokoller düzenlenmekte ve değişimlere ve yeni uygulamalara açık hale getirilmektedir. Çocuk ve ergenlerde lösemilerin tanı ve tedavi protokolüne bakıldığında, tanı için; anamnez, fizik muayene, laboratuvar incelemesi, cihazlarla yapılan tetkikler, MSS (merkezi sinir sistemi) tutulumunun tanımlanması, AML (akut miyeloid lösemi)'de kesin tanı, sınıflama aşamaları izlenirken; tedavi aşamasında, merkezi sinir sistemi tedavisi, testis tutulumu, idame tedavisi, kök hücre nakli aşamaları takip edilmektedir (Türk Hematoloji Derneği, 2011). Bu örnekte de olduğu gibi, kurumlar arası organizasyonlarla birkaç kliniğin tecrübe ve birikimlerinin birleştirilmesi ile tanı ve tedavi protokolleri hazırlanabilmektedir (Ceyhan vd., 2007).

3.4. Kanıtı Dayalı Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi

Sağlık politikasında kanıtların kullanılması ve maliyet-etkilik hesaplarının politikaya entegrasyonu için en önemli araç, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesidir (Mcdaid vd., 2003). Sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi, kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili karar vermelerinde, sağlık personelinin hastalara uyguladıkları tedavi ve bakımda, sanayinin sağlık ürünleri geliştirmesinde, politikacıların kanunları ve kuralları düzenlemekte ihtiyaç duydukları, tıbbi teknolojik bilginin kaynağı olan araştırma yöntemleridir. Bu değerlendirmede, söz konusu teknolojinin; tıbbi, ekonomik ve sosyal etkileri

incelenmektedir. Sağlıkta teknoloji değerlendirilmesi yapılırken aşağıda verilen hususlar dikkate alınmaktadır (Sargutan, 2006):

- Sağlıkla ilgili etkiler değerlendirilirken, rastgele klinik çalışmalar, gözleme dayalı çalışmalar, kohort çalışmaları, vaka kontrol çalışmaları gibi deneysel araştırma yöntemleri kullanılmaktadır.
- Ekonomik etkenlerin değerlendirilmesinde, maliyet-etkililik, maliyet-fayda, verimlilik, ekonomiklik gibi analiz ve değerlendirmeler yapılmaktadır.
- Sosyal etkilerin değerlendirilmesinde etik, gelenekler, kabul edilebilirlik, yararlanılabilirlik gibi sosyal değerler açısından toplumda ve kamuoyunda oluşturabileceği sorunlar incelenip değerlendirilmektedir.

Kanıtı dayalı olarak sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi, sağlık teknolojilerini, sağlık politikacısının kararlarına ışık tutmak üzere, tıbbi, ekonomik, hukuki, etik ve sosyokültürel tüm yönleriyle değerlendirmektedir. Değerlendirme, politika yönelimlidir ve hedefi politik kararlara bilimsel destek ve kanıtı dayalı girdi sağlamaktır. Aynı zamanda, araştırmalar ile klinik kararlar ve özellikle de politik kararlar arasında köprü vazifesi görmektedir (Banta, 2003; Yıldırım, 2008). Örneğin, Türkiye’de firmalar yeni çıkmış bir sağlık teknolojisi ürününü piyasaya sürmek için, Sosyal Güvenlik Kurumu’na başvurmakta ve bu başvuru Sağlık Bakanlığı’na iletilmektedir. Sağlık Bakanlığı ise, çeşitli hastanelerin uzmanlarından oluşan bir komite kurmakta, komitenin tecrübe ve birikimlerinden faydalanarak, ürünün avantaj ve dezavantaj değerlendirmelerini yaparak elde ettiği kanıtlarla bir karara varmaktadır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2010).

3.5. Sağlık Alanında Kanıtı Dayalı Sektörler Arası Değerlendirme

Sağlığı etkileyen ekonomik, sosyal, biyolojik, çevre ve diğer koşullar dikkate alındığında, sağlık alanında çok sektörlü bir değerlendirmenin yapılması kaçınılmazdır. Ekonometrik araştırmalar, sağlık bakımının gelişimi, uluslararası mortalite düzeyleri, yaşam kalitesi, hastalık riskleri, Gayri Safi Milli Hasıla ile ölçülen ekonomik kalkınma, bireysel gelir düzeyleri ve sağlık eğitimi gibi faktörler sağlık politikalarının oluşumunda önemli bir yere sahiptir. Bütün bu alanlardaki makro ve mikro düzeyde belgelenmiş olan faktörler ise kanıt niteliği taşımaktadır (Niessen vd., 2000).

Sektörlerarası ve sektör genelinde sağlık politikasında seçeneklerin ileriye dönük olarak şekillendirilmesinde, kanıta dayalı olması büyük önem taşımaktadır. Sektörlerarası değerlendirmede, çeşitli disiplinlerden yararlanılmakta, politika değişikliklerinden en çok etkilenen ve politikaları en çok etkileyen sektörler odaklanılmaktadır. Bu yöntem, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörü reformlarına da faydalı olabilecek niteliktedir. Sağlık bakımı dışında, diğer sektörler de hesap verebilmek için, yakın gelecekte sektörlerarası değerlendirmeye daha fazla talep olması beklenmektedir (Niessen vd., 2000).

Kanıta Dayalı Sağlık Politikasının Avantajları

Sağlık politikalarının kanıta dayalı olarak oluşturulmasının birçok yararı bulunmaktadır. Genel olarak, sağlık alanında bilimsel temelleri kullanarak politika yapmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunacak ve sağlık politikacılarının daha iyi sağlık hizmeti sunulabilecek kararları almasına neden olacaktır (Kahveci ve Tokaç, 2010). Sağlık politikalarının oluşturulmasında kullanılan güvenilir kanıtlar, hasta düzeyinde daha iyi sağlık hizmeti sunumunu, sağlık kurumlarının daha iyi yönetilmesini ve kaynakların etkili kullanımını sağlayacaktır (Koyuncugil ve Özgülbaş, 2009).

Kanıta dayalı sağlık politikalarının avantajlarından biri, sağlık hizmeti maliyetlerinin azalması olarak ifade edilmektedir. Daha etkin ve daha güçlü kanıtlarla desteklenen maliyet analizlerinin gerçekleştirilmesi, yararsız ve etkililiği az olan tanı ve tedavi yöntemlerinden vazgeçilmesi ve böylelikle kıt olan sağlık kaynaklarının daha etkili kullanımının sağlanması gereksiz maliyetlerin oluşmasını engelleyecektir. Kanıta dayalı sağlık politikalarının en iyi tedavi yönteminin kullanılmasını teşvik edeceği de vurgulanmaktadır (Suçin, 2006; Ceyhan vd., 2007).

Sağlık politikasında kanıta dayalı yaklaşımın bir diğer avantajı, hastaların klinik sürece katılımını desteklemesidir. Kanıta dayalı uygulama, hastayı güçlendirmeyi ve hastanın otonomisini sağlamayı hedeflemektedir. Tanı ve tedavi kararlarının yönlendirilmesinde hastaların beklenti ve düşüncelerinin daha çok önem kazandığı bir yaklaşıma sahiptir (French, 1999; Kara ve Babadağ, 2003).

Kanıta dayalı uygulamalar, sağlık çalışanlarının yeni eğitimler almasını ve yeni yetenekler geliştirmesini sağlamaktadır. Güncel değişikliklerin izlenerek yeni uygulamaların takip edilmesi önem kazanmaktadır. Özellikle hekimlerin klinik bilgi ve tecrübelerini güncel

tutarak, kendilerini geliştirmelerine olanak vermektedir. Böylelikle tıbbi çalışmalar yaygınlaşacak, bilimsel katkı sağlamayan araştırmaların yapılması ve yayınlanması zaman içinde azalacaktır (Ceyhan vd., 2007).

Kanıt bulma, uygulama ve değerlendirme gibi yeteneklerin gelişmesini teşvik eden kanıta dayalı sağlık politikası, karar verme sürecini kolaylaştırmakta ve hızlandırmaktadır. Bu uygulamalar, araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesini ve sağlık sorunlarının tespitini kolaylaştıracak, sağlık teknolojilerinin uygulanmasına hız kazandıracak ve farklı sağlık kurumlarının uygulamalarını nispeten standartlaştıracaktır (Suçin, 2006; Ceyhan vd., 2007).

Kanıta Dayalı Sağlık Politikasını Uygulamada Engeller

Sağlık politikasında kanıtın kullanılması hem akademik araştırmacılar hem de politika belirleyiciler arasında büyüyen bir ilgi ve merak konusudur. Ancak, uygulamada çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların bir bölümü, kanıtın kendi doğası ve araştırılacak konunun karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Diğer bölümü ise, kanıtın ilgili kişilere nasıl iletildiği ya da ulaştırıldığı konusundaki yöntemlerdir (Hunter, 2009).

Tutarlı araştırma sonuçlarının azlığı, tutarsız araştırmalar sonucu oluşan veri yığılması, bu yığılan verilerin yetersiz kanıt niteliği taşıyarak gereksiz bilgi stoklanmasına sebep olması, politika belirleyicilerin kanıtları kullanamamasının nedenlerini oluşturmaktadır. Ayrıca, araştırma okuyacak ve değerlendirecek zamanın yetersizliği, ek mali destek gerekliliği, istatistikî değerlendirmeyi ve metodolojiyi anlamadaki güçlükler kanıta dayalı uygulamaların önündeki diğer engellerdir. Bulguları ortaya koymada desteklerin yetersiz olması da, kanıta dayalı karar vermenin önündeki engellerden biridir. Çünkü kanıta dayalı araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılması ya da rutin bir uygulamada değişiklik yapılabilmesi için yöneticilerin desteği, motivasyonu, işbirliği ve olaya müdahil olması gerekmektedir (Güvenç, 2004; Hunter, 2009).

Araştırmanın kullanımındaki başarısızlık, kanıtların yeterince sağlam olmaması veya kusurlu olmasından ziyade, araştırmanın var olan güç ilişkilerinde veya kemikleşmiş davranış biçimlerine karşı bir tehdit olarak algılanmasından kaynaklanmaktadır. Kanıt temelli politikaya daha fazla öncelik verilmesi için yapılan baskılara rağmen, gerçek dünya sıklıkla düşünce temelli politikadan yana olmaktadır. Bu durum, Keynes'in meşhur bir söylemini doğrulamaktadır: "Bir

hükümetin iyi bilgilendirilmiş olmasından daha fazla nefret ettiği bir şey yoktur, çünkü karara giden süreci daha karmaşık ve zor bir hale getirir” (Hunter, 2009).

Araştırmacılar ve politika belirleyiciler, birbirleriyle yalnızca araştırmanın tamamlanmasına yönelik bir ilişki kurmaktadır. Bu ilişki tek yönlü bir süreç olarak sürdürülmektedir. Ancak, tek taraflı mesaj aktarımıyla gerçekleştirilen araştırma modeli, hızla değişen dünyada, karmaşık süreçlerin olduğu işlerde makul görülmemektedir. Araştırmacıların, daha en başında araştırma sorunları ve sonuçlarının değerlendirilmesine imkân sağlayacak, daha dinamik, iki yönlü bir süreç oluşturma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu tarz bir interaktif yaklaşım, araştırmacı ve politika belirleyiciler arasında daha verimli bir ilişki kurulmasını sağlayacaktır (Hunter, 2009).

Araştırma ve politika arasındaki ilişki karmaşıktır. Direkt olarak araştırma sonuçlarının beslediği, politikayı belirlediği rasyonel ve doğrusal bir yapı mevcut değildir. Marmot bu konu üzerine “kanıtın insanların harekete geçme isteklerini etkilemesinden daha çok, insanların harekete geçmekteki istekleri onların kanıtı bakışını etkilemektedir” (Marmot, 2004) demektedir. Konuyu açıklarken, İngiltere’de son 35 yılda uygulanan sağlık reformu örnek olarak verilebilir. Araştırmalar, sağlık kuruluşlarının birleştirilmesi ve yeniden yapılandırılmasının yararsız olduğunu, bu çalışmaların sağlıkta iyileşmeye veya verimlilikte artışa neden olmadığını göstermektedir. Bu durumda, kanıtın önerdiği şey, yapısal değişiklikten ziyade, kültürel değişikliğin gerekliliğidir. Ancak kültürel değişik, yapısal değişiklik kadar görünür olmaması, gerçekleşmesi ve başarılmasının zaman alması nedeni ile cazip görülmemektedir. Sağlık bakanlarının somut gelişmelere itibar etmeye yatkınlıklarından dolayı, bu tür gözle görülmeyen değişiklikler destek bulamamaktadır. Dolayısıyla, sonuç çoğu zaman “değişmeyen dinamikler” olabilmektedir (Mckee vd., 2008).

Araştırma kurumu ve akademik araştırmacıların politika oluşturma sürecinde yararlı oldukları konusunda da problemler yaşanmaktadır. Hemen hemen her ülkede hükümetler araştırmaların önemli fon sağlayıcıları durumundadır. Eğer araştırmalar, hükümetin politik fikri ile oluşturulan politikalarla çelişiyorsa ve onlara meydan okuyorsa, hükümetler fon sağladıkları bu araştırmaları ne yapacaklarını bilememekte ve bu araştırmaları önemsememektedir. Bu durum, hükümetlerin kendi destekledikleri politikaları bilgilendirmeye yarayacak araştırmalara fon sağlamaları sonucunu doğurmaktadır (Hunter, 2009).

SONUÇ

Sağlık alanında değişen çevre koşulları, iletişimin ve teknolojinin gelişmesi, toplumsal beklentilerin artması, insan haklarındaki gelişmeler ve kaynakların verimli kullanılması yönündeki baskılar; politik karar vericileri ispatlanabilir, güvenilir ve açıklanabilir kararlar almaya yönlendirmektedir. Karar almada kullanılan kapalı yöntemlerin yerini açık yöntemler almış, kararlar daha şeffaf hale gelmeye başlamıştır. Kanıta dayalı karar alma, açık bir biçimde kararların gerekçelendirilmesini içermektedir (Kahveci ve Tokaç, 2010).

Bu noktada politika belirleyicilerin kullanabileceği nitelikte, güvenilir araştırma bulgularına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak politika oluşumunda, ihtiyaç duyulan şey yalnızca daha iyi araştırmalar değil, araştırmayı kullanmaya yetkin ve sonuçları kendi yerel düzenlemelerine göre yorumlayabilecek politik karar vericilerin varlığıdır (Hunter, 2009). Politik karar vericilerin, hangi kanıtları seçip seçmeyeceklerine özen göstermeleri, kanıtları birer tehdit olarak algılamamaları ve düşünce temelli politikadan uzaklaşmaları gerekmektedir.

Sağlık alanındaki kanıta dayalı uygulamalar, bütün eksiklikleri ve yetersizliklerine rağmen alana ilişkin önemli katkılar sağlama potansiyeline sahiptir. Kanıta dayalı sağlık politikaları tıbbi bakımdan hemşirelik hizmetlerine, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinden tanı tedavi protokollerinin hazırlanmasına kadar tüm uygulamaların kanıt destekli olmasını, maliyet etkililiğinin sağlanmasını, yararsız tedavi yöntemlerinin terk edilmesini, hatalı uygulamaların azaltılmasını, hastaların beklentilerinin önem kazanmasını ve sağlık bakımının geliştirilmesini sağlayacaktır (Ceyhan vd., 2007). Henüz bu uygulamaların Türkiye’de tam anlamıyla gerçekleştiğini söylemek mümkün değildir, ancak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde kanıta dayalı sağlık politikalarının makul, tutarlı ve başarılabılır bir araç olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Banta, D. (2003). The Development of Health Technology Assessment. *Health Policy*, 63(2): 121-132.
- Bayraktar, B. H. (2010). Dört Ulusal KBB Dergisinin Beş Yıllık Analizi ve Kanıta Dayalı Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Boven, S. and Zwi, A. B. (2005). Path ways to "Evidence Informed" Policy and Practise: A Framework for Action. *Plos Medicine*, 2(7): 600-605.
- Ceyhan, D., Bektaş, H., Emre, S. Ve Kurt, M. (2007). Tıpta Bazı Yeni Yaklaşımlar ve Hekimler Üzerine Olası Etkileri: Kanıta Dayalı Tıp. *T. Off. Gaz.*, 37: 172-177.
- Closs, B. S. and Cheater, M. A. (1999). Evidence for Nursing Practise: A Clarification of the Issues. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1): 10-18.
- Cochrane, A. (1989). *One Man's Medicine*. London: BMJ Publishing Group.
- Dobrow, M. J., Goel, V. and Upshur, R. E. G. (2004). Evidence Based Health Policy: Context and Utilisation. *Social Science and Medicine*, 58(1): 207-217.
- Eason, E., Labrecque, M., Wells, G. and Feldman, P. (2000). Preventing Perineal Trauma During Childbirth: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*, 95(3): 464-471.
- Evans, D. (2003). Hierarchy of Evidence: A Framework for Ranking Evidence Evaluating Healthcare Intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1): 77-83.
- French, P. (1999). The Development of Evidence-Based Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1): 72-76.
- French, P. (2002). What is The Evidence on Evidence-Based Nursing? An Epistemological Concern Aim. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3): 250-257.
- Güvenç, G. (2004). Doğum Eylemi Sürecinde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Tanımlanması ve Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Hicks, C. and Hennessy, D. (1999). Quality in Post-Basic Nurse Education: The Need for Evidence-Based Provision. *Journal of Nursing Management*, 7: 215-224.
- Hunter, D. J. (2009). Relationship Between Evidence and Policy: A Case of Evidence Based Policy or Policy Based Evidence? *Public Health*, 123(9): 583-586.
- İnanç, N., Üstünsöz, A. (2003). Perinatal Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar. Perinatoloji Kongresi, Kongre Kitabı, İzmir.
- Jadad, A. R. and Haynes, R. B. (1998). The Cochrane Collaboration-Advances and Challenges in Improving Evidence Based Decision Making. *Medical Decision Making*, 18(1): 2-9.
- Kahveci, R. ve Tokaç, M. (2010). Kanıta Dayalı Sağlık Politikası ve Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(6): 2020-2024.
- Kahveci, R. (2008). Hasta Güvenliğine Doğan Güneş: Kanıta Dayalı Tıp. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 7, Erişim Yeri: <http://www.sdplatform.com/Dergi/113/Hasta-guvenligine-dogan-gunes-Kanita-dayali-tip.aspx>, Erişim Tarihi: 30.09.2012.
- Kara, M. ve Babadağ, K. (2003). Kanıta Dayalı Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3): 96-104.
- Koyuncuğil, A. S. ve Özgülbaş, N. (2009). Veri Madenciliği: Tıp ve Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı ve Uygulamaları. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 2(2): 21-32.
- Lee, Y. K. (2003). Evidence Based Practice in Hong Kong: Issues and Implications in its Establishment. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5): 618-626.
- Marmot, M. (2004). Evidence Based Policy or Policy Based Evidence? *British Medical Journal*, 328(7445): 906-907.
- Mcdaid, D., Cookson, R., Maynard, A. and Sassi, F. (2003). Evaluating Health Interventions in the 21th Century: Old and New Challenges. *Health Policy*, 63(2): 117-120.
- Mckee, L., Ferlie, E. and Hyde, P. (2008). Organizing and Reorganizing: Power and Change in Health Care Organizations. Palgrave Macmillan.
- Niessen, L. W., Grijseels, E. W. and Rutten, F. F. H. (2000). The Evidence Based Approach in Health Policy and Health Care Delivery. *Social Science and Medicine*, 51(6): 859-869.

- Nutbeam, D. (2003). How does Evidence Influence Public Health Policy? Tackling health Inequalities in England. *Health Promot Journal*, 14: 154–158.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. and Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What it is and What it isn't. *BMJ*, 312(7023): 71-72.
- Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2010). Erişim Yeri: http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2010/01_Kasim_2010/22.pdf , Erişim Tarihi: 30.09.2012.
- Shah, H. M. ve Chung, K. C. (2009). Archie Cochrane and his vision for evidence-based Medicine. *Plast Reconstr Surg.*, 124(3): 982-988.
- Sargutan, A. E. (2006). Sağlık Sektöründe ve Sağlık Kuruluşlarında Teknoloji Yönetimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Sincan, M. (2003). Kanıta Dayalı Tıp ve Tıp Kütüphaneciliği. *Bilgi Dünyası*, 4(1): 64-72.
- Suçin, S. (2006). Kanıta Dayalı Tıp Nedir? *Ekev Akademi Dergisi*, 10(28): 319-332.
- Top, M. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye'de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikasına İlişkin Değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1): 93-122.
- Top, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Türk Hematoloji Derneği. (2011). Akut Lösemiler Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara: Efil Yayınevi.
- Weiss, C. H. (1979). The Many Meanings of Research Utilization. *Public Administration Review*, Volume, 426–431.
- Yıldırım, H. H. (2008). Sağlık Teknolojisi Yönetimi: Türkiye Resmin Neresinde? Erişim Yeri: www.absaglik.com, Erişim Tarihi: 06.05.2011.