

KANITA DAYALI UYGULAMADA IOWA MODELİ

IOWA MODEL IN EVIDENCE-BASED PRACTICE

Öğr.Gör.Hamide AYGÖR* Doç.Dr.Emel EGE*

Yard.Doç.Dr.Kamile ALTUNTUĞ*

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Kanıtla dayalı uygulama sağlık hizmetlerinde eğitim, yönetim, politika ve uygulamada baskın bir konu olarak 20. yüzyılın ikinci yarısında artan bir önem kazanmıştır. KDU'nun kullanımı, hasta bakım kalitesini geliştirmekte ve araştırma sonuçları ile uygulama arasındaki boşluğu kapatmaktadır. Iowa modeli'nde KDU'nun kullanımı ve geliştirilmesinde kullanılan bir modeldir. Bu modelde kanıtın uygulamaya entegrasyonu ile bir uygulama değişikliğinin nasıl yapılacağından adım adım bahsedilerek, hasta bakım sonuçlarını etkileyen günlük uygulamalar hakkında hemşirelerin karar vermesini sağlamak için bir çerçeve sunulmaktadır. Sonuç olarak; hemşirelik bakımını en üst düzeye çıkarmak ve bakımın kalitesini iyileştirmek için başarılı ve maliyet etkin hemşirelik bakımı gerçekleştirilmelidir. Bakım kalitesinin artırılmasında, KDU-Iowa modelinin kullanılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Iowa, kanıt, hemşirelik.

ABSTRACT

Evidence-based practice gained an increasing importance as an marked subject in education, management, policy and practice in the second half of the 20th century. EBP improves the quality of patient care and closes the gap between evidence and practice. Iowa model is also a system used in the practice and development of EBP. In the model, a framework is presented so as to provide that nurses should decide on daily practice affecting the outcomes of patient care, describing gradually how the changes in practice will be performed with the integration of evidence into practice. In conclusion, in order to increase nursing care to the top level and improve the quality of care, a successful and cost-effective nursing care should be performed. In the increase of quality of care, the use of Iowa model of EBP may be suggested.

Keywords: Iowa, evidence, nursing.

GİRİŞ

Kanıtla dayalı uygulama (KDU) sağlık hizmetleri içerisinde eğitim, yönetim, politika ve uygulamada baskın bir konu olarak 20. yüzyılın ikinci yarısında artan bir önem

kazanmıştır (Doody ve Doody 2011). Bu durum tüm sağlık profesyonellerinin uygulamalarını en iyi kanıt üzerine temellendirmesi gereksinimini arttırmıştır. Bu gereksinim KDU yaklaşımının son yıllarda hızlı bir ivme kazanmasına yol açmıştır (Kocaman 2003, Yurtsever ve Altınok 2006, Doody ve Doody 2011). KDU'nun kullanımı, hasta bakım kalitesini arttırmakta ve araştırma sonuçları ile uygulama arasındaki boşluğu kapatmaktadır (Dontje 2007). KDU; "Hasta yararına yönelik mevcut bir uygulamada değişiklik yapmak amacıyla, bilimsel olarak elde edilen kanıtın, uzman uygulayıcının bilgisiyle birlikte kullanılması" olarak tanımlanmaktadır (French 2002).

Sigma Theta Tau (STTI) 2002'de hasta güvenliğini arttırmak, hemşirelerin en iyi bilgiye ulaşması, uygulamalarını değerlendirmesi, araştırma sonuçlarını uygulamaya entegre etmesi ve kullanması için KDU üzerine bir yayın yapmıştır. Bu yayını 2005'de revize etmiştir. Bu belgede STTI, KDU'yu "hizmet edilen birey, aile ve toplumun değerleri ve tercihleri göz önüne alınarak mevcut en iyi kanıtın hemşirelik uzmanlığı ile entegre edilmesidir" olarak tanımlamıştır (Dickerson 2012).

KDU, rutin prosedüre bağlı hemşirelik bakımından daha iyi hasta sonuçlarına sahiptir ve hastalarla ilgili hemşirelik kararlarını, eylemlerini ve etkileşimlerini gerçekleştirmektedir. Mevcut en iyi kanıtı seçmesi ve incelemesi beklenen hemşirelerin sağlık bakımında verdiği kararlar sürekli yeni kanıtların ortaya çıkması ile değişmiştir (Doody ve Doody 2011)

IOWA MODELİ

KDU'nun kullanımı ve geliştirilmesi için çeşitli metotlar kullanılmaktadır (Bauer 2010). Bu metotlardan biri de "Iowa modeli"dir. Bakım kalitesini arttırmaya yönelik bir KDU olan Iowa modeli, Dr. Marita Titler ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir (Dontje 2007, Titler 2007). Model, bakım kalitesini arttırmada, KDU'yu organizasyonel bir kültür haline getirmektedir. Bu modelde araştırmaların uygulamalarla entegrasyonunda planlı değişim ilkelerinden yararlanılmaktadır. Kanıtı dayalı bilgiler multidisipliner ekip yaklaşımı ile bakıma entegre edilmektedir (Titler ve ark 1994). Modelde; kanıtın uygulamaya entegrasyonu ile bir uygulama değişikliğinin nasıl yapılacağından adım adım bahsedilerek, hasta bakım sonuçlarını etkileyen günlük uygulamalar hakkında hemşirelerin karar vermesini sağlamak için kavramsal bir çerçeve sunulmaktadır (Krom ve ark 2010). Iowa modeli, hastanede bakım için uygulama değişikliğini gerçekleştirmede en uygun rehberlerden biridir (Kowal 2010). KDU; bu modelde, "sağlık bakım kararlarına rehberlik etmek için hasta değerleri ve klinik uzmanlık ile birlikte mevcut olan en iyi kanıtın kullanımı" olarak tanımlanmıştır (Titler 2007).

Iowa modeli, bir uygulama değişikliği önerildiği zaman mevcut araştırma bulgularına ek olarak hasta ve bakım sağlayıcıdan, kurumsal alt yapıya kadar tüm sağlık bakım sistemini göz önüne almaktadır. Model, klinik araştırma alanlarını tespit etmekte ve hemşirelerin hasta bakımını iyileştirmek için araştırma bulgularını kullanmasına rehberlik etmektedir. Bu amaçla bilgi ve problem odaklı tetikleyiciler kullanılmaktadır. Problem odaklı bir tetikleyici; klinik bir problem ya da bir risk

yönetimi, bilgi odaklı bir tetikleyici ise; yeni araştırma bulguları veya yeni uygulama kurallardır (Dontje 2007, Titler 2007, Bauer 2010, Krom ve ark 2010, Kowal 2010, Doody ve Doody 2011).

Modelde, sürecin yürütülmesi ve problem tespitine hemşirenin katılmasını kolaylaştırmak için bir dizi adım geliştirilmiştir (Dontje 2007). Iowa modelinin kullanımında izlenecek bu adımlar aşağıda sıralanmıştır (Dontje 2007, Kowal 2010, Doody ve Doody 2011);

1. Konu seçimi (tetikleyicinin tespiti)
2. Bir ekibin oluşturulması
3. Kanıtların ortaya çıkarılması
4. Kanıtın derecelendirilmesi
5. Kanıta dayalı uygulama standardının geliştirilmesi
6. Kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesi
7. Değerlendirme

Birinci adım: Konu seçimi (tetikleyicinin tespiti)

Başlangıçta klinisyen ya saptadığı problemden (problem odaklı tetikleyici) ya da yeni bir bilginin farkında olmanın bir sonucu (bilgi odaklı tetikleyici) olarak bir soru/konu oluşturarak bir konu belirlenmiş olur (Bauer 2010).

KDU için konu seçerken, çeşitli faktörlerin düşünülmesi gerekmektedir. Bu faktörler şunlardır (Doody ve Doody 2011);

1. Problemin büyüklüğü ve önceliği
2. Uygulamanın tüm alanlarda gerçekleştirilebilmesi
3. Bakımın iyileştirilmesine katkısı
4. Verilerin temin edilebilirliği (problemin tespit edildiği alanda kanıtın ve verilerin toplanabilirliği)
5. Problemin disiplinlerarası yapısı
6. Personelin işbirliği (uygulamada yer alması)

Problem belirlenir belirlenmez, sorunun kurumsal önceliklerle örtüşüp örtüşmediği ve değişikliğin doğrudan hasta sonuçlarını iyileştirip iyileştirmeyeceği tespit edilmelidir (Dontje 2007, Kowal 2010, Bauer 2010).

Klinikte KDU'nın kullanılmasında en problemlili konulardan biri, uygun literatür incelemesi yapmak amacıyla sorunun sınırlarını çizmektir. Soru PICO formatında sorulursa, literatürü araştırmak için kullanımı daha kolay olmaktadır. PICO formatı, sorunun sınırlarını çizmek için aşağıdaki metodun kullanımınıdır (Dontje 2007, Bauer 2010, Kowal 2010);

- P=İlgili popülasyon (hedef kitle, hasta popülasyonu kim?)
- I=Müdahale (ilgi alanı ve ya potansiyel müdahale nedir?)
- C=Kıyaslama (kontrol veya müdahale grubu var mıdır?)
- O=Sonuç (istenen sonuç nedir?)

Hemşire, soruyu düşünürken bu unsurların her birini değerlendirmelidir (Dontje 2007).

İkinci Adım: Bir ekibin oluşturulması

Sorun kurumsal bir öncelik olarak belirlenir belirlenmez, KDU yoluyla uygulama değişikliğini geliştirmek ve değerlendirmek üzere bir ekip oluşturulur. Ekip seçilmiş konuya göre ve konu ile ilgili kişileri (klinik uzman hemşire, hemşire, doktor, sosyal çalışmacı, birim yöneticileri vb. farklı disiplinlerden uzmanlar) içerecek şekilde oluşturulmalıdır (Doody ve Doody 2011). KDU'yu gerçekleştirmek için ekip; yazılmış politikalar, uzman düşünceleri, vaka çalışmaları, raporlar, uygulamalar ve kanıt temelli kuralları gerçekleştirmelidir. Bu değişiklikleri desteklemek için hemşireler ve yöneticiler gibi bakım vericilerle yönetim arasında karşılıklı etkileşim gerçekleşmelidir (Kowal 2010, Doody ve Doody 2011).

Üçüncü Adım: Kanıtların ortaya çıkarılması

PICO unsurlarının tümü dahil araştırma sorusu dile getirilir getirilmez, araştırma sorusunu cevaplamak için herhangi bir kanıtın var olup olmadığı tespit edilir. Bunun için hemşirenin uygun literatürü incelemesi gerekmektedir (Dontje 2007, Bauer 2010, Kowal 2010). Kanıtlar, CINAHL, Medline, Cochrane, Embase, Science and Blackwell Synergy gibi elektronik veri tabanları yoluyla toplanmalıdır (Doody ve Doody 2011). Bu adımdaki amaç, uygulamadaki değişiklikler için bilimsel temelin oluşturulmasıdır. Herhangi bir kanıt varsa araştırma sorusuna cevap verip vermediği değerlendirilmelidir (Bauer 2010).

Literatür incelenir incelenmez, eğer yeterince kanıt varsa uygulama değişikliğinin bir pilot uygulaması yapılır. Eğer yetersiz kanıt varsa model yeni kanıtın araştırma yoluyla üretilmesi gerektiğini destekler. Böylece bu modelde iki sonuç ortaya çıkar (Kowal 2010, Bauer 2010);

1.Mevcut araştırmalar üzerine dayalı bir uygulama değişikliği oluşturmak

Yeterince kanıt varsa, bir pilot uygulama yapılır. Pilot uygulamadan sonra uygulama değişikliğinin gerçekleştiği görülürse mevcut araştırmaya dayalı bir uygulama değişikliğine gidilir.

2.Araştırma yapmak

Değişikliğe rehberlik etmede yeterli araştırma yoksa yeterli bilgiyi elde etmek için yeni bir araştırma planlanır.

Dördüncü Adım: Kanıtın derecelendirilmesi

Uygulamada bir değişiklik yapmak için yeterli kanıt varsa, dördüncü adım; klinik uygulamada değişikliği destekleyen araştırma kanıtlarının toplanıp, gözden geçirilmesidir. Kanıtlar nitelik ve nicelik açısından sınıflandırılır. Bu sınıflandırmanın yapılmasında randomize kontrollü çalışmalar, sistematik derlemeler ve metaanalizler en önemli kanıt düzeyleridir (Dontje 2007, Doody ve Doody 2011).

Beşinci Adım: Kanıt dayalı uygulama standardının geliştirilmesi

Literatürün incelenmesinden sonra, ekip üyeleri bilimsel verilerin uygulamaya entegrasyonu için bir araya gelirler. Bu adımda, uygulamada kullanılan kanıtın gücünün ve türünün netleştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, birbirinin benzeri olan çalışmaların tutarlılığı üzerine odaklanılmalıdır. Oluşturulan standartlar ve yapılan

çalışmaların tasarımı, hastalara yönelik tespit edilebilir yarar ve riskler üzerine dayandırılmalıdır. Bu tasarım, uygulama kurallarının standardının değerlendirilmesi, etkileri ve uygun tedaviyi kapsamalıdır. Uygulamaya yönelik kanıtın uygulanabilirliği, anlamlılığı ve etkinliği düşünülerek çalışma tasarımı ekip tarafından düzenlenmelidir (Doody ve Doody 2011).

Altıncı adım: Kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesi

Bu aşamanın gerçekleştirilebilmesi için kanıta dayalı kurallar, uygulamalar ve yazılmış politikaların değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değişiklikleri desteklemek için bakım sağlayıcılar, kurum ve lider arasında doğrudan bir iletişimin olması gerekmektedir. Titler ve arkadaşları (1994, 2007), KDU'yu gerçekleştirmek için klinisyenlerden yönetime kadar her seviyede gerçekleştirmenin gerekliliğini vurgulamışlardır. Böylece hemşirenin KDU sürecini ekip üyeleri tarafından sağlanan geri bildirim, denetim ve hizmet içi eğitim yoluyla gerçekleştirmesi ve yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Uygulamayı sosyal ve organizasyonel etkenler etkileyebilir. Bunun için araştırma bulgularının uygulanması ve uygulama ile kanıtın entegrasyonu üzerine odaklanmış bir anlayışın desteklenmesi gerekmektedir (Dontje 2007, Doody ve Doody 2011).

Yedinci Adım: Değerlendirme

Değerlendirme, kanıtın uygulamaya katkısını görmek için önemlidir. Uygulamadan önceki veriler kanıtın hasta bakımını nasıl etkilediğini gösterdiği için kullanılmaktadır. Uygulama süreci denetlenmeli ve geri bildirimler alınmalıdır. Herhangi bir değişikliğin gerçekleşmesi için engellerin tespit edilmesi gerekmektedir. KDU'nun gerçekleştirilmesinde bilgi ve beceri eksikliği, sıklıkla karşılaşılan engellerdir. Hemşirelerin KDU konusunda eğitim almaları sistemin işlerliği açısından önemlidir. KDU'nun değerlendirilmesi periyodik olarak yapılmalıdır. Eğer değerlendirmeyi yapmada çok geç kalınırsa anlık etkiyi ölçme mümkün olmayabilir. KDU'dan beklenen sonuçlar başarılmazsa sürecin yeniden gözden geçirilmesi ve değişikliğin etkileri hakkında yeniden geri bildirim sağlanması önemlidir (Dontje 2007, Doody ve Doody 2011).

Iowa modeli 1994 yılından itibaren sürekli olarak hemşirelik makalelerinde referans gösterilmiş, klinik araştırma projelerinde kullanılmış, akademik ve klinik alanlarda benimsenmiştir (Dontje 2007, Titler 2007, Bauer 2010, Doody ve Doody 2011). Krom ve ark (2010) hemşirelere yönelik bir eğitim programı geliştirmede Iowa modelinden yararlanmışlardır. Program çerçevesinde hemşirelere KDU, Iowa modeli kullanılarak anlatılmış ve workshoplar yapılmıştır. Eğitim programının sonucunda; KDU ilkeleri ve teknikleri ile ilgili hemşirelerin farkındalığı, bilgisi ve uygulaması artmıştır. Bergstrom (2011) Iowa modelini kullanarak "radyasyon tedavisi algoritması" geliştirmiştir. Böylelikle; hemşirelerin radyasyon tedavisi sonucu meydana gelen deri hasarını önleyebilmesi ve tedaviyi yönetebilmesi için bir standart oluşturularak bakım kalitesi artırılmıştır. Bunun yanında cerrahi hemşireliği ve geriatri hemşireliği alanlarında da model araştırmalarda kullanılmıştır (Kowal 2010, Low ve ark 2013). Kowal (2010) Iowa modelini kullanarak cerrahi yoğun bakım servisinde bilinçsiz ve

sedatize hastaların ağrı seviyelerini değerlendirmek için “yoğun bakım ağrı ölçeği” geliştirmiştir. Low ve ark (2013) ise “gerontoloji hemşireliği Iowa kavramsal modeli”ni geliştirerek, ileri yaşlarda bilişsel süreçlerin sağlıklı devam etmesi için güvenli bir fiziksel çevre oluşturulmasının önemini vurgulamışlardır. Kaskie ve ark (2010) ise Iowa modelini, yaşlıların ruh sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi için kullanmıştır. Çalışmada depresyonu olan yaşlılar tespit edilmiş, tanısız değerlendirilmeleri yapılmış ve tedavileri başlatılmıştır. Çalışmanın sonucunda, Iowa modelinin mental sağlık problemlerinin tespit ve tedavi edilmesine imkan verdiği, semptomla özgü tedavi planını desteklediği ve ihtiyaç duyulan yönetsel/finansal sorunları çözen bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir.

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında Gordon ve ark (2008) çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde umbilikal arter kateterinden kan numunesi alma uygulamasının işlem basamaklarında yeni bir standart geliştirerek uygulama değişikliği yapabilmek için Iowa modelinden yararlanmışlardır. Araştırmanın sonucunda da yeni bir uygulama standardı geliştirilmiş ve personel eğitilmiştir. Haxton ve Doering (2012) kurumsal bir değişiklik yaratmak amacıyla Iowa modelini kullanmışlardır. Çalışmada doğumun bir KDU’sı olarak, doğumdan sonra anne ve sağlıklı miadında yenidoğan arasında uzun süreli cilt cilde temas sağlanmıştır. Çalışma sonucunda, anne ve yenidoğan arasında uzun süreli cilt cilde temasın, anne ve yenidoğanın sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde anahtar bir role sahip olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Hastalara bakım sağlayan ve onlarla en çok etkileşimde bulunan hemşireler, hastaların iyileşme ve hastalık sürecini etkileme fırsatına sahiptirler. Hemşirelerin kanıtı dayalı bakımı gerçekleştirebilmeleri için KDU’ya nasıl başlanacağını, geliştirileceğini ve değerlendirileceğini bilmeleri gerekmektedir. Çünkü en iyi uygulama ile yüksek kalitede bir bakımı sağlanması hemşirelerin sorumluluğudur (Doody ve Doody 2011). Bu bakımdan Iowa modeli hemşireler için yol gösterici bir rehber niteliğindedir. Ayrıca, hemşirelik bakımını en üst düzeye çıkarmak ve bakımın kalitesini arttırmak için başarılı ve maliyet etkin hemşirelik bakımı gerçekleştirilmelidir. Böylece bakım kalitesinin artırılmasında, KDU’da Iowa modelinin kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Bauer C. Evidence Based Practice: Demystifying The Iowa Model. Oncology Nursing Society Metro Detroit Chapter 2010; 25(2):1-3.
- Bergstrom K. Development of a Radiation Skin Care Protocol And Algorithm Using The Iowa Model of Evidence-Based Practice. Clinical Journal of Oncology Nursing 2011; 15(6):593-595.
- Dickerson SP. Evidence-Based Practice:Why Does It Matter? ISNA Bulletin 2012; 39(1):6-10.
- Doody CM, Doody O. Introducing Evidence Into Nursing Practice: Using the Iowa Model. British Journal of Nursing 2011; 20(11):661-664.
- Dontje KJ. Evidence Based Practice: Understanding The Process. Topics in Advanced Practice Nursing Journal 2007;7(4).

- French P. What is the Evidence On Evidence-Based Nursing? An Epistemological Concern. *J Adv Nurse* 2002; 37(3):250-257.
- Gordon M, Bartruff L, Gordon S & et al. How Fast Is too Fast? A Practice Change In Umbilical Arterial Catheter Blood Sampling Using the Iowa Model for Evidence-Based Practice. *Advances in Neonatal Care* 2008; 8(4):198-207.
- Haxton D, Doering J, Gingras L & et al. Implementing Skin-to-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model. *Nursing for Women's Health* 2012; 16(3):222-230.
- Low G, Molzahn AE, Kalfoss M. Quality of Life of Older Adults in Canada and Norway Examining the Iowa Model. *Western Journal of Nursing Research* 2008; 30(4):458-476.
- Kaskie BP, Buckwalter KC. Collaborative Model of Mental Health Care For Older Iowans. *Research in Gerontological Nursing* 2010; 3(3):200-208.
- Krom ZR, Batten J, Bautista CA. Unique Collaborative Nursing Evidence-Based Practice Initiative Using The Iowa Model:A Clinical Nurse Specialist, A Health Science Librarian, And a Staff Nurse's Success Story. *Clin Nurse Spec.* 2010; 24(2):54-9.
- Kocaman G. Hemşirelikte Kanıtı Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 2:61-69.
- Kowal CD. Implementing the Critical Care Pain Observation Tool Using The Iowa Model. *Journal of the New York State Nurses Association* 2010; 41(1): 4-10.
- Titler MG. Translating Research Into Practice Models For Changing Clinician Behavior. *AJN* 2007; 107(6):26-33.
- Titler MG, Kleiber C, Steelman V & et al. Infusing Research Into Practice to Promote Quality Care. *Nursing Research* 1994; 43(5):307-313.
- Yurtsever S, Altıok M. Kanıtı Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik. *F.Ü. Sağlık Bil. Dergisi* 2006; 20(2):159-166.